



Communiqué de presse

Améliorer la prévention
et la prise en charge de
l'insuffisance cardiaque :

Les Trophées
de l'insuffisance
cardiaque relèvent
le défi !



Edito

*L'insuffisance
cardiaque toucherait **2,3%**
de la population française. Sa prise
en charge constitue un enjeu majeur en
raison des répercussions de la maladie sur les
personnes concernées et le système de santé.*

*Le Conseil National Professionnel Cardiovasculaire
(CNPCV) et ses organisations membres représentant les
cardiologues, principaux acteurs du suivi et de la prise en charge
des patients insuffisants cardiaques, ont souhaité soutenir le
développement d'initiatives portés par les professionnels de santé
dans ce domaine. C'est pourquoi ils ont créé « Les Trophées
de l'Insuffisance Cardiaque ». La première édition s'est déroulée
de septembre 2022 à mai 2023, avec le soutien de la
Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Cnam).*

*Le 12 mai, dix équipes ont reçu le trophée
récompensant la mise en place d'un outil destiné
à améliorer la prévention de l'insuffisance
cardiaque et la prise en charge
des patients qui en sont
atteints.*

Paris, le 12 mai 2023 - Selon l'Assurance Maladie, l'insuffisance cardiaque toucherait 2,3 % de la population française adulte et 10 % des personnes de plus de 70 ans, soit plus d'un million de personnes. **Chaque année, plus de 160 000 personnes sont hospitalisées pour une insuffisance cardiaque et plus de 70 000 décès sont associés à cette pathologie dont la prise en charge constitue un enjeu majeur tant pour les personnes concernées que pour le système de santé.**

En effet, les dépenses de santé liées à l'insuffisance cardiaque se montent à 3 031 millions € en 2020. Par ailleurs, l'insuffisance cardiaque a un coût majoré de 2,1 % par an en moyenne. Afin de soutenir le développement d'initiatives dans le domaine de l'insuffisance cardiaque, le CNPCV et les organisations qui le composent ont créé « Les Trophées de l'insuffisance cardiaque ».

Ce concours a pour vocation de faire de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque un élément structurant du système de santé. Il est destiné à valoriser et à promouvoir les initiatives portées par les professionnels de santé français et à améliorer le suivi de l'insuffisance cardiaque en France et les prises en charge grâce à l'émergence de pratiques communes innovantes et au développement d'outils opérationnels diffusés à grande échelle.

Organisée avec le soutien de la Cnam par le CNPCV (Groupe Insuffisance Cardiaque & Cardiomyopathies - GICC, Société Française de Cardiologie - SFC, Collège National des Cardiologues Français - CNCF, Collège national des Cardiologues des Hôpitaux - CNCH, Syndicat National des Cardiologues - SNC), l'édition 2022-2023 des Trophées de l'insuffisance cardiaque s'est déroulée du 23 septembre 2022 au 10 mars 2023.

Composé de 16 professionnels aux profils variés (voir liste en annexe), le jury a dû trancher entre les 34 dossiers reçus. Ceux-ci provenaient de l'ensemble du territoire métropolitain représentant différents types d'acteurs : associations, C.P.T.S., cardiologie libérale, établissements publics de santé, établissements privés de santé, réseaux, universités ou encore entreprises commerciales.

Si les projets relevant de la catégorie « Parcours de santé » étaient les plus nombreux (9), les catégories « Numérique en santé » (6) et « Innovations médicales et organisationnelles » (5) ont également suscité l'intérêt des porteurs de projet. Les catégories « Nouveaux métiers » et « Santé publique » ont chacune accueilli 4 projets, « Formation des professionnels » 3 et « Relation patients / proches », 2 projets. Enfin, 1 projet était hors catégorie et n'a donc pas été retenu.

Sur les 34 présentations d'outils reçus, 10 ont retenu l'attention des jurés et ont donc bénéficié d'un accompagnement destiné à faciliter leur diffusion à l'ensemble des acteurs français de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque du territoire. Cet accompagnement prend la forme de « boîtes à outils » permettant à d'autres professionnels de santé de s'approprier les outils récompensés pour les adapter à leurs besoins spécifiques. Le CNPCV et ses composantes assureront la diffusion des boîtes à outils.

Les 10 solutions / outils sélectionnés

Ils feront l'objet d'une boîte à outils diffusée sur le territoire français

Catégories

Nom de la Solution / Porteur

Santé publique



DETECTION DES PATIENTS NE SE CONNAISSANT PAS - CPTS BRAY & BRESLE - Neufchâtel-en-Bray

Parcours et Numérique en santé



FIL EAS / Hôpital Saint Musse - Toulon

Nouveaux métiers et Formation



CECICS / CHU Henri Mondor - Créteil



PIC et PAC / Hôpitaux de Chartres



HADENFER / CHU de Poitiers



HAD DIURETIQUE / CHU Henri Mondor - Créteil

Innovations médicales / organisationnelles



DOBU HAD / Hospices Civils de Lyon



HELP IC / CHU de Grenoble



HDJ DIURETIQUE / CHRU Nancy

Relation patients / proches



CONSULTATION D'ANNONCE IC / CHU du Kremlin Bicêtre

Les boîtes à outils : tous les éléments nécessaires à l'appropriation et l'adaptation des outils par d'autres équipes

Les boîtes à outils sont destinées à faciliter l'appropriation des outils par d'autres équipes de sorte que celles-ci puissent les reproduire dans leurs structures. Elles présentent les prérequis administratifs nécessaires, les populations cibles, la description de l'outil récompensé, sa mise en œuvre pas à pas, des témoignages des acteurs à l'origine de leur mise en œuvre, les modalités d'évaluation (indicateurs d'activité, d'efficacité et portant sur la démarche qualité), ainsi que des annexes présentant des publications et des éléments de rappel pertinents.

Exemples de boîtes à outils

Boîte à outils « FIL EAS ic » (Filière d'Evaluation et d'Accompagnement dans le parcours de Soins de l'insuffisant cardiaque)

1. Pourquoi FIL-EAS ic ?

- 1.1 - Introduction
- 1.2 - Les Enjeux afférents à FIL-EAS ic
- 1.3 - Présentation de FIL-EAS ic
- 1.4 - L'équipe FIL-EAS ic

2. La prise en charge FIL-EAS ic

- 2.1. - Étape par étape
- 2.2.- La solution e-parcours
- 2.3.- Les facteurs clés de réussite
- 2.4.- Une filière en constante évolution
- 2.5.- Témoignages

3. Modèle médico-économique

- 3.1. - Données d'activité
- 3.2.- Quelques données économiques

4. Annexes

5. La boîte à outils

Outil 1 : Lettre d'information de la mise en place du dossier de coordination AZUREZO/FIL-EAS ic

Outil 2 : Formulaire de sollicitation de FIL EAS ic

Outil 3 : A et B - Support d'évaluation gériatrique et sociale et score SPPB

Outil 4 : Checklist de sortie d'hospitalisation : IC à FEVG \leq 40%

Outil 5 : Checklist de sortie d'hospitalisation : IC à FEVG à FEVG > 40%

Outil 6 : Ajout dans lettre de sortie service hors cardiologie)

Outil 7 : Consultation de mise en place d'HAD FIL-EAS

Outil 8 : Lettre mise en place télésurveillance IC

Outil 9 : Fiche d'information Patient - Prise en charge HAD

Outil 10 : Check-list administrative HAD

Outil 11 : Lettre d'information du médecin traitant

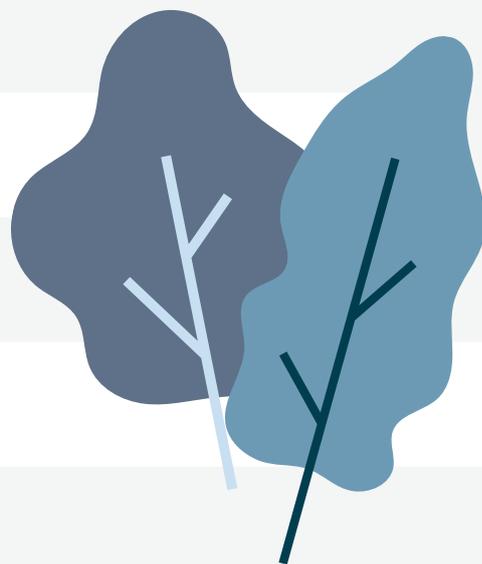
Outil 12 : Recueil de consentement du médecin traitant

Outil 13 : Examen clinique standardisé

Outil 14 : Échelle dyspnée



- Outil 15** : Ordonnances de début d'Hospitalisation à Domicile
- Outil 16** : Protocole de Prise en charge par l'HAD
- Outil 17** : Support projet personnalisé de soins en HAD
- Outil 18** : Protocole thérapeutique HDJ diurétique IV / insuffisance cardiaque
- Outil 17** : Support projet personnalisé de soins en HAD
- Outil 18** : Protocole thérapeutique HDJ diurétique IV / insuffisance cardiaque
- Outil 19** : Protocole Ferinject
- Outil 20** : Fiche d'évaluation médicale à domicile (médecin traitant)
- Outil 21** : Consultation de clôture HAD
- Outil 22** : Ordonnances de fin d'Hospitalisation à Domicile
- Outil 23** : Check-list programmation des examens post HAD
- Outil 24** : Notice évaluation des fonctionnalités de la solution e-Parcours
- Outil 25** : Logotype FIL-EAS et territoire visuel



Boîte à outils « Consultation d'annonce »

1. Pourquoi une consultation d'annonce ?

- 1.1 - Les constats
- 1.2 - L'expérience de la cancérologie
- 1.3 - Les recommandations de bonnes pratiques
- 1.4 - Regards et retours d'expériences français et étrangers

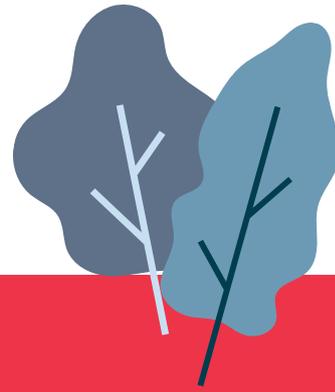
2. Le dispositif d'annonce de l'IC

- 2.1 - Etape 1 : L'annonce de suspicion
- 2.2 - Etape 2 : L'annonce médicale
- 2.3 - Temps d'Accompagnement Soignant (TAS)
- 2.4 - Consultation de synthèse du médecin traitant
- 2.5 - Ressources et compétences requises
 - 1.1 - Ressources Humaines
 - 1.2 - Ressources techniques et matérielles
- 2.6 - Témoignages

3. La boîte à outils

- Outil 1** : Rappels juridiques
- Outil 2** : Éthique de l'annonce
- Outil 3** : Dispositif d'annonce
- Outil 4** : Livret information patient
- Outil 5** : Guide entretien annonce suspicion
- Outil 6** : Guide entretien annonce médicale
- Outil 7** : Guide entretien TAS
- Outil 8** : Traçabilité annonce médicale
- Outil 9** : Traçabilité TAS
- Outil 10** : Courrier suite annonce suspicion
- Outil 11** : Courrier suite annonce médicale
- Outil 12** : Courrier suite TAS
- Outil 13** : Courrier suite consultation de synthèse
- Outil 14** : Plan personnalisé de soins
- Outil 15** : Formation





Contact presse :

- GICC : Dr THIBAUT DAMY :
- CNPCV : Dr MARC VILLACEQUE :
- EthiCare, organisateur et gestionnaire de l'événement : direction@ethicare.fr

En savoir plus sur le CNPCV

Conseil National Professionnel
Cardiovasculaire



Le CNPCV est un organisme officiel représentant les spécialistes des maladies cardiovasculaires. Il regroupe à parité des médecins exerçant sur un mode salarié et un mode libéral. Les structures constituantes du CNPCV sont la Société Française de Cardiologie (SFC), le Collège National des Cardiologues des Hôpitaux (CNCH), le Syndicat National des Cardiologues (SNC) et le Collège National des Cardiologues Français (CNCF). Ses missions sont notamment : la formation médicale continue, l'évaluation des pratiques professionnelles et de la compétence, le développement professionnel continu, l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle, les procédures de recertification, l'analyse professionnelle des recommandations référentielles, la mise en œuvre de l'accréditation des médecins conformément aux dispositions légales et réglementaires qui régissent ce dispositif et tout autre sujet relatif à la qualité des pratiques.

En savoir plus sur le Groupe Insuffisance Cardiaque & Cardiomyopathies - GICC



Le Groupe Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathie (GICC) est un groupe de la Société Française de Cardiologie dédié à l'insuffisance cardiaque et aux cardiomyopathies. Les membres du GICC sont des professionnels de santé travaillant dans toute la France au service des patients insuffisants cardiaques et atteints de cardiomyopathies. Le GICC leur permet d'échanger leurs connaissances et compétences dans le cadre du soin, de la recherche et de l'enseignement.

Annexes

Annexe 1 : Présentation des membres du jury

p9-11

Annexe 2 : Fiches descriptives des projets retenus

p12-31

Les membres du jury

Pr Thibaud
DAMY



Cardiologue depuis plus de 25 ans, spécialisé en insuffisance cardiaque et en amyloses cardiaques. Ancien président du groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies (GICC) de la société française de cardiologie (SFC). Impliqué dans la communication grand public et la réflexion sur l'optimisation du parcours de soin.

Co-coordonnateur d'un article 51 (CECICS) « Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères » avec mise en œuvre du protocole de coopération insuffisance cardiaque visant à transférer des compétences aux infirmières spécialisées dans le l'insuffisance cardiaque (ISPIC). Co-responsable du comité éditorial du Livre blanc de l'Insuffisance Cardiaque et du board OPTIM'IC. Co-porteur pour la SFC et le GICC du projet OUTIL'IC avec le Dr Marc Villaceque.

Dr Marc VILLACEQUE

Président du Syndicat National des Cardiologues de 2020 à 2023. Porteur d'un article 51 sur les Equipes de Soins Spécialisés en Cardiologie. Vice Président du syndicat représentatif Avenir Spé. Membre de la CPTS de Nîmes. Cardiologue dans un cabinet de groupe travaillant avec une IPA à Nîmes.



Dr Benoit LEQUEUX

Exercice mixte (Hospitalier – Libéral). Responsable au CHU de Poitiers de l'Unité de Prévention Cardiologique (UPC). Unité labelisée ESH / Blood Pressure Clinic, impliquée dans la gestion ambulatoire de la filière insuffisance cardiaque chronique et la prise en charge des HTA complexes. Membre du bureau du GICC et élu au conseil d'administration de la SFHTA.

Dr Franck ALBERT

Cardiologue interventionnel hospitalier. Past Président CNCH. Membre titulaire de la société française de cardiologie. Chef de pôle cardiologie Néphrologie endocrinologie CH Chartres. Investi dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique et de son parcours.



Dr Stéphanie SCHRAMM

Responsable du département de prestations et maladies chroniques à la CNAM. Copilote du parcours insuffisance cardiaque pour l'Assurance Maladie avec le Dr Gaetano Saba DCGDR AURA. Médecin diplômée de médecine générale, SAMU, urgences.

Dr Philippe TANGRE

Médecin-Conseil au Département des Prestations et Maladies Chroniques de la CNAM. Médecin généraliste de formation, ex-praticien attaché en infectiologie à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Contributeur à la mise en place et l'accompagnement d'actions nationales d'optimisation du parcours de soins de pathologies chroniques fréquentes, dont l'insuffisance cardiaque, et de maladies rares.





Dr Emilie FERRAT, MD, PhD

Maison de santé pluriprofessionnelle universitaire (MSPU) de Saint-Maur-des-Fossés. Vice-présidente CPTS Saint-Maur Ouest/Joinville. Maître de conférences des universités de Médecine Générale. Responsable des stages ambulatoires et Responsable adjointe de la recherche. Département universitaire d'enseignement et de recherche en médecine générale (DUER-MG). Équipe CEpiA (Clinical Epidemiology and Ageing), IMRB, U955 Inserm-Université Paris Est Créteil (UPEC).

Dr Muriel SALVAT

Cardiologue hospitalier au CHU grenoble alpes. Responsable de la filière insuffisance cardiaque et cardiomyopathies. Cardiologue du réseau des insuffisants cardiaques de l'Isère.



Armelle DUCHENNE

Cadre de Santé - Cheffe de projet Art51-CECICS - Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères - Direction de la Stratégie et de la Transformation -AP HP. Co-auteur et co-formatrice du protocole de coopération national insuffisance cardiaque avec l'équipe promotrice de l'hôpital Henri-Mondor.

Véronique THORE

Cadre supérieur de santé, Directrice IFAS, institut de formation aide-soignant. Responsable paramédical groupe GICC. Ex présidente ou présidente d'honneur (selon la formule consacrée) de la SFC groupe paramédical. Co organisatrice du DIU IC depuis sa création en 2000.



Dr Walid AMARA

Cardiologue et rythmologue. Responsable de l'Unité de rythmologie du Groupe Hospitalier Le Raincy-Montfermeil. Président du Collège National des Cardiologues Hospitaliers (CNCH) depuis novembre 2022. Passionné de troubles du rythme, insuffisance cardiaque et surtout des outils d'éducation au quotidien.

Dr Frederic MOUQUET

Cardiologue libéral à Lille. Membre du Groupe Insuffisance cardiaque et Cardiomyopathie de la SFC.



Dr Florian ZORES

Cardiologue libéral, ancien chef de clinique du CHU de Strasbourg. Membre du GICC. Co-fondateur du Centre Ellipse, structure de Réadaptation cardiaque ambulatoire libérale à Strasbourg. Tiens le blog insuffisant-cardiologue.com.



Dr Serge SIRVAIN

Praticien Hospitalier Gériatre, Chef de service du Court Séjour Gériatrique du Centre Hospitalier Alès-Cévennes. Rédacteur en Chef de la revue Repères en Gériatrie.

Baptiste BARJOUX

Pharmacien - Educateur sportif de métier. Directeur du RESIC, un réseau ville-hôpital affilié à la MRSI qui a pour objectif d'améliorer les parcours de soins des patients insuffisants cardiaques. Co-coordonateur pôle d'éducation thérapeutique (ETP). Formateur - ETP, Cardiologie et coordination.



Philippe MULLER

Président de l'association pour le Soutien à l'Insuffisance Cardiaque (SIC)

Détection des patients insuffisants cardiaques qui s'ignorent



Descriptif

Ce projet expérimental, conduit en collaboration avec l'ARS Normandie, la CPAM et le CHU de Rouen (Pr BAUER), vise à détecter les potentiels insuffisants cardiaques du territoire avec la mise en place d'un questionnaire diagnostic facile et rapide à réaliser, fondé sur les signes EPOF. (Essoufflement Prise de poids Œdème Fatigue)

Ainsi, les professionnels de santé (pharmaciens d'officine, IDE libéraux, ...) peuvent questionner une population ciblée et, en fonction des résultats, participer à l'organisation d'un parcours de prise en charge.

Bénéfices professionnels de santé

- Fédération d'un ensemble de professionnels autour d'une priorité régionale et nationale (l'insuffisance cardiaque)
- Organisation d'une prise en charge coordonnée entre acteurs du 1er avec l'appui de professionnels du 2d recours

Porteur de la solution



Dr Jacques FRICHET



coordocptsbraybresle@gmail.com



Vice - Président de la CPTS



Projet porté par l'ensemble des professionnels de santé de la CPTS et par Mr LANCHON DUMONTIER, directeur santé de la CPAM

Bénéfices patients

- Dépistage précoce de l'insuffisance cardiaque
- Intégration dans un parcours patient formalisé pluri professionnel et pluri disciplinaire.

Bénéfices médico-économiques

- Organisation d'une prise en charge précoce de l'insuffisant cardiaque
- Diminution du retard diagnostique et ses conséquences
- Diminution du recours aux urgences et / ou à l'hospitalisation

Vigilances

- Financement de l'opération et des professionnels de santé
- Respect des conditions techniques d'accueil des populations ciblées dans les pharmacies
- Constitution préalable d'un réseau de professionnels

Effort nécessaire

Faible **Modéré** Fort

Mais à moduler en fonction de la maturité de la CPTS

Délais moyens observés

> 1 an

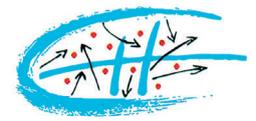
Les étapes clés de la mise en place

- Réalisation d'un état des lieux territorial dans le cadre de la CPTS
- Recensement des professionnels concernés et recherche de volontaires
- Promotion d'une démarche partenariale avec l'Assurance Maladie
- Choix et mise en place des outils (questionnaire, modalités d'adressage sécurisé, réseau téléexpertise...)
- Information, sensibilisation et formation des professionnels du territoire (pharmacies, médecins généralistes, IDEL, ...)
- Déploiement progressif sur le territoire avec un calendrier validé entre partenaires
- Budgétisation des actions (formation, passation des questionnaires, retours d'expériences...) dans le cadre des missions de la CPTS



FIL-EAS ic :

FILière d'Evaluation et d'Accompagnement dans le parcours de Soins de l'insuffisant cardiaque



CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
TOULON - LA SEYNE SUR MER

Porteur de la solution



Dr Jean-Michel TARTIERE



fileas@ch-toulon.fr



Médecin Coordonnateur FIL-EAS ic
Service de Cardiologie, Hôpital Sainte Musse,
CHITS, Toulon.

Descriptif

La filière FIL-EAS a pour objectif d'améliorer la **coordination du parcours de soin des patients porteurs d'insuffisance cardiaque** chronique, en favorisant les échanges, entre professionnels de santé de ville et d'hôpital, avec la participation des patients et des aidants.

FIL-EAS propose également une prise en charge adaptée en fonction du lieu et du moment d'entrée dans le parcours de soin :

- IC hospitalisés
- IC suivi uniquement en médecine générale
- IC suivi en cardiologie libérale ou hospitalière

Elle permet d'adapter les outils utilisés selon les 3 grandes phases de prise en charge :



Sécurisation : phase obligatoirement hospitalière permettant une évaluation globale du patient instable et de son environnement dans les premières 48h d'hospitalisation.



Équilibrage : phase de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) permettant d'équilibrer l'état clinique du patient dans les conditions de vie réelles. Cette phase se termine par une consultation de clôture (en présentiel ou en téléconsultation), ou parfois par une hospitalisation de jour en cas de besoin d'examen complémentaires. Un suivi du patient, structuré et articulé avec l'équipe soignante habituelle peut être également instauré (consultations de titration et/ou télésurveillance).



Consolidation : phase de suivi assurée par les professionnels de santé habituels, avec le soutien de l'équipe FIL-EAS, afin de formaliser le projet de soin (télésurveillance, APA, ETP, poursuite des soins infirmiers, soins palliatifs...)

L'organisation et la gestion du parcours patient s'appuie sur la solution e-parcours AZUREZO de l'éditeur COEXYA. Cette solution favorise l'articulation des acteurs, la construction d'une culture commune impliquant les patients et leurs aidants, l'accès facilité aux spécialistes, l'utilisation d'outils partagés comme un annuaire des ressources ou une messagerie sécurisée, des évaluations et des décisions partagées.

Le projet FIL-EAS ic est aussi impliqué dans le développement des nouveaux métiers de santé que sont les infirmiers en pratique avancée (I.P.A.) et les I.S.P.I.C. (infirmier avec protocole de coopération).

Bénéfices attendus patients

- Amélioration de sa survie et de sa qualité de vie
- Accompagnement et suivi sécurisés dans son environnement
- Implication dans sa prise en charge et meilleur observance des traitements
- Coordination de son cercle de soins avec une prise en charge adaptée à ses besoins
- Implication et prise en compte des aidants

Bénéfices professionnels de santé

- Amélioration de l'accès à l'expertise cardiologique
- Satisfaction au travail avec
 - Gestion pluridisciplinaire, protocolisée et sécurisée de patients
 - Respect des recommandations de bonnes pratiques
 - Meilleure coordination des parcours Hôpital - ville - domicile
- Amélioration de l'utilisation des outils hospitaliers

Les étapes clés de la mise en place

- Constitution de l'équipe FIL-EAS
- Mise en place du travail délégué (ISPIC / IPA)
- Mise en œuvre de l'organisation médico-soignante
- Développement des coopérations Ville - Hôpital
- Formation des professionnels
- Paramétrage et déploiement de la solution e-parcours

Bénéfices médico-économiques

- Gestion coordonnée du parcours patient visant à :
 - Prévenir la dégradation de l'état de santé des patients et dépister précocement les situations complexes
 - Diminuer le recours aux urgences
 - Diminuer le recours à l'hospitalisation et les durées de séjours hospitalières
- Amélioration de la pertinence des soins avec notamment la formation des professionnels

Vigilances

- Maturité de la solution e-parcours des GRADeS
- Volonté partagée de l'ensemble des acteurs médicaux et non médicaux de changer les organisations

Projets similaires ou apparentés :



Cellule d'expertise et de coordination de l'insuffisance cardiaque
Réfèrent Dr Damy THIBAUD
thibaud.damy@aphp.fr

Effort nécessaire

Faible Modéré **Fort**

Délais moyens observés

1 an



Optimiser la prise en charge de l'insuffisance cardiaque par un nouveau métier infirmier (ISPIC-IPC)



AP-HP.
Hôpitaux universitaires
Henri-Mondor

Porteur de la solution



Dr Thibaud DAMY



thibaud.damy@aphp.fr



Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP)
CHU Henri Mondor

Descriptif

Il s'agit d'une organisation **pluriprofessionnelle** à destination des **patients insuffisants cardiaques sévères** mettant en exergue le travail aidé avec notamment des infirmiers spécialisés en insuffisance cardiaque (I.S.P.I.C.).

La délégation de tâches cardiologiques / I.D.E. ou I.P.A. s'appuie sur un **protocole de coopération**.
Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier »

Cette **prise en charge thérapeutique spécifique et limitée dans le temps (max. 1 an)** est proposée aux patients dans les suites d'une hospitalisation pour **décompensation cardiaque en accord avec son médecin traitant**.

Elle comporte principalement :



Une prise en charge coordonnée du patient par les professionnels de santé ville-hôpital en fonction des besoins identifiés du patient. (Ex. gériatre)



Une optimisation du traitement de fond avec des **consultations rapprochées de titration des médicaments** incluant un temps d'éducation thérapeutique (principalement en présentiel)



La télésurveillance avec accompagnement thérapeutique (toutes solutions techniques/fournisseurs agréés par la DGOS possibles)



Et si nécessaire, la réalisation de **consultations non programmées avec ou sans télémedecine, pour gérer les alertes et ainsi éviter le recours aux urgences**

Le **protocole de coopération** peut être mis en œuvre dans un établissement de santé ou dans une structure de soins en ville (Cabinets médicaux libéraux, Équipes de soins spécialisés, ...)

Bénéfices patients

- Amélioration de sa survie et de sa qualité de vie
- Accompagnement et suivi sécurisés dans son environnement
- Implication dans sa prise en charge et meilleure observance des traitements
- Coordination de son cercle de soins avec une prise en charge adaptée à ses besoins

Bénéfices professionnels de santé

Cardiologues

Satisfaction au travail avec :

- Gestion pluridisciplinaire, protocolisée et sécurisée de patients avec une IC sévère
- Travail aidé et diminution de la charge mentale
- Respect des recommandations de bonnes pratiques
- Meilleure coordination des parcours Hôpital - ville - domicile

Infirmiers (I.S.P.I.C.)

Meilleure attractivité du métier avec :

- Développement de compétences
- Valorisation de l'expertise I.D.E.

Les étapes clés de la mise en place

- Constitution de l'équipe cardiologues / I.D.E. et/ou I.P.A.
- Formation de l'équipe soignante au protocole de coopération et à l'insuffisance cardiaque
- Mise en œuvre de l'organisation médico-soignante
- Choix de la solution de télésurveillance et formation des professionnels
- Déclaration de l'équipe au protocole de coopération (plateforme)
- Développement des coopérations Ville - Hôpital

Bénéfices médico-économiques

- Harmonisation des pratiques - Approche parcours
- Prévention de la fragilité et des effets secondaires des traitements
- Diminution du recours aux urgences
- Diminution du recours à l'hospitalisation et des durées de séjours (décompensation)
- Dispositif plus global que le PRADO IC

Projets similaires



Patient Insuffisant Cardiaque et Parcours coordonné - PIC et PAC
Réfèrent Dr Franck ALBERT
falbert@ch-chartres.fr

Effort nécessaire

Faible **Modéré** Fort

Délais moyens observés

< 1 an



Patient Insuffisant Cardiaque et Parcours coordonné PIC et PaC



Porteur de la solution



Dr Franck ALBERT / M. Christophe LAURE



tls.ic@ch-chartres.fr



Hôpitaux de Chartres Hôpital Louis Pasteur
4 rue Claude Bernard 28 630 Le Coudray

Descriptif

Il s'agit d'une organisation pluri professionnelle permettant de proposer une prise en charge globale et spécifique à tout patient majeur hospitalisé au sein des services de cardiologie des hôpitaux de Chartres pour insuffisance cardiaque de primo découverte ou en phase de décompensation avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche réduite ou conservée.

« PIC et PaC » permet de structurer un parcours patient coordonné en disposant d'un outil de prise en charge standardisé pouvant être personnalisé selon les besoins et l'état de santé du patient.

Cette organisation a été validée par l'ensemble des cardiologues et a fait l'objet d'une procédure institutionnelle.

La mise en place de ce parcours patient est appliquée sur prescription médicale du cardiologue au moment de sa visite au sein du service d'hospitalisation via le dossier patient informatisé.

Cette prescription déclenche une consultation par l'équipe de coordination insuffisance cardiaque (IDE éducation, ISPIC, IPA).

Elle se déroule en plusieurs étapes :

- Participation à la consultation d'annonce
- Recueil des besoins spécifiques du patient et de ses ressources avec l'établissement d'un Plan Personnalisé de Soins.
- En partenariat avec le service de soins et le secrétariat, planification des consultations indispensables à sa prise en charge optimale (consultations diététiques, gériatriques, sociales, éducation thérapeutique ...).
- Mise en place de la télésurveillance IC.
- Mise en place des consultations ISPIC ou IPA pour l'optimisation du traitement de fond et la prise en compte des facteurs de risques et de comorbidités.
- Coordination des différents acteurs et examens nécessaires en partenariat avec le service de soins et le secrétariat : consultation médecin généraliste, cardiologue traitant, ETT, IPA afin de s'assurer de la continuité de la prise en charge au long cours du patient atteint d'une pathologie chronique.

Bénéfices patients

- Amélioration significative de la qualité de la prise en charge grâce à une meilleure compréhension et adhésion au parcours de soins
- Disposer d'une prise en charge pluri-professionnelle et multidisciplinaire cohérente
- Être accompagné dans un parcours complexe nécessitant l'intervention de nombreux professionnels de santé en ville et à l'hôpital
- Établissement d'une relation de confiance avec une équipe de coordination

Bénéfices professionnels de santé

- Appréhender et améliorer l'articulation entre les différents acteurs de santé (collaboration pluri professionnelle et multidisciplinaire)
- Favoriser le lien ville - hôpital
- Conserver le patient au centre de sa prise en charge
- Éviter les ruptures de prise en charge
- Respect des recommandations de bonnes pratiques
- Valorisation du rôle infirmier

Bénéfices médico-économiques

- Diminuer la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque
- Diminuer le recours à l'hospitalisation et les durées de séjours
- Diminuer la mortalité des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque
- Favoriser une prise en charge de qualité au sein d'un territoire en pénurie médicale

Les étapes clés de la mise en place

- Mise en place d'une unité thérapeutique d'insuffisance cardiaque (2010)
- Mise en place d'une équipe IDE d'éducation dédiée à la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque (2013)
- Recrutement d'une IPA (2021)
- Formation des infirmières de télésurveillance au protocole de coopération de l'insuffisance cardiaque et DIU prise en charge IC (2022)
- Groupe de travail et rédaction du projet « PIC ET PAC » (juin à novembre 2022)
- Validation de la procédure par les cardiologues et l'institution (janvier 2023)
- 1^{ère} inclusion de patients dans le programme « PIC et PaC » (février 2023)



FERENHAD



Descriptif

Les équipes du CHU de Poitiers ont développé la pratique des injections de fer en HAD pour **répondre à 3 enjeux** :

- Systématiser le dépistage de la carence martiale
- Systématiser la correction de la carence martiale par fer injectable
- Faciliter le parcours de prise en charge de la carence martiale du patient indépendamment du statut hospitalier ou libéral

Une première injection est réalisée en hospitalisation conventionnelle ou de jour. Si le patient ne présente pas d'effets indésirables, et selon un protocole réalisé par les équipes de cardiologie et l'HAD, **les injections suivantes sont effectuées à domicile.**

Plusieurs actions de formation sont assurées auprès des cardiologues de ville et médecins libéraux afin de les sensibiliser à l'importance du dépistage de la carence martiale. D'autres actions formatives sont mises en oeuvre auprès des professionnels paramédicaux afin de prendre connaissance du protocole et de réaliser le soin en toute sécurité.

Porteur de la solution



Dr Benoit LEQUEUX



benoitlequeux@yahoo.fr



Responsable de l'Unité de Prévention Cardologique (UPC)

Bénéfices patients

- Diminution des hospitalisations en secteur conventionnel ou de jour
- Amélioration du pronostic des patients
- Maintien de la qualité de vie
- Coordination de son cercle de soins avec une prise en charge adaptée à ses besoins
- Prévention des ruptures de parcours



Bénéfices médico-économiques

- Diminuer le recours aux urgences
- Diminuer le recours à l'hospitalisation et les durées de séjours hospitalières
- Amélioration de la pertinence des soins avec notamment la formation des professionnels

Bénéfices professionnels de santé

Satisfaction au travail avec :

- Gestion pluridisciplinaire, protocolisée et sécurisée de patients
- Respect des recommandations de bonnes pratiques
- Meilleure coordination des parcours Hôpital - ville - domicile
- Prévention des ruptures de parcours

Effort nécessaire

Faible **Modéré** Fort

Délais moyens observés

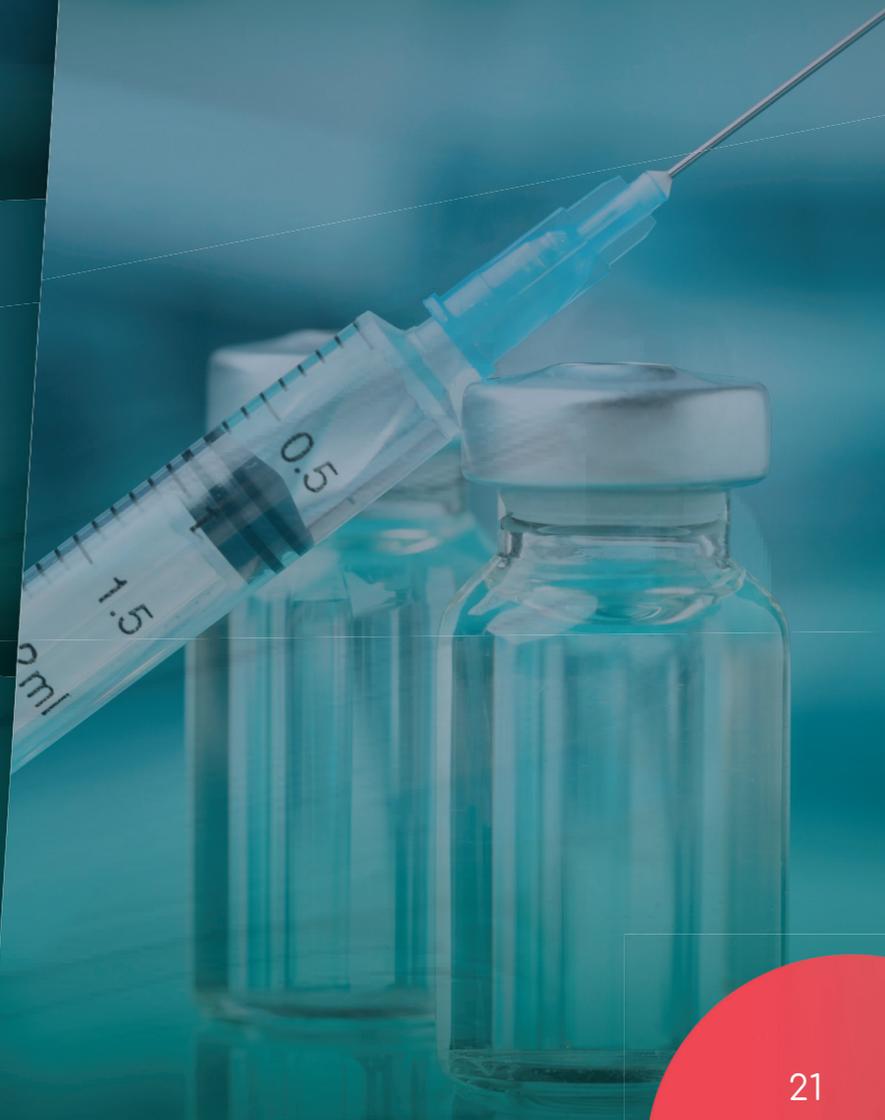
6 mois

Les étapes clés de la mise en place

- Mise en œuvre de l'organisation médico-soignante
- Développement des coopérations Ville - Hôpital
- Formation des professionnels

Vigilances

Communication efficiente



Prise en charge par diurétiques IV en Hospitalisation A Domicile des décompensations cardiaques et lien avec les Cellules d'Expertise et de Coordination de l'Insuffisance Cardiaque Sévère



Porteur de la solution



Dr Silvia OGHINA



silvia.oghina@aphp.fr



Cardiologue au C.H.U. Henri Mondor



Dr Taina Louissaint



HAD AP-HP

Descriptif

Les équipes du GHM proposent une prise en charge à domicile pour traiter les décompensations cardiaques qui ne répondent plus au traitement diurétique par voie orale. Cette solution sur la **base d'un protocole établi** permet de coordonner les équipes cardiologiques, de la Cellule d'Expertise et de Coordination de l'Insuffisance Cardiaque Sévère (CECICs) et les équipes de l'HAD pour permettre l'administration des diurétiques en IV à domicile.

Cette prise en charge permet de réserver les lits d'hospitalisation complète pour des patients plus complexes tout **en traitant avec efficacité la décompensation cardiaque à domicile** et en améliorant la qualité de vie du patient.

Bénéfices patients

- Diminution des hospitalisations en secteur conventionnel
- Optimisation du traitement et diminution des risques de décompensation
- Stabilisation de la qualité de vie, maintien de l'autonomie et de l'état nutritionnel
- Coordination de son cercle de soins avec une prise en charge adaptée à ses besoins

Bénéfices médico-économiques

- Diminuer le recours aux urgences
- Diminuer le recours à l'hospitalisation et les durées de séjours hospitalières
- Amélioration de la pertinence des soins avec notamment la formation des professionnels

Les étapes clés de la mise en place

- Mise en œuvre de l'organisation médico-soignante
- Développement des coopérations Ville - Hôpital
- Formation des professionnels

Bénéfices professionnels de santé

Satisfaction au travail avec :

- Gestion pluridisciplinaire, protocolisée et sécurisée de patients
- Respect des recommandations de bonnes pratiques
- Meilleure coordination des parcours Hôpital - ville - domicile

Vigilances

Communication efficiente

Effort nécessaire

Faible **Modéré** Fort

Délais moyens observés

6 mois

Perfusion de Dobutamine en HAD dans l'insuffisance cardiaque sévère



Porteur de la solution



Dr Antoine JOBBE DUVAL



antoine.jobbe-duval@chu-lyon.fr



Service d'insuffisance cardiaque

Descriptif

Le projet de perfusion de Dobutamine en HAD est le fruit d'un travail entre les équipes d'USIC, de Cardiologie, de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) et de l'HAD.

Certains patients en Insuffisance Cardiaque sévère avec un choc cardiogénique **ne peuvent pas être sevrés de la dobutamine en USIC**, les exposant à des séjours de longue durée en soins critiques ou au décès si arrêt du traitement. Pour ces patients, **la solution présentée propose de pouvoir poursuivre, dans le cadre d'une prise en charge palliative, le traitement à domicile sous surveillance du cardiologue référent, des équipes de l'HAD et accompagnement par l'EMSP.**

Cela permet au patient de gagner du temps de vie avec une qualité de vie acceptable.

Bénéfices patients

- Retour à domicile
- Alternative au séjour long en USIC
- Diminue les réhospitalisations
- Dispositif peu contraignant sur la qualité de vie

Bénéfices médico-économiques

- Diminuer le recours aux urgences
- Diminuer le recours à l'hospitalisation et les durées de séjours hospitalières
- Amélioration de la pertinence des soins

Bénéfices professionnels de santé

- Instaurer une réflexion sur la place des soins palliatifs en cardiologie
- Instaurer une coordination des soins alliant qualité et sécurité

Effort nécessaire

Faible **Modéré** Fort

Délais moyens observés

6 mois

Les étapes clés de la mise en place

- Mise en œuvre de l'organisation médico-soignante
- Développement des coopérations Ville - Hôpital
- Formation des professionnels

Vigilances

Communication efficace



HELP

Insuffisance cardiaque (IC)



Porteur de la solution



Dr Muriel SALVAT



msalvat@chu-grenoble.fr



CHU Grenoble - Alpes (CHUGA)

Descriptif

HELP IC est un dispositif intra-hospitalier permettant de dispenser un avis cardiologique nécessaire à la bonne prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC) dans l'ensemble des services de l'établissement du CHUGA et de structurer le parcours de soins de ces patients.

HELP IC propose une activité de consultant médical/paramédical qui ne se substitue pas aux équipes en charge du malade.

A ce titre, il n'assure pas la prescription des thérapeutiques, des examens paracliniques nécessaires, ou encore des soins. Ceux-ci sont en revanche mis à disposition des équipes médicales dans un support dédié.

Help IC veille, dans la mesure du possible, au respect des recommandations et assure, le cas échéant, un suivi des patients dans le cadre de consultations externes et de l'hôpital de jour si nécessaire, ou un relais vers la médecine de ville.

Bénéfices patients

- Égal accès à des soins cardiologiques appropriés
- Fin de l'errance médicale
- Évaluations pluridisciplinaires
- Parcours de soins personnalisé
- Meilleure qualité de vie
- Baisse de la mortalité

Bénéfices professionnels de santé

- Accès à l'expertise cardiologique et gériatrique facilité
- Équipe référente à disposition
- Consolidation des collaborations interservices
- Application des bonnes pratiques professionnelles
- Amélioration de la qualité des soins

Bénéfices médico-économiques

- Respect des recommandations ESC et HAS
- Prévention de la fragilité, des effets secondaires des traitements
- Diminution du recours à l'hospitalisation et notamment des réadmissions précoces
- Diminution du recours aux urgences

Les étapes clés de la mise en place

- Réalisation d'un état des lieux initial (PMSI, audit ciblé)
- Constitution de la Cellule d'Expertise et de Coordination IC au sein de l'établissement
- Définition des modalités de recours et d'intervention en collaboration avec les équipes intra hospitalières
- Mise en œuvre de l'organisation médico-soignante
- Ajustement en fonction des évaluations

Effort nécessaire

Faible **Modéré** Fort

Délais moyens observés

> 1 an

Projets similaires ou apparentés :



Patient Insuffisant Cardiaque et Parcours coordonné - PIC et PAC
Réfèrent Dr Franck ALBERT
falbert@ch-chartres.fr



Hôpital de jour Diurétique



Porteur de la solution



Pr Nicolas GIRERD



n.girerd@chru-nancy.fr



Inserm - CHRU Nancy - Université Lorraine

Descriptif

Mise en place d'un hôpital de jour (HDJ) à destination des patients insuffisants cardiaques présentant une congestion relevant d'une déplétion par diurétiques intraveineux.

Il s'agit de rappeler les connaissances essentielles et les lignes directrices pratiques pour mettre en œuvre ce mode de prise en charge.

Bénéfices patients

- Amélioration de sa qualité de vie avec la réduction des hospitalisations conventionnelles
- Diminution des complications iatrogènes et nosocomiales (dénutrition, infections, dépendance, etc.), en particulier chez les personnes âgées
- Implication dans sa prise en charge et meilleur observance des traitements

Bénéfices professionnels de santé

- Sécurisation de la prise en charge des patients avec une réponse rapide et adaptée en cas d'identification précoce d'une décompensation
- Meilleure gestion des cures itératives

Bénéfices médico-économiques

- Diminution des durées de séjour hospitalière dans le cadre de leur virage ambulatoire
- Prévention de la fragilité, des effets secondaires des traitements
- Diminution du recours aux urgences et des réadmissions post-hospitalisation

Les étapes clés de la mise en place

- Définition du protocole de prise en charge en l'hôpital de jour et de ses intervenants
- Formation de l'équipe soignante et formalisation des bonnes pratiques
- Mise en œuvre de l'organisation médico-soignante
- Information des professionnels sur la disponibilité de l'offre de soins

Effort nécessaire

Faible Modéré Fort

Délais moyens observés

Entre 1 et 3 mois

Vigilances

Détention d'une autorisation de médecine

Projets similaires ou apparentés :

Ce mode de prise en charge est également proposé dans les projets FIL-EAS - CECICs - PIC et PAC lauréats des trophées Outil'IC 2023

Le dispositif d'annonce en cardiologie l'insuffisance cardiaque



Descriptif

Il s'agit de proposer aux patients avec suspicion ou découverte de l'insuffisance cardiaque un dispositif d'annonce en 4 étapes :



Consultation d'annonce de suspicion



Consultation d'annonce médicale



Temps d'Accompagnement Soignant



Consultation médicale de synthèse par le médecin traitant

Ce dispositif est articulé entre les acteurs de ville et hospitaliers afin de garantir la continuité et sécurité des soins. Cela permet également d'éviter les redondances et d'identifier dès le début du parcours tous les acteurs.

La légitimité de ce dispositif est confirmée au regard des retours d'expériences en cancérologie et d'expériences étrangères dans le cadre de l'annonce de différentes maladies chroniques. La preuve est faite que la qualité de l'annonce conditionne la qualité de la relation médecin/malade et donc les capacités d'adaptation, d'acceptation par le patient et son observance thérapeutique.

Porteur de la solution



Dr Emmanuelle BERTHELOT



Emmanuelle.berthelot@aphp.fr



Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP)
Hôpital Bicêtre

Bénéfices patients

- Optimise la relation de confiance soignant/soigné
- Facilite le cheminement vers l'acceptation de la maladie
- Facilite l'empowerment
- Optimise l'observance thérapeutique

Bénéfices professionnels de santé

- Optimise la qualité de l'information délivrée
- Renforce la qualité de la relation médecin/malade
- Permet une prise en charge pluridisciplinaire dès le début de la maladie
- Optimise la coordination des acteurs du parcours

Bénéfices médico-économiques

- Harmonisation des pratiques -
Approche parcours
- Diminution des redondances en termes
d'examens, prescriptions...
- Diminution du recours à
l'hospitalisation et des durées de
séjours (décompensation)

Vigilances

- Reconnaissance financière
du temps dédié

Les étapes clés de la mise en place

- Appropriation du dispositif dans
sa globalité
- Formation des équipes sur les enjeux de
l'annonce et la communication
- Mise en œuvre de l'organisation
médico-soignante
- Développement de la coopération
ville-hôpital

Facilité de mise en œuvre

- Nécessite de former les équipes
et d'identifier les ressources
- La mise en œuvre organisationnelle
doit permettre de dégager du
temps pour chacun des acteurs
- Nécessite une information des
médecins traitants pour qu'ils
s'impliquent dans le dispositif

Faible **Moyen** Fort



Outil'ic

La boîte à outils de l'Insuffisance Cardiaque

Illustrations & Mise en page camillefeuillelet.fr



EthiCare

www.ethicare.fr

direction@ethicare.fr