

PROPOSITIONS DE PARCOURS DE SOINS DANS L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CPTS du pays de Redon

Référents : Dr François Amiel (cardiologue),
Angeline Villert-Geffroy (Infirmière en Pratique Avancée en pathologies chroniques stabilisées).

Contexte national

L'insuffisance cardiaque est une pathologie fréquente (1,5 millions d'insuffisants cardiaques (IC) en France) et en augmentation (+30% en 10 ans) en balance avec une saturation de l'offre de soins.

L'insuffisance cardiaque est une pathologie grave responsable 70 000 décès/an, la mortalité est estimée en Europe à 11 % à 1 an et 41 % à 5 ans.

L'insuffisance cardiaque motive des hospitalisations répétées : 160 000 séjours hospitaliers en 2017, 25% de ré-hospitalisation à 3 mois et 45% de ré-hospitalisation à 1 an.

L'insuffisance cardiaque coûte cher : 2,8 milliards € en 2017 dont 80% lié aux hospitalisations.

Ceci n'est pas une fatalité avec, pour preuves, des expériences d'optimisation du parcours de soin (PDS) :

- le réseau de soins avec télésurveillance en Auvergne (CARDIAUVERGNE) a permis une baisse de 50% des ré-hospitalisations, une baisse de la mortalité, et une économie de 4500€/patient/an.

- le réseau ICALOR (2006-2013) en Lorraine a permis une baisse de la mortalité et des hospitalisations mais suite à la cessation du financement public et à l'arrêt de l'expérimentation, la morbidité est remontée aux niveaux antérieurs.

L'amélioration du pronostic et de la qualité de vie des patients IC et la baisse de la dépense publique liée à leur prise en charge sanitaire dépend directement de la qualité du parcours de soins (PDS) de ces patients, avec un traitement optimal et une limitation des hospitalisations potentiellement évitables (HPE) ; il convient de distinguer les étapes de ce PDS et d'y déceler les insuffisances et points de rupture sur lesquels des actions efficaces sont nécessaires et possibles.

Ces actions procèdent de la formation des soignants, du recrutement large des professionnels de santé dans le PDS, de la fluidification des relations inter professionnelles et de la visibilité du PDS-IC.

Contexte local

Dans le pays de Redon on compte 1 cardiologue libéral pour un bassin de recrutement d'au moins 100 000 habitants, pour une moyenne de 7,43 en France, 5,8 en Bretagne, 9 à Rennes, 5,3 en pays de Loire, 12 en PACA et 8,9 en IDF. La coordination avec l'ensemble des acteurs du territoire paraît indispensable pour assurer la prise en soins des patients insuffisants cardiaques.

Objectifs

La "mission n° 2" des CPTS, porte sur l'organisation des parcours de soins coordonnés,

- en assurant une meilleure coordination entre les acteurs,
- en évitant les ruptures de parcours,
- et en favorisant autant que possible le maintien à domicile des patients.

Pour cela, elle doit favoriser :

- Le lien entre les structures sanitaires, sociales et médico-sociales
- Le développement d'une culture commune
- La mise en place d'une prise en charge coordonnée
- Le partage d'outils communs

La CPTS doit permettre une organisation de la santé du patient non réduite au soin, c'est-à-dire organiser une réponse coordonnée entre des acteurs peu travailler ensemble.

L'objectif de la CPTS est ici de construire un parcours pour un patient donné sur le territoire, en fonction de la situation du patient et des ressources disponibles sur le territoire.

La trame proposée de parcours de soins de l'insuffisant cardiaque repose sur la pratique médicale dans les pays de Redon, sur des échanges menés avec certains acteurs du territoire (Prado, HAD) ainsi que sur des publications récentes.

Des échanges seront organisés avec les médecins et autres professionnels libéraux et hospitaliers pour enrichir et ajuster ce projet.

Insuffisances du parcours de l'insuffisant cardiaque

insuffisances	optimisations à envisager
Étape DIAGNOSTIC INITIAL en ambulatoire	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ retard (15 jours chez 78% des patients) ▪ faible recours aux (et faible disponibilité des) cardiologues (10% avant hospitalisation) ▪ traitement diurétique à l'aveugle avant ETT et BNP, qui peut masquer les signes congestifs essentiels pour le diagnostic des IC à FE préservée (ICFEP) ▪ éducation insuffisante des patients à risque d'IC 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation des MG - Algorithme diagnostique basé sur les symptômes et le BNP - pratique de l'ECG en MG - bandelettes BNP au cabinet de MG - télé-expertise par un cardiologue - consultations cardio non programmée (présentielle avec ETT)
Étape HOSPITALISATION (pas toujours nécessaire)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ information insuffisante des patients (absente concernant le diagnostic IC 36%, l'indication de RSS 44%, la surveillance du poids 56%) ▪ RDV pas donné à la sortie avec MG et cardio (à 1 mois 1/4 pas vu le MG et 2/3 pas vu de cardio; 40 à 50% ne voient pas de cardio dans l'année suivante) ▪ rapport d'hospitalisation pas prêt à la sortie du patient ▪ manque d'informations dans le rapport d'hospitalisation (BNP, ETT, bio de sortie) ▪ problèmes avec l'ordonnance de sortie parfois notés par les pharmaciens ▪ sous-utilisation du dispositif PRADO 	<ul style="list-style-type: none"> - fléchage vers le PRADO si indication - centralisation des autres demandes de RDV avec MG et cardio via une adresse email unique et un n° de tel unique proposé par la CPTS - configurer une liste de messages éducatifs à délivrer durant l'hospitalisation - convention de bonnes pratiques avec les services hospitaliers concernant : BNP, ETT, CRH, ordonnance, messages éducatifs, fléchage vers suivi ambulatoire
Étape PERIODE INITIALE à DOMICILE (2 mois)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ traitement pas optimisé selon les recos concernant l'IC à FE altérée (ICFEA) <ul style="list-style-type: none"> - 50% n'ont pas le trmt adéquate complet - et si complet, 50% pas à la poso optimale - au total < 25% ont le trmt optimal dans l'ICFEA 	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} contrôle MG J7 et cardio J15 - cardio : <ul style="list-style-type: none"> - cs d'annonce de diagnostic - établir un calendrier de titration sur 2 mois - identifier les pts à risque de ré-hospit - contrôle et ETT en fin de titration - MG : titration sur 2 mois selon recos ESC avec si nécessaire expertise (ou télé-) par cardiologue - IDEL ou IPA : ETP initiale post-hosp
Étape SUIVI AMBULATOIRE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ré-hospitalisations trop fréquentes (25% de ré-hospitalisation à 3 mois) ▪ insuffisance de dépistage des récidives ▪ recours insuffisant à l'ETP ▪ recours insuffisant à la réadaptation (10% seulement) 	<p>La prévention de la réhospitalisation pourra bénéficier des mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - télésurveillance - surveillance par IDEL - suivi programmé MG et cardio selon les recos de l'HAS - cs cardio ou télé-cs cardio non programmées - recours à l'HAD - ETP ("accompagnement thérapeutique") (IDEL, IPA, pharmacien) - réadaptation ou remise en activité (kinés, APA) - biologie en mode prioritaire avec retour par messagerie sécurisée - ordonnances dématérialisées de biologie et de traitement pour IDEL et pharmacies - outils numériques de partage des données médicales
Étape RE-HOSPITALISATION (à prévenir)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ passages trop fréquents par le SAU 	<p>Hospitalisation directe sans passer par SAU en concertation avec les services d'hospitalisation</p>

action des professionnels de santé dans le parcours de soins optimisé		
	professionnels	action
1 Étape DIAGNOSTIC		
a	Patients à risque de décompensation	Connaissance des signes d'alerte (dyspnées, oedème, prise de poids ...), de la nécessité et de la possibilité de consulter sans tarder (facilité par l'organisation des SNP par la CPTS)
b	MG	- Dépistage et diagnostic (BNP) - Projet de soins
c	Cardio (libéral ou hospitalier)	- Support au MG par téléexpertise et cs non programmée - Confirme diagnostic en cs présente et écarte cause curable (valvulopathie, cause ischémique, cause rythmique) - Projet de soins
2 Étape HOSPITALISATION (si indication)		
		- délivrer les messages éducatifs au patient - fléchage PRADO (si indication) - si PRADO pas indiqué : demandes de RDV avec MG et cardio via une adresse email unique et un n° de tel unique proposé par la CPTS - projet des soins - CRH standardisé et ordonnance remis au patient et adressé par messagerie sécurisée aux correspondants le jour de la sortie
3 Étape STABILISATION & TITRATION = 2 mois post-hospitalisation		
a-1	Si protocole PRADO indiqué	Suivi IDEL à domicile pendant 2 mois et suivi avec le carnet PRADO
a-2	IPA ou IDEL formée	Éducation thérapeutique, bilan psychosocial, autonomisation du patient (empowerment)
a-3	IDEL	si patient fragile : suivi IDEL pdt 2 mois (calqué sur le PRADO)
b	MG dès J7	annonce de diagnostic, suivi et titration du traitement sur 2 mois selon recommandations ESC avec si nécessaire expertise (ou télé-) par cardiologue
c	Cardio dès J15	En retour d'hospitalisation : cs avec échographie - annonce de diagnostic - établir un calendrier de titration sur 2 mois - identifier les pts à risque de ré-hospit En fin de titration : cs avec écho - confirmer la stabilisation - prescription de télésurveillance
4 Suivi AMBULATOIRE		
a	Télésurveillance (voir aussi la fiche spécifique)	Génération des alarmes : plateforme de télésurveillance Réception des alarmes : IPA / cardio Intervention présente ou par téléconsultation : MG / IDE Cardio en support en télé-expertise ou en présentiel au cabinet
a-1	Patient autonome et stable	Télésurveillance pdt 6 mois, <i>pas forcément renouvelé</i>
a-2	cardiopathie instable et/ou isolement psycho-sociale	Télésurveillance, <i>prolongée a priori</i>
a-3	exclus de la TS : - polyopathie instable - pas capable d'utiliser la TS ou refus - phase terminale	Accompagnement IDEL à envisager
b	Suivi présentiel programmé	
b-1	MG	selon recommandations et gravité clinique (stade fonctionnel)
b-2	cardio	selon recommandations et gravité clinique (stade fonctionnel)
b-3	IPA ou IDEL formée	ETP réguliers, situation psychosociale, recherche de facteurs de risque de décompensation
c	Réadaptation ou remise en activité	Voir ce qui est possible avec les kinés, club Coeur et Santé

NB : l'expression "cardio" sous entend "cardiologue libéral ou hospitalier".

Télésurveillance de l'Insuffisance cardiaque description et organisation dans le parcours de soins de l'insuffisant cardiaque du pays de Redon	
Objectifs généraux	cible les patients à risque d'hospitalisation récurrente et permet <ul style="list-style-type: none"> - un dépistage précoce des signes congestifs - une prise en charge adaptée et efficace - de stabiliser ces patients - d'améliorer la qualité de vie des patients
Comment ça marche	<ul style="list-style-type: none"> - Patient équipé par la plateforme d'une tablette connectée avec un questionnaire simple et d'outils de mesure (balance, tensiomètre) connectés à la tablette. - Formation du patient à l'utilisation du matériel - Transmission quotidienne des données de suivi. - Traitement des données par la plateforme - Génération d'alertes, validées par l'équipe de la plateforme - Réception des alertes par le cardio prescripteur de la télésurveillance et l'IPA coordinatrice
Bénéfices de la télésurveillance	<u>Patient</u> Gain démontré en nb et délai d'hospitalisation Gain sur la mortalité dans l'expérience allemande mais très médicalisée, spécialisée et hospitalière. Effet psychologique favorable du rituel d'autosurveillance sur la qualité du traitement et du suivi. D'après les expériences régionales, le bénéfice est significatif pour <ul style="list-style-type: none"> - les patients adhérents - les patients les + graves - les patients les + isolés socialement
	<u>Soignant</u> est "augmenté" par des données structurées et pertinentes apportées par la TS NB : les "algorithmes" de la plateforme ne remplacent pas les soignants
	<u>Économie</u> de santé de 4500€/patient/an dans l'expérience de Cardiauvergne.
Choix de la plateforme	Plateforme avec plus de paramètres de surveillance (exemple : NEWCARD) <ul style="list-style-type: none"> → plus de sensibilité, moins de spécificité → plutôt pour les patients à risque de décompensation Plateforme avec moins de paramètres de surveillance <ul style="list-style-type: none"> → plus de spécificité, moins de sensibilité → plutôt pour les patients stables
Sélection des patients <i>prescription par le cardiologue</i>	1°) Cardiopathie instable et/ou isolement psycho-sociale; bénéfice : gain en hospitalisations évitées Vérifier la bonne utilisation du matériel lors d'une séance d'ETP Sélection = OUI
	2°) Patient stable et compliant; bénéfice : gain en consultations économisées (qui peuvent être espacées), mais pas de gain en morbidité ni en hospitalisation à attendre. <i>Donc patients stables pas inclus dans la TS pour le moment.</i> Sélection = NON
	3°) patient à risque de décompensation mais TS refusée ou impossible ou sans intérêt : faire appel à IDEL voire HAD pour le suivi en cas d'instabilité Sélection = NON
	4°) Jeune patient en attente de greffe cardiaque : suivi hémodynamique de la PAPS par une équipe hospitalo-universitaire (situation rare, 470 greffes /an en France) Sélection = NON
Rôle des professionnels de santé <i>organisation dans le pays de Redon</i>	Cardio : <ul style="list-style-type: none"> - inclusion des patients et "consultation d'inclusion" pour expliquer et motiver le patient - reçoit les alarmes - en appui au MG pour la réponse à l'alarme par télé-expertise ou téléCS ou CS présentielle non programmée - renseigne le site de télésurveillance des suites données à l'alarme

	<p>IPA</p> <ul style="list-style-type: none"> - coordinatrice du PDSIC : reçoit les alarmes, fait le point avec le patients et informe le MG - selon le protocole national de télésurveillance : - bilan initial psycho-cognitivo-socio-familial réalisé à domicile - ETP avec évaluation et surveillance clinique - en cas de perte d'adhérence du patient à la TS (= élément de mauvais pronostic), entretien motivationnel
	<p>MG</p> <ul style="list-style-type: none"> - voit le patient en téléconsultation ou en CS présenteielle - ajustement du traitement diurétique - si nécessaire fait appel au cardio - redéfinit le suivi clinique et biologique pour éviter hospitalisation ou passage au SAU
	<p>IDEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervention à domicile en période critique - prélèvements veineux et relai pour les ordonnances - ETP puis "accompagnement thérapeutique" si formée à l'ETP (selon le protocole national de télésurveillance)
Continuité de la réponse aux alertes 365 j / an	Nécessite un travail en équipe : MSP, cabinets de MG regroupés, synergie MG/IDEL Cardios libéraux + hospitaliers Synergie cardiologue/IPA
Conditions favorables à la participation des professionnels de santé à la télésurveillance et au PDS	<ul style="list-style-type: none"> - exercice en équipe souhaitable (cabinet de groupe, MSP ...) - formation à l'IC chronique - dossier informatisé - messagerie sécurisée - partage email et n° portable - pratique de téléconsultations - ECG (numérisé de préférence) - envisager d'équiper les IDEL de Kardiamobile (permet de réaliser des ECG 1 piste avec un téléphone portable)
Convention avec EHPAD	À envisager au cas par cas et selon un cahier de charges
Financement	Pas de financement spécifique à la télésurveillance, déjà financée par le programme Etapes

Indicateurs d'évaluation du parcours de soins

étapes	indicateurs
État des lieux de l'insuffisance cardiaque dans le territoire	Données territoriales (ORS,CPAM) concernant : - Le nombre de patients en insuffisance cardiaque, par type d'IC - Le taux standardisé de patients pris en charge pour IC chronique/aiguë (source CNAM) - Le nombre de séjours hospitaliers pour IC et taux de ré-hospitalisation (PMSI) - Le taux de mortalité intra hospitalière pour IC (PMSI) - Le taux de patients pris en charge en ALD5 - Le taux d'hospitalisations évitable (ScanSanté) - Comparer cet état des lieux local aux données régionales et nationales
DIAGNOSTIC initial de l'IC	- nb patients inclus - nb professionnels dans le PDS - FEVG => catégories ICFEA (altérée) / ICFEP(préservée) - délai 1 ^{ers} symptômes – diagnostic - recours à un avis cardio oui / non - recours ECG oui / non - recours BNP oui / non - recours ETT oui / non
HOSPITALISATION	- nb hospitalisations (primo-Hosp) - messages éducatifs..... oui / non - RDV pris avec MG oui / non - RDV pris avec cardiologue oui / non - recours a PRADO oui / non - recours au BNP oui / non - recours à l'ETT..... oui / non - rapport d'hospitalisation adressés en temps utile pour MG et cardio oui / non
PERIODE INITIALE à DOMICILE (2 mois)	À 2 mois - traitement complet oui / non / impossible - posologie optimale oui / non / impossible - cs cardio oui / non - télé-expertise cardio..... oui / non - ETT de contrôle oui / non - ETP..... oui / non
SUIVI AMBULATOIRE	- nb cs MG / an - nb cs cardiologue / an - nb télé expt cardio / an - recours HAD oui / non - télésurveillance oui / non / impossible - ETP oui / non
RE-HOSPITALISATION	- nb de réhospitalisation - nb hospit directes - nb hospit par SAU
SATISFACTION	- patients - professionnels

Actions et calendrier de mise en œuvre déc 2021, janv- fév 2022	
Professionnels du territoire	Échange avec soignants hôpital (SAU, service post urgence, médecine 6°) - bonnes pratiques ; BNP, ETT, CRH standardisés avec paramètres de sortie, ordonnance - fléchage vers PDS-IC - ré-hospitalisations directes - liste de messages éducatifs - faciliter hospit° de jour au CH de Redon (Ferinject*)
	Échange avec MG : besoins, adhésion
	Échange avec IDEL : besoins, adhésion
	Échanges avec HAD
	Réunion avec commission parcours de soin de la CPTS : Présentation du parcours et amendements
	Échange avec LABM Redon et pharmacies : ordonnances dématérialisées de biologie et de traitement pour IDEL et pharmacies par messagerie sécurisée ; biologie en mode prioritaire
Professionnels référents	Échange avec mc44
	Échange avec réadaptation cardio de la clinique St Yves
Outils numériques	Évaluer outils de télé-expertise, outils de télé-consultation et supports numériques sécurisés d'échange d'informations médicales entre les soignants
ETP et abord du patient	Formaliser le programme d'ETP IC et les fiches d'aide aux patients (RSS, médicaments, signes d'alerte ...)
	Établir messages éducatifs essentiels à répéter à chq étape du PDSIC (EPOF, RSS, compliance) et supports pour soignants et patients
	sites d'informations existants et vidéos pour les patients sur des tablettes confiées aux soignants, témoignages de patients
	Modéliser : cs d'annonce de diagnostic, plan de soin, bilan psycho-socio-cognitif
	Formation à l'ETP des prof de santé de Redon ; IREPS Contacté; Dates programmées : 31 mars et 1 er avril, les 12 et 13 mai, les 2 et 3 juin 2022
Protocoles de soin	formation pluri-professionnelle à l'IC : faire la synthèse des recos ESC 2021 algorithme diagnostic, calendrier de titration, critères de risque de ré-hospitalisation
	préciser les indications et non indications de la télésurveillance
	définir un programme de réadaptation à l'effort adapté aux patients IC et leur mise en œuvre
matériel	évaluer utilité et coût de bandelettes BNP pour cabinet
	évaluer utilité et coût d'outils connectés type Kardiamobile (ECG) pour les IDEL ?
évaluation	définir fiche d'évaluation par patient et mise en pratique de cette évaluation
Grande réunion de tous les professionnels concernés le 24/2/2022 - le parcours de soin - le rationnel médical (recos ESC 2021) - le déploiement du PDS - échanges entre professionnels	
Démarrage effectif du PDS IC Printemps 2022	

Ressources

- Artigou, J., Monsuez, J. : Cardiologie et maladies vasculaires 2020
- guide HAS 2014 file:///C:/Users/frsa3/Desktop/insCard/HAS%20guide_parours_de_soins_ic_web.pdf
- Guide méthodologique pour la création de parcours de soins. Novartis 2020
- F. Zores; le parcours de soin des insuffisants cardiaque, le point de vue du cardiologue libéral ; réalités cardiologiques 09/2020.
- T. Damy; le parcours de soin des insuffisants cardiaque, le point de vue du cardiologue hospitalier; réalités cardiologiques 09/2020.
- MC Boiteux; Télémédecine et insuffisance cardiaque ; réalités cardiologiques 09/2020.
- 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure; Piotr Ponikowski; <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/27/2129/1748921>
- Journées francophones de l'insuffisance cardiaque 17/09/2020 <https://www.ejfic-cat.cyim.com/>
 - Les ruptures dans les parcours de soins et la nécessité d'une coordination? Dr F Mouquet
 - En quoi l'application du Protocole de Coopération-IC apporte une amélioration au parcours de soins ? Armelle Duchenne IDE
 - Un nouveau métier : IPA - Infirmier(-ière) de Pratiques Avancées? Elodie Falcone-Nicol IPA

JFIC-CAT 2020 Journées francophones de l'insuffisance cardiaque 17/09/2020 (<https://www.ejfic-cat.cyim.com/>)

Télésurveillance en insuffisance cardiaque : mode d'emploi

- Quels dispositifs de télésurveillance de l'insuffisant cardiaque en France en 2020 ? Dr R Sabatier
- Quelle organisation de la télésurveillance à la clinique du Mans ? Dr G Terrien
- Quel fonctionnement de la télésurveillance en cabinet libéral ? Dr S Boulé
- Retour d'expérience de la télésurveillance dans l'insuffisance cardiaque à l'échelon de l'Auvergne. Dr MC Boiteux
- L'étude OSICAT : que nous apprend-elle ? Pr M Galinier
- Que faut-il retenir "des télésurveillances" des patients insuffisants cardiaques ? Pr P Jourdain

Site d'un prestataire de télésurveillance : <https://www.newcard.io/pour-les-patients>

Site MC44 (maladies chroniques 44) : <https://www.mc44.fr/>

Abréviations

APAS Activité Physique Adaptée en Santé

BNP brain natriuretic peptid

CPTS Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRH compte-rendu d'hospitalisation

cs consultation

ECG électrocardiogramme

ESC european society of cardiology

ETP éducation thérapeutique du patient

ETT échographie cardiaque trans-thoracique

FE fraction d'éjection

HAS Haute autorité de santé

IC insuffisance cardiaque

ICFEA IC à FE altérée

ICFEP IC à FE préservée

IDEL infirmière libérale

IPA infirmière en pratique avancée

HAD hospitalisation à domicile

LABM Laboratoire d'analyse médicale

MG médecin généraliste

PDSIC Parcours de soin insuffisance cardiaque

pt patient

RDV rendez-vous

RSS régime sans sel

SAU Service d'accueil des urgences

Sce service

TS télésurveillance