Outil'ic
La boîte à outils de l'Insuffisance Cardiaque

Cardio-gériatrie

Parcours de santé insuffisance cardiaque - EFICAS - Unité de Gériatrie Aigüe (UGA) à orientation cardio-gériatrique

TROPHÉES 2024

Production numérique réalisée par EFiCare - Mise en page & illustrations : www.camillefeuillet.fr

Avec le soutien de : l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Conseil National Professionnel CardioVasculaire
GICC Groupe Insuffisance Cardiaque & Cardiomyopathies
Syndicat National des Cardiologues Médecine cardiovasculaire
Société Française de Cardiologie
Collège National des Cardiologues Français
Collège National des Cardiologues des Hôpitaux

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. Les cardiologues sont les principaux acteurs du suivi et de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques. Ils sont représentés par le Conseil National Professionnel Cardiovasculaire (CNPCV) et ses organisations membres qui souhaitent soutenir le développement d'initiatives portées par les professionnels de santé dans ce domaine. C'est pourquoi ils ont créé « Les Trophées Outil'IC », avec le soutien de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). 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. Les trois projets présentés dans cette boite à outils permettent de s'approprier les outils pour réaliser une évaluation globale cardiogériatrique ainsi qu'un plan personnalisé de soins/santé. Chaque modèle organisationnel permet de faciliter l'accès à une évaluation globale des patients atteints d'une insuffisance cardiaque dans un contexte de démographie médicale et d'accès aux soins complexes.

Fiche d'identité de l'outil
Parcours de santé insuffisance cardiaque

Porteur de la solution

Dr. Raphaël DAUPHIN – Médecin cardiologue
r.dauphin@ch-aurillac.fr
Dr Marie BLANQUET – Praticien Hospitalier
mblanquet@chu-clermontferrand.fr
Mme Céline VERGNE – Infirmière de parcours
c.vergne@ch-condat.fr

Descriptif

La solution propose une innovation organisationnelle avec la mise en place d'une IDE de parcours ville-hôpital à travers une prise en charge globale pour améliorer la qualité des soins. Une première consultation médico-soignante exhaustive permet d'identifier tous les professionnel(le)s médicaux, paramédicaux et médico-sociaux qui interviennent auprès du patient, de réaliser une prise en charge spécialisée de l'insuffisance cardiaque, de rechercher l'indication de télésurveillance et de dépister les comorbidités et les fragilités. A l'issue de cette première consultation, un Plan Personnalisé de Santé est réalisé et une programmation en hospitalisation de jour (HDJ) peut être programmée.

Bénéfices attendus

- Intégrer les patients isolés dans un parcours de soins
- Éviter les hospitalisations en urgence et répétitives liées à une prise en charge en silo/par organe et/ou par défaut d'accès aux soins en ville

Objectifs

- Faciliter le recours au médecin cardiologue et autres spécialistes
- Optimiser la prise en charge par une évaluation globale de la personne âgée
- Repérer les fragilités

Délais moyens observés

La construction du projet a débuté en décembre 2022. La première consultation a pu être assurée en février 2023 et le premier HDJ en mars 2023.

Populations cibles

Tous patients atteints d'une insuffisance cardiaque ou d'une pathologie susceptible d'évoluer vers une insuffisance cardiaque. En 6 mois, 49 patients ont bénéficié de cette prise en charge et ont été intégré dans le parcours.

Budget à prévoir

Pour ce projet l'hôpital a investi à hauteur de 63 970 €.

Partenaires impliqués

- L'équipe porteuse du projet composée d'un médecin cardiologue référent, d'une médecin généraliste référent et d'une IDE de parcours s'appuie sur les ressources hospitalières partenaires pour l'accès à un HDJ et aux soins de support
- Sont impliqués dans le parcours les médecins généralistes du territoire, la CPTS du territoire

Fiche d'identité de l'outil
EFICAS

CENTRE HOSPITALIER
Intercommunal des Alpes du Sud
Gap - Sisteron

Porteur de la solution

Dr. Jacques QUILICI – Médecin cardiologue
Jacques.Quilici@chicas-gap.fr

Dr. Paul LEMIERE – Médecin généraliste
Paul.LEMIERE@chicas-gap.fr

Emilie SAUNIER – IDE/ISPIC
telemedecine.cardiologie@chicas-gap.fr

Flore TARDIVAT – IDE
telemedecine.cardiologie@chicas-gap.fr

Descriptif

Au sein d'un territoire rural et montagneux rendant l'accès aux soins difficile, souffrant de la fragilité démographique des cardiologues (densité et pyramide d'âge) avec un seul service de cardiologie sur l'ensemble du GHT, l'équipe du CHICAS a mis en œuvre une solution de télésurveillance et d'une équipe mobile de cardio-gériatrie pour répondre aux besoins d'une population vieillissante et fragile.

Objectifs

- S'inscrire dans une démarche de responsabilité populationnelle et définissant les parcours des patients
- Développer une prise en charge cardiogériatrique

Bénéfices attendus

- Diminuer le nombre d'hospitalisations et le nombre de passages aux urgences en lien avec l'insuffisance cardiaque grâce à une évaluation clinique précoce
- Diminuer les déplacements des patients les plus fragiles grâce à une évaluation clinique au plus près du patient

Populations cibles

Les patients atteints d'une insuffisance cardiaque (IC) (10 000 personnes identifiées sur le territoire du GHT) inclus dans la filière IC et sous télésurveillance.

Partenaires impliqués

- L'équipe hospitalière du CHICAS travaille en étroite collaboration avec d'autres équipes du GHT notamment l'Equipe Mobile de Gériatrie, l'Hospitalisation à Domicile, l'Unité Mobile de Soins Palliatifs
- Elle travaille également en constante collaboration avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), le réseau associatif d'aide à la personne et avec les professionnels libéraux (médecin, IDE, kinésithérapeute...)

Budget à prévoir

- Formation ISPIC
- DIU

Délais moyens observés

Dépendant de la maturité du projet, de la télésurveillance à l'équipe mobile.

Fiche d'identité de l'outil

Unité de Gériatrie Aigüe (UGA) à orientation cardio-gériatrique

Hôpital Émile-Roux AP-HP

Porteur de la solution

Dr. Amaury BROUSSIER – MD, PhD
Gériatre

amaury.broussier@aphp.fr

Dr. Gita MOTAMED – MD, MSc – Gériatre

gita.motamed@aphp.fr

Descriptif

Cette solution s'illustre par une coopération cardio-gériatrique entre la Fédération de Cardiologie des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor et le service de Gérontologie 3 de l'hôpital Émile Roux. Elle se concrétise par la mise en place d'une Unité de Gériatrie Aigüe qui accueille les patients âgés atteints d'insuffisance cardiaque. Cette hospitalisation permet de gérer la poussée insuffisance cardiaque et sa suite immédiate, d'optimiser le traitement de fond, de lutter contre la sarcopénie, d'optimiser la prise en charge nutritionnelle et de définir un projet de soin personnalisé reflet de l'autonomie et de la fragilité du patient.

Bénéfices attendus

- Éviter les ruptures de parcours
- Optimiser la prise en charge en traitant à la fois l'insuffisance cardiaque et les fragilités liées au vieillissement
- Éviter les hospitalisations en urgence, qu'elles soient liées à l'IC ou aux décompensations de fragilités

Objectifs

- Assurer une prise en charge pluri professionnelle et pluri disciplinaire de l'insuffisance cardiaque, de la fragilité et des comorbidités
- Définir un projet personnalisé de soins, issu de l'Évaluation Gériatrique Approfondie (EGA)
- Améliorer la qualité de vie en maintenant l'autonomie fonctionnelle et en limitant les ré-hospitalisations de ces patients
- Optimiser le traitement de fond de l'insuffisance cardiaque de cette population spécifique
- Optimiser le suivi post épisode aigu des patients âgés fragiles en les faisant entrer dans une filière dédiée, se prolongeant en ambulatoire

Budget à prévoir

- Formation DIU = 2000
- Matériels = environ 120 000 euros
- Pour une unité de 10 lits : Ressources humaines = 1 ETP PH, 1 IDE par 7h38, rééduc, assistante sociale, diet, pharmacien clinicien

Populations cibles

Les patients de plus de 75 ans, fragiles (SEGA>8) en insuffisance cardiaque aigüe (ICA) et en post ICA immédiate.

Délais moyens observés

Projet de 2 ans (UGA).

Partenaires impliqués

Les équipes de cardiologie du CHU Henri Mondor (EMG, télémédecine, SAU), la CPAM via les dispositifs PRADO, le centre de réadaptation cardiaque, CPTS de secteur, réseau Insuffisance Cardiaque du territoire FINC/PHINC, cardiologues de ville, médecin traitant, IDEL, DAC.

Le contexte

1

1.1 - L'insuffisance cardiaque chez la personne âgée : une réalité épidémiologique p7

1.2 - Démographie médicale, accès aux soins p8-9

1.3 - Le renoncement aux soins p10

1.4 - Qui est la personne âgée ? p11

1.5 - Le concept de fragilité p12

1.1 L'insuffisance cardiaque chez la personne âgée : une réalité épidémiologique

→ L'insuffisance cardiaque est la première cause d'hospitalisation chez les patients de plus de 65 ans

Elle est responsable de 20 à 30% des hospitalisations en cardiologie et elle est la cause de 50% de ré-hospitalisations dans les 6 mois.

- Du fait du vieillissement de la population, la fréquence de l'insuffisance cardiaque va augmenter dans les années à venir de 25% tous les quatre ans.
- A ce jour, 75% des patients insuffisants cardiaques ont plus de 75 ans et associent des comorbidités, des facteurs de fragilité et des syndromes gériatriques.

→ En 2022, un rapport de Santé Publique France sur l'état de santé des Français de plus de 65 ans montre que :

Aux premiers rangs des maladies chroniques avec un lourd fardeau : les pathologies cardio et neuro-vasculaires, les troubles neurocognitifs majeurs (comme la maladie d'Alzheimer), les maladies respiratoires chroniques (comme la BPCO), le diabète et le cancer du poumon.

1 personne dépendante sur 2 vit actuellement en institution.

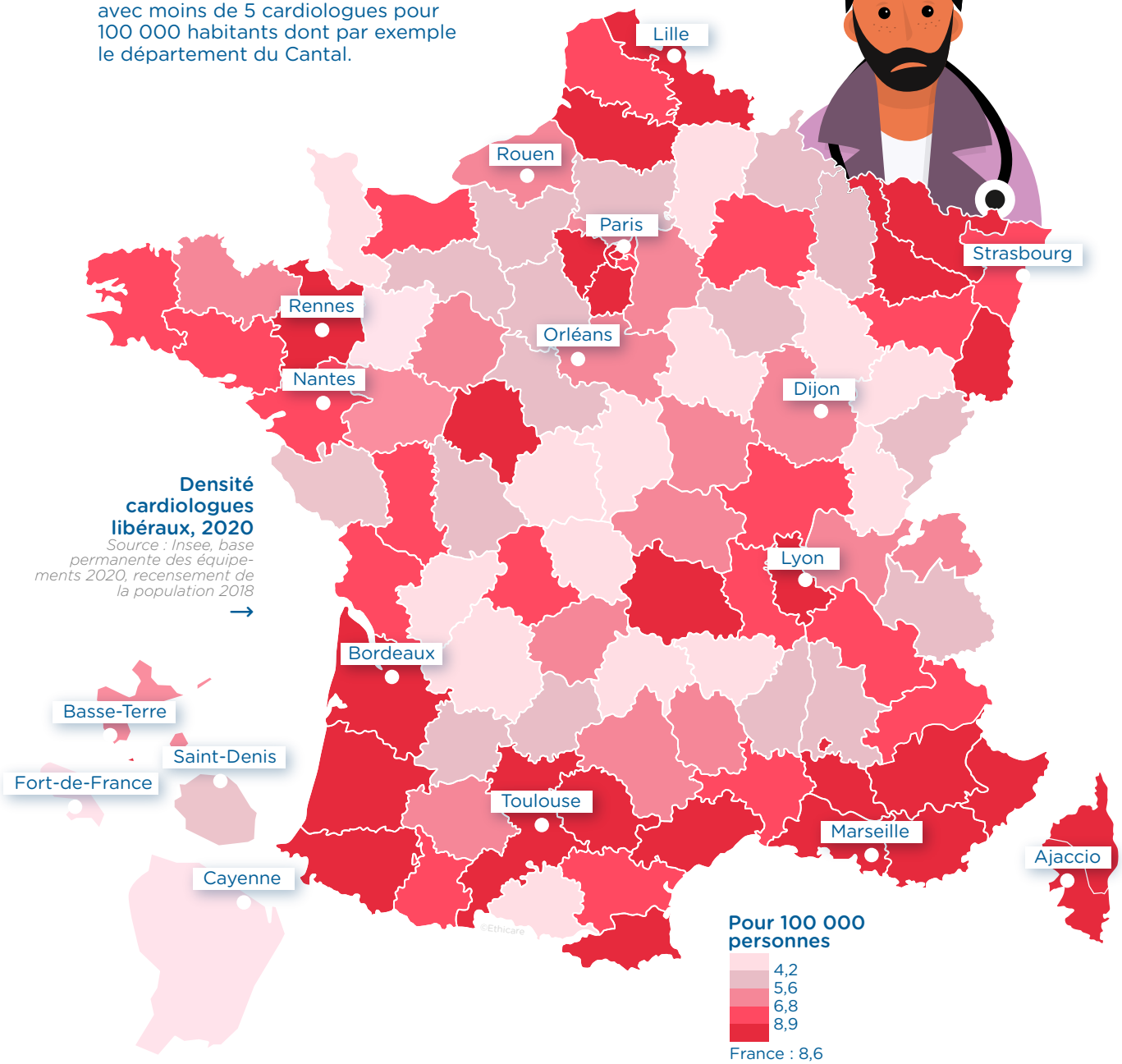
+ d'1,4 million de personnes de plus de 60 ans vivant à domicile peuvent être considérées comme dépendantes.

Une augmentation de la prévalence des maladies chroniques est attendue dans les prochaines années en raison du vieillissement de la population et de l'amélioration de la survie des malades.

1.2 Démographie médicale, accès aux soins

→ En 2020

La France compte presque 30 départements avec moins de 5 cardiologues pour 100 000 habitants dont par exemple le département du Cantal.



Densité cardiologues libéraux, 2020

Source : Insee, base permanente des équipements 2020, recensement de la population 2018

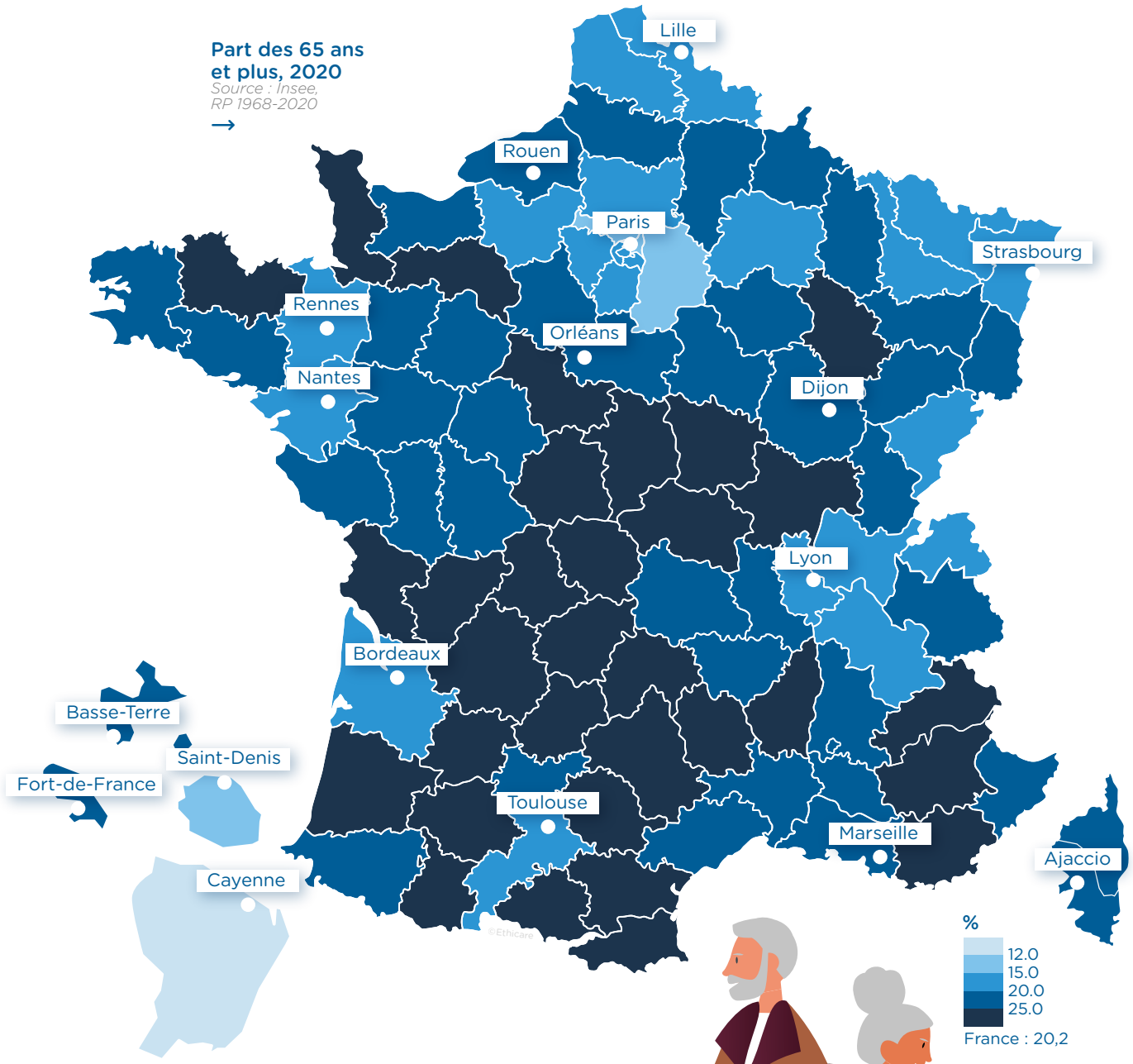
→

Les départements mieux dotés ne garantissent pas pour autant un meilleur accès aux soins de cardiologie. En effet, les cardiologues peuvent être regroupés sur l'unique zone urbaine du territoire.

C'est l'exemple du département des Hautes-Alpes avec en 2020, 7.1 cardiologues pour 100 000 habitants principalement installés en zone urbaine. Dans ce département montagneux, à la population vieillissante, difficilement mobilisable, l'accès aux soins cardiologiques est donc tout aussi difficile que dans un département moins doté.

→ La France est également confrontée au vieillissement de sa population

Part des 65 ans et plus, 2020
Source : Insee, RP 1968-2020
→



C'est la double peine pour les territoires ruraux : le vieillissement de la population et la désertification médicale.

1.3 Le renoncement aux soins

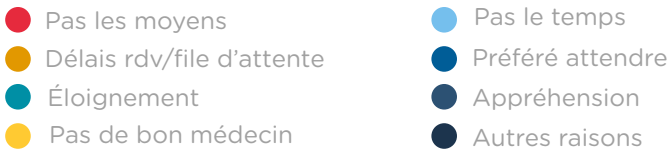
→ À cela nous pouvons ajouter une dernière problématique : celle du renoncement aux soins

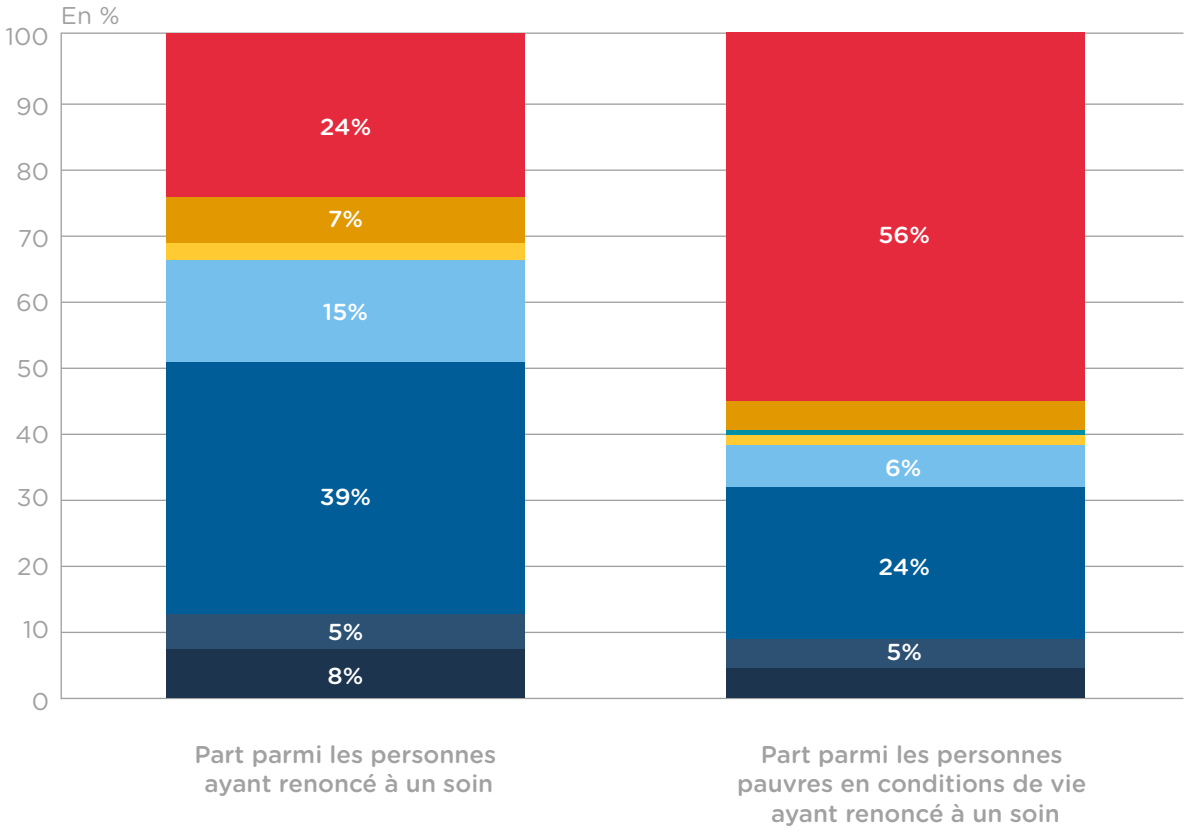
Plusieurs enquêtes et études de l'Insee et de la DREES révèlent **qu'1,6 million de personnes en 2017** a renoncé à des soins médicaux.

Une fois tenu compte des caractéristiques des personnes interrogées (âge, sexe, diplôme, situation sur le marché du travail…), les personnes socialement défavorisés présentent trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres.

En outre, dans une **zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur risque est plus de huit fois supérieur** à celui du restant de la population.

Principal motif de renoncement aux soins :



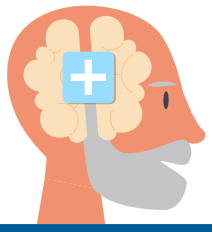


1.4 Qui est la personne âgée ?

→ Le vieillissement est un phénomène normal caractérisé par 3 composantes :

Vieillissement biologique et physiologique

Métabolique
Neurologique
Cardiovasculaire
Respiratoire
Locomoteur
....



Vieillissement psychologique

Temps présent
Rigidification du caractère
Pertes narcissiques
Changement de statut

Vieillissement environnemental

Retraite
Pertes financières
Modification de la famille et des relations sociales
Ageing

Nécessité de stratégies d'adaptation : sélection compensation optimisation

Perte d'adaptabilité, vulnérabilité aux stress et changements

Le vieillissement est donc un phénomène particulièrement sensible aux pertes de capacités. Il convient alors de prévenir les facteurs de risque d'incapacités à savoir :

- Prévention des chutes
- Prévention de l'ostéoporose
- Dépistage des cancers
- Prévention de déficit auditif
- Prévention des déficits visuels
- Vaccinations
- Soins buccodentaires

1.5 Le concept de fragilité

→ LA FRAGILITÉ QU'EST-CE QUE C'EST ?

La fragilité est un syndrome clinique

La fragilité reflète la baisse des capacités de réserves et de résistance de l'organisme face à des facteurs de stress

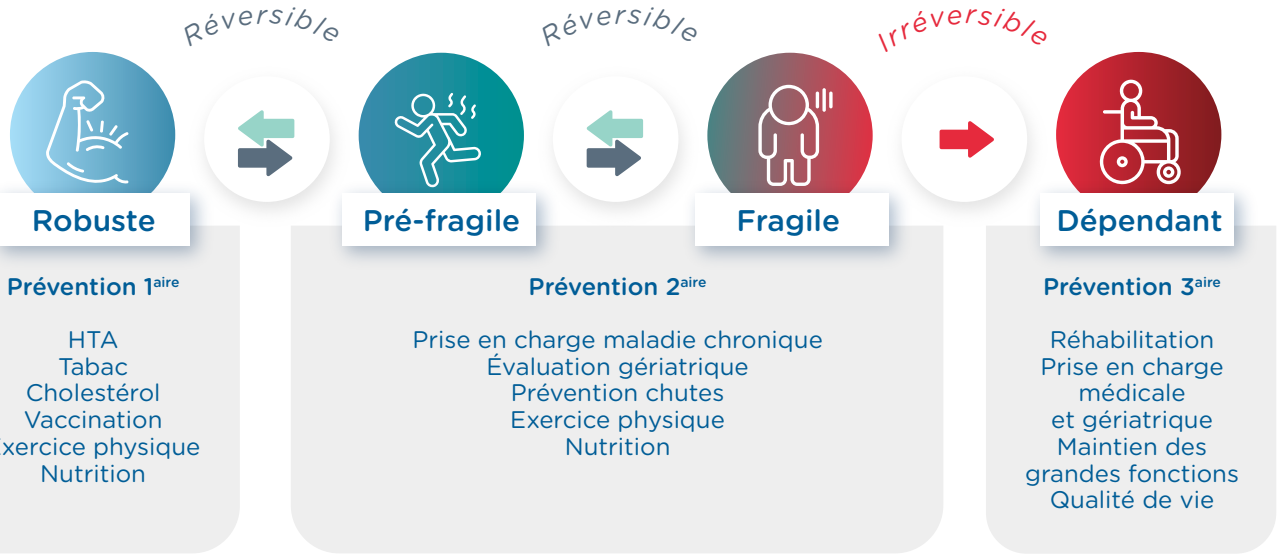
La fragilité est associée mais distincte de l'âge et des maladies chroniques

La fragilité est associée aux conditions physiques psychologiques et socio-environnementales du sujet

La fragilité survient chez des personnes âgées à risque d'évolution indésirable ; dépendance, les morbidités, l'institutionnalisation ou le décès

La fragilité est une condition réversible

→ La fragilité est une condition dynamique et donc réversible



La démarche « Étape par étape »

Nous présentons ici une démarche d'évaluation clinique holistique qui doit permettre :

- D'évaluer l'évolution de la pathologie cardiaque
- D'évaluer les comorbidités
- D'évaluer les fragilités
- D'identifier les ressources autour du patient
- D'identifier les besoins en termes d'initiation ou de poursuite de la mise en place d'une télésurveillance

2.1 - Une évaluation globale cardiogériatrique pour quels patients ? p14

2.2 - Mise en œuvre d'une évaluation clinique cardiogériatrique p15-18

2.3 - Modèle de réalisation d'un plan personnalisé de santé (CH de Condat) p19-22

2.4 - Modèle de prise en charge pluriprofessionnelle et PPS en Unité de Gériatrie Aiguë de l'Hôpital Émile Roux p23-24

2.5 - Modèle d'une Équipe Mobile d'insuffisance Cardiaque intervenant sur le lieu de vie du CHI des Alpes du Sud (CHICAS) p25-27

2.1 Une évaluation globale cardio-gériatrique pour quels patients ?

Les patients visés par cette évaluation sont atteints **d'insuffisance cardiaque, ont des comorbidités et une moyenne d'âge élevée.** Les études montrent qu'à partir de 65 ans, l'association poly-pathologies avec une moyenne d'âge élevée justifie une prise en charge gériatrique.

→ MON PATIENT RELÈVE-T-IL D'UNE PRISE EN CHARGE CARDIO-GÉRIATRIQUE ?

① Cf. Fiche 1

La grille SEGA permet de repérer rapidement le niveau de fragilité de votre patient. Composée de 2 volets, le **volet A** doit à minima être renseigné. Il permet **d'identifier le niveau de fragilité du patient et de poser les indications d'une prise en charge cardiogériatrique.** Le **volet B** apporte une **information complémentaire** et permet un ciblage plus fin de la fragilité.

VOLET A	Profil gériatrique et facteurs de risque			Score
	0	1	2	
Âge	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide professionnelle	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
TOTAL ...../26				

Total volet A : < ou = 8 : *Personne peu fragile* — [9-11] : *Personne fragile* — < ou = 12 : *Personne très fragile*

2.2 Mise en œuvre d'une évaluation clinique cardio-gériatrique

→ Évaluation pathologie cardiaque

Cette évaluation est réalisée sur la base des informations suivantes :

Nature de l'évaluation	Données à recueillir
Dernière évaluation cardiologique	Dernier compte rendu de consultation cardiologique ou compte rendu hospitalisation cardiologie
Évaluation facteurs de risques cardiologiques	• HTA • Dyslipidémie • Diabète • Obésité • Tabagisme • Inactivité physique • Sédentarité
Dernière évaluation cardiologique	Score2, score2-OP, score2-Diabète, score de risque SMART *Cf. Fiche 2*
Biologie	• Na+ K+ • Créatininémie et DFG • NT-proBNP • NFS Plaquettes • Acide urique
Carence martiale	Ferritinémie < 100ng/ml Ou Ferritinémie 100-299 ng/ml et CST < 20%

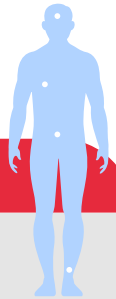
Les données issues de ces évaluations devront permettre un **ajustement du traitement** de l'insuffisance cardiaque si nécessaire ainsi qu'une **prise en charge de la carence martiale.** Ces données permettront également de poser une indication de **télésurveillance** ou le maintien de cette dernière.

Cette évaluation est complétée par une mise à jour si nécessaire de la **vaccination.**

Nature de l'évaluation	Données à recueillir
Vaccination	• DTP-coqueluche • Antipneumococcique • Antigrippal • COVID 19

→ Évaluation des comorbidités

Cette recherche de comorbidités peut inclure toutes pathologies mais de façon plus systématique chez la personne âgée, seront recherchées :



Nature de l'évaluation	Données à recueillir et valeurs seuil	Modalités de passation
Dépistage BPCO	Spirométrie	
Dépistage syndrome d'apnée du sommeil	Questionnaire d'Epworth > 10	Auto évaluation
Dépistage Ostéoporose	Différentiel taille ≥ 4 cm	Mesure
Consommation d'alcool	Questionnaire FACE- usage à risque ou nocif - dépendance	Hétéroévaluation
Maladie rénale	Bilan sanguin : créatininémie et DFG Rapport albuminurie/créatininurie	

Selon les résultats obtenus aux différents examens de dépistage, **une évaluation plus fine de la pathologie suspectée et sa prise en charge relèveront du spécialiste concerné.**

La synthèse des évaluations de la pathologie cardiaque et des comorbidités peuvent faire l'objet d'une fiche de synthèse.

ⓘ *Cf. Fiche 4*

→ Évaluation exhaustive des fragilités

Les fragilités qui impactent le confort et le pronostic de la personne âgée atteinte d'insuffisance cardiaque sont essentiellement les problématiques nutritionnelles (dénutrition, sarcopénie), et de mobilité qui sont intimement liées. Néanmoins, une prise en charge cardio-gériatrique doit être réalisée sur la base d'une évaluation des fragilités exhaustive.

ⓘ *Cf. Fiche 5*

Nature de l'évaluation	Données à recueillir et valeurs seuils pathologiques	Modalités de passation
ⓘ *Cf. Fiche 6* **Dénutrition/Sarcopénie**	IMC	Données cliniques
	Perte de poids	Données cliniques
	Force de préhension (Fe<16kg ; He<27 kg)	Test
	Lever de chaise (5 levers > 14s)	Test
	Impédancemétrie (Indice de masse maigre Fe < 15kg/m² ; He < 17kg/m²)	Données cliniques
	Bilan biologique Pré albuminémie, albuminémie, magnésémie, calcémie et calcémie corrigée, phosphorémie Vitamine B9 B12 D Glycémie à jeun	Prélèvement sanguin

Nature de l'évaluation	Données à recueillir et valeurs seuil	Modalités de passation
Mobilité	**Mesure du risque de chute** Score entre 4-6 : risque modéré Score ≥ 7 : risque élevé	Hétéroévaluation
	Dépistage hypotension orthostatique Baisse de pression artérielle > 20 mmHg pour la systolique et/ou > 10 mmHg pour la diastolique dans les 3 minutes qui suivent le passage de la position couchée à debout	Test
Autonomie	**ADL** 0 = totalement dépendant 6 = meilleure indépendance possible	Hétéroévaluation
	IADL 0 = le plus dépendant 8 = le plus indépendant	Hétéroévaluation
Observance thérapeutique	**Questionnaire de GIRERD** Score ≥ 3 = patient non observant	Hétéroévaluation
Iatrogénie médicamenteuse	**Analyse ordonnance**	
Santé mentale	**Questionnaire PHQ-9** 1-4 : dépression minimale 5-9 : dépression légère 10-14 : dépression modérée 15-19 : dépression modérément sévère 20-27 : dépression sévère	Auto évaluation ou hétéroévaluation
Troubles cognitifs	**CODEX** total = 4 ou 5 le CODEX est NORMAL, si le total ≤3, le CODEX est ANORMAL	Hétéroévaluation
Vision	**3 Questions (ICOPE)**	Hétéroévaluation
Audition	**Questions + HHIE-8 si plainte** Entre 0 et 8 : faible probabilité de déficience auditive Entre 10 et 16 : forte probabilité entre 18 et 40 : très forte probabilité	Auto évaluation
État bucco-dentaire	**Questionnaire OHAT** 0 ≤ Score ≤ 3 : la bouche est considérée comme saine, l'état est à maintenir par des soins habituels 4 ≤ Score ≤ 7 : la bouche est saine mais une surveillance est nécessaire 8 ≤ Score ≤ 11 : la bouche est dans un état préoccupant, des soins doivent être envisagés l'avis spécialisé du chirurgien-dentiste doit être proposé. 12 ≤ Score ≤ 16 : la bouche est pathologique, des soins sont obligatoires, l'intervention du chirurgien-dentiste est nécessaire.	Hétéroévaluation
Précarité socio-économique	**Bilan social** **Score EPICES** (Précarité socioéconomique > 30)	Auto évaluation
Fardeau de l'aidant	**Questionnaire Mini Zarit**	Auto évaluation

Enfin un questionnaire de Qualité de vie peut être réalisé pour une évaluation de la perception de l'état de santé global par le patient.

Le questionnaire utilisé par la solution du CH de Condat est le **LEIPAD** qui permet d'évaluer 7 dimensions : les données sont saisies pour une interprétation en direct en comparant les résultats du patient à une cohorte de patient(e)s du même sexe et de la même tranche d'âge. Le patient présente une atteinte d'une dimension lorsqu'il exprime une perception significativement moins bonne par rapport à sa cohorte de comparaison.

ⓘ *Cf. Fiche 7*

- **Dimension physique :** Perception par la personne âgée de son état de santé physique au moment de l'entretien
- **Dimension soins de soi (autonomie) :** Capacité à effectuer des activités quotidiennes sans aide des autres
- **Dimension sexuelle**
- **Dimension dépression et anxiété :** Examiner les sentiments subjectifs d'anxiété et les perceptions de se sentir déprimé
- **Dimension cognitive :** Capacité de concentration, sentiment de confusion, problèmes de mémoire
- **Dimension sociale :** Niveau d'intégration sociale et de satisfaction des relations interpersonnelles
- **Dimension satisfaction de vie :** Satisfaction de la personne âgée quant à sa situation financière et à son standard de vie

Au-delà d'un questionnaire généraliste, cet outil est parfaitement adapté aux spécificités de la personne âgée notamment dans ses dimensions cognitives, sociales et d'autonomie.

→ IMPORTANCE DE L'EVALUATION CARDIO-GÉRIATRIQUE IMPACTS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS DE LA PRISE EN CHARGE

Sur 51 patients pris en charge au cours de l'année 2023
(Patients qui ne se sont pas opposés à la conservation de leurs données de santé)
- 428 fragilités repérées avec une moyenne de 8,4 (DS = 3,4) par patient

Variables	N	n	Prévalence (%)
Optimisation du traitement réalisée	50	41	82,0
Inactivité physique	48	36	75,0
Sédentarité	48	35	72,3
Mésusage de l'alcool	33	10	30,3
Vaccin DTP-Coqueluche non à jour	43	31	72,1
Vaccin pneumocoque non à jour	43	40	93,0
Vaccin grippe non à jour	39	9	23,1
Vaccin covid non à jour	39	5	12,8
Atteinte des dimensions de la qualité de vie	22	22	100,0
Dépistage BPCO non connue	33	4	12,1
Dépistage SAS (Epworth > 10)	19	6	31,6
Dépistage ostéoporose	37	17	45,9
Carence martiale	43	23	53,5
Dénutrition	46	27	58,7
Chute	34	10	29,4
Dépistage hypotension orthostatique	43	14	32,6
Atteinte de l'autonomie (ADL ≤ 3)	31	2	6,5
Atteinte de l'autonomie instrumentale (IADL ≤ 4)	27	5	18,5
Observance thérapeutique	28	6	21,4
Iatrogénie médicamenteuse	51	37	72,5
Précarité socio-économique	25	18	72,0
Atteinte de la santé mentale (PHQ-9 ≥ 10)	24	11	48,8
Troubles de la mémoire	8	5	63,0
Pathologie ophtalmologique non suivie	12	2	16,7
Pathologie auditive non connue dépistée sur plainte	16	2	22,9
Santé bucco-dentaire	15	9	60,0
Epuisement de l'aidant	11	1	9,1

2.3 Modèle de réalisation d'un plan personnalisé de santé (CH de Condat)

→ Place de l'évaluation dans le process de prise en charge

Organisation de la prise en charge – Parcours de santé Insuffisance Cardiaque (PIC)

EN VILLE : Médecin traitant

Quels patients ? →

Patient insuffisant cardiaque chronique
Patient atteint d'une pathologie à risque d'évoluer vers une insuffisance cardiaque

Mail sécurisé PIC ou téléphone

↓

IDE de parcours

1ère prise de contact →

Appelle le patient pour programmer le rendez-vous avec les documents nécessaires à apporter

Préparation de la consultation

↓

Secrétaire médicale
IDE de parcours
Médecin référent IC

→

1ère consultation

Accueil du patient

- Remise formulaire de consentement pour dossier médical de coordination numérique
- Remise formulaire pour désigner la personne de confiance
- Remise auto-questionnaire

ⓘ *Cf. Fiche 9*

Prise en charge globale

- Identification de tous les intervenants
- Prise en charge spécialisée insuffisance cardiaque
- Repérage comorbidités
- Repérage des fragilités
- Analyse des auto-questionnaires
- Indication à une télésurveillance
- Création du dossier de coordination numérique

→

Compte-rendu de consultation

ⓘ *Cf. Fiche 8*

+

Rédaction d'un Plan Personnalisé

Réalise l'intégration des soins avec la médecine de ville et la plateforme de télésurveillance

Suivi du Plan Personnalisé de Santé

↓

IDE de parcours

↓

Prise en charge globale

Prise en charge cardiologique

- Programmation d'une consultation sur les autres CH du GHT Cantal (Mauriac ou Aurillac)
- Réalisation d'une télé-expertise

Intégration des soins

- Interventions ressources humaines spécifiques selon comorbidités ou fragilités repérées
- Supplémentation martiale si nécessaire
- Organisation de la prise en charge spécialisée de l'insuffisance cardiaque (optimisation du traitement), des comorbidités et des fragilités repérées
- Inclusion dans la télésurveillance selon nécessité et dans le respect des critères d'éligibilité
- Création d'un dossier de coordination numérique

Programmation d'une Hospitalisation de jour

- Supplémentation martiale
- Prise en charge multidisciplinaire : diététicienne, EAPA, psychologue, assistante sociale
- Dans le respect de l'AMM et des indications thérapeutiques remboursées: traitement IV de l'ostéoporose (DFG limite à 30 ml/min ou si non réalisé par IDE en ville)

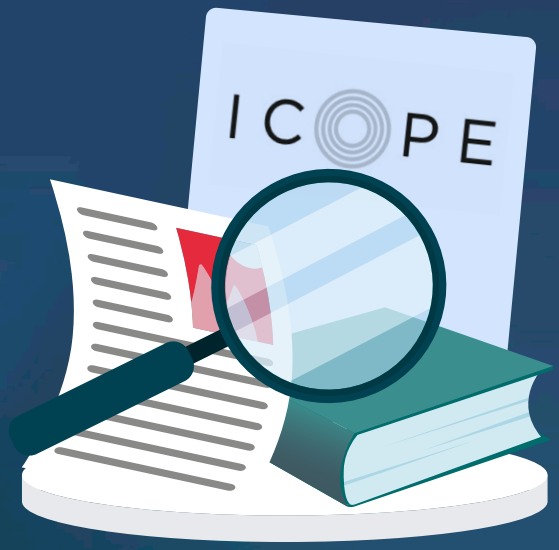
©Ehicare

Le PPS est un plan d'action

concernant les personnes âgées en situation de **fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s).** Il s'agit de favoriser la prise en charge **en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique.** Ce plan d'action fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation.

Les premiers PPS ont été intégrés lors des expérimentations PAERPA. Nous le retrouvons dans l'expérimentation ICOPE (soins intégrés pour les personnes âgées) de l'OMS.
Il peut porter sur :

- la prise en charge des pathologies
- les aides
- l'éducation thérapeutique



L'évaluation qui précède la construction du PPS est plus ou moins approfondie en fonction de la situation de la personne. Elle comprend :

- une clarification des diagnostics et des traitements
- une évaluation des capacités fonctionnelles altérées
- une évaluation de la situation sociale

Les données recueillies dans le PPS doivent permettre aux acteurs de proximité de réaliser un suivi et une réévaluation qui repose sur une séquence itérative :

PLANIFIER → FAIRE → ÉVALUER → PLANIFIER

Il doit être réévaluer au minimum 1 fois par an ou en cas de modification significative de l'état de santé, d'hospitalisation en urgence, de changement dans l'environnement social ou dans la composition de l'équipe de soins.

→ QU'EST CE QUE LE PROGRAMME ICOPE ?

Ce programme est un parcours de prévention de la perte d'autonomie des personnes de 60 ans et plus, basé sur l'évaluation et le suivi de six capacités fonctionnelles :

La mobilité · La cognition · L'audition · La vision · La thymie · L'état nutritionnel

Composé de cinq étapes, l'objectif de ce programme est à la fois simple et ambitieux : **son but est de restaurer les capacités fonctionnelles de la personne et de ralentir la perte d'autonomie** afin de maintenir le plus longtemps possible à possible.

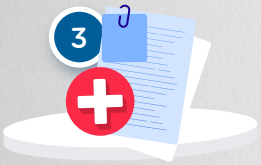
ICOPE

Dépistage

Outil simple et rapide.
Auto-évaluation par le sénior ou avec son aidant après apprentissage.

Évaluation

Si une capacité est altérée à l'étape 1 : exploration des différents domaines, des pathologies associées et des besoins sociaux et environnementaux.



Plan personnalisé de soins

Centré sur la personne en fonction de ses envies et motivations
Interventions pluridisciplinaires.

Suivi parcours de soins

Fléchage du parcours de soin pour les cas complexes en lien avec les spécialités de gériatrie.

Implication des collectivités et soutien aux aidants

Prise en compte de l'aidant dans les ressources qu'il peut apporter mais aussi dans la prévention de l'épuisement. Inclut aussi la communauté dans une dynamique de gérontologie sociale.

©Ethicare

A l'issue d'une évaluation initiale globale médico-soignante, l'équipe du CH de Condat renseigne un PPS à destination des professionnels du premiers recours impliqués dans la prise en charge du patient.

Pour chaque dimension évaluée, il permet d'indiquer :

- la date de réalisation de la dernière évaluation
- le résultat de l'évaluation en terme de résultats pathologiques ou normaux
- la réévaluation à prévoir
- la conduite à tenir

ⓘ *Extrait (version complète) Cf. Fiche 10 et 11*

Plan personnalisé de santé en date du : __ / __ / ____

Professionnel(le)s intervenant auprès du patient

Prénom, Nom	Profession	Coordonnées (téléphone, adresse)

Synthèse de la prise en charge globale volet 1 :

PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Items de la prise en charge *(Tests et seuils pathologiques)*	Date	Pathologique/ Non à jour	Normal/ A jour	A prévoir	Notes Conduite à tenir
Consultation de suivi cardiologue	Date de la dernière consultation de cardiologie	Cocher si date consultation ≥ X ans selon indication	Cocher si date < X ans selon indication	Cocher si la consultation est à programmer	Notes sur les résultats de la consultation et la conduite à tenir ou sur la programmation
Optimisation du traitement médical	Date de réalisation	Cocher si traitement non optimisé	Cocher si traitement optimisé	Cocher si à programmer	Notes précisant les étapes de l'optimisation
Facteurs de risque cardiovasculaires *(HTA, dyslipidémie, diabète, obésité, tabagisme, inactivité physique, sédentarité)*	Date de réalisation	Cocher si présence d'au moins un facteur de risque	Cocher si absence de facteur de risque	Cocher si évaluation à programmer	Notes sur les facteurs identifiés et la conduite à tenir initiée ou poursuivie
Calcul score de risque cardiovasculaire *(score2, score2-OP, score2-Diabète, score de risque SMART)*	Date de réalisation	Cocher si risque modéré ou élevé	Cocher si risque mineur	Cocher si à programmer	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Consommation d'alcool *(Questionnaire FACE – usage à risque ou nocif Fe 4 ≤ FACE ≤ 8 et He 5 ≤ FACE ≤ 8 et dépendance > 8)*	Date de réalisation	Cocher si test positif	Cocher si test négatif	Cocher si réalisation à programmer	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Suivi biologique Na+ K+ Créatininémie et DFG - NT-proBNP NFS Plaquettes Acide urique	Dates de réalisation de l'année en cours	Cocher si dernier dosage ≥ X mois selon indication	Cocher si dernier dosage ≥ X mois selon indication	Cocher si programmé	Notes sur les derniers résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Vaccin DTP-Coqueluche	Date de réalisation	Cocher si dernier rappel ≥ 10 ou 20 ans	Cocher si dernier rappel < 10 ou 20 ans	Cocher si programmé	Notes sur le vaccin prescrit et le protocole suivi
Vaccin antipneumococcique	Date de réalisation	Cocher si dernier rappel ≥ 5 ans	Cocher si dernier rappel < 5 ans	Cocher si programmé	Notes sur le vaccin prescrit et le protocole suivi

2.4 Modèle de prise en charge pluriprofessionnelle et PPS en Unité de Gériatrie Aiguë de l'Hôpital Emile Roux

→ L'unité de Gériatrie Aiguë de l'Hôpital Émile Roux est spécialisée en cardio-gériatrie.

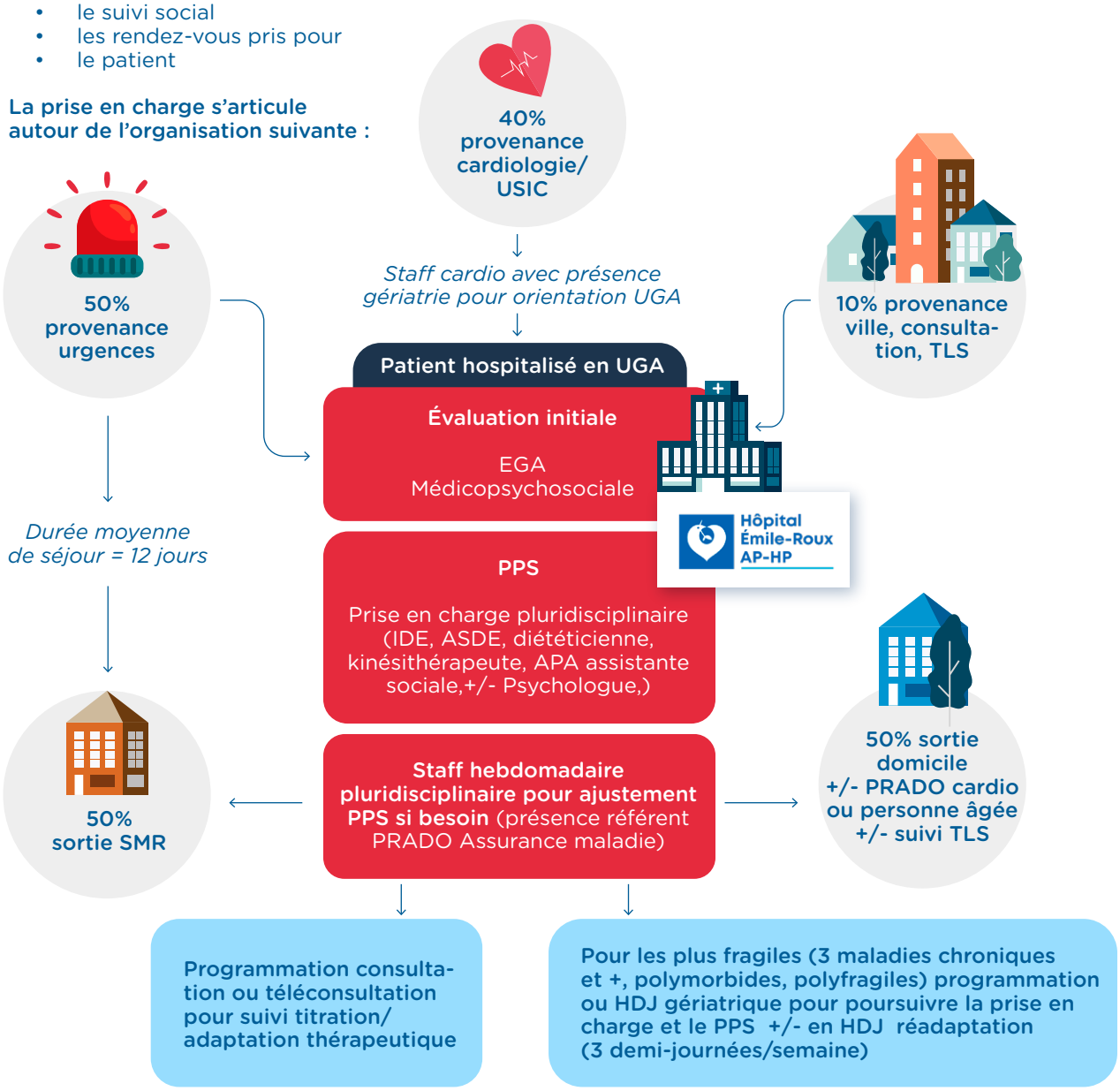
Elle permet d'assurer une prise en pluriprofessionnelle et interdisciplinaire de l'IC, de la fragilité et des comorbidités au cours d'une **hospitalisation de courte durée.**

Sur la base de l'évaluation cardio-gériatrique, **un Projet Personnalisé de Soins (PPS). Il permet d'assurer le suivi de :**

ⓘ *Cf. Fiche 12*

- l'évolution de l'épisode de décompensation et sa prise en charge
- la surveillance clinique et biologique
- le suivi envisagé en post hospitalisation : dispositif PRADO, consultation de titration…
- le suivi des fragilités notamment de la dénutrition et de la sarcopénie
- les indications de programme de réadaptation/rééducation
- le suivi social
- les rendez-vous pris pour
- le patient

La prise en charge s'articule autour de l'organisation suivante :



La prise en charge est donc pluriprofessionnelle avec des expertises en cardiologie, gériatrie, nutrition, réadaptation physique, soutien social.

Axes de prise en charge pluriprofessionnelle en UGA spécialisée en cardio-gériatrie

Gestion de la poussée d'ICA et optimisation du traitement de fond de l'IC

Prise en charge motrice (lutte contre la sarcopénie) et **préparation de la réadaptation**

Prise en charge nutritionnelle (lutte contre la dénutrition)

Prise en charge des fragilités en fonction du PPS issu de l'EGA

Comorbidités
Chutes
Polymédication
Thymie
Troubles cognitifs
Vaccination
...

Ce séjour hospitalier permet également de **préparer le parcours de soins extra hospitalier** du patient en post ICA : PRADO IC, PRADO PA, suivi des facteurs de fragilité en HDJ Gériatrique, Intégration dans un parcours de réadaptation cardiaque, suivi cardiologue de ville/médecin traitant, lien avec IDE libérales, consultations de titration.

→ IMPORTANCE D'UNE PRISE EN CHARGE PLURIPROFESSIONNELLE

Impacts quantitatifs et qualitatifs de la prise en charge

29.6%

Ré-hospitalisations similaires par rapport à une unité de cardio-logie traditionnelle à 90 jours.

66%

Des patients insuffisants cardiaques pris en charge ont bénéficié d'un suivi post-hospitalisation sur la filière cardio-gériatrique.

Sensibilisation des acteurs de santé de ville à la prise en charge spécifique du patient âgé IC, à travers le suivi post-hospitalisation.

Ordonnances de sortie **structurées et révisées.**

Coordination du parcours de soins des patients IC âgés.

2.5 Modèle d'une Equipe Mobile d'insuffisance Cardiaque intervenant sur le lieu de vie du CHI des Alpes du Sud (CHICAS)

La solution du CHICAS est proposée aux patients déjà inclus dans la filière IC et suivis en télésurveillance. Cette dernière est mise en œuvre pour les patients qui présentent des décompensations régulières de l'IC, isolés géographiquement et/ou socialement et selon l'arbre décisionnel ci-dessous.

La composante cardio-gériatrique est une évolution de la prise en charge par télésurveillance en faisant le choix de déplacer le professionnel au plus près du patient et la création d'une Équipe Mobile insuffisance cardiaque (EMIC) composé d'une médecin, d'une ISPIC apportant une réelle expertise opérationnelle sur le territoire. Une fois au domicile du patient et son évaluation réalisée, elle est susceptible de déclencher l'intervention et un travail en collaboration avec l'Équipe Mobile Gériatrique.

Patient hospitalisé pour décompensation

- **Si fragilité cardiaque, décompensation régulière, isolement géographique ou social**

Urgences, service de cardiologie

Sortie avec indication télésurveillance +/- PRADO

- **Alerte pour décompensation cardiaque suspectée**
- **Évaluation de la situation, contacte le patient et recueille son consentement pour se rendre à son domicile**

Équipe EMIC
IDE spécialisée EMIC
Médecin/IDE spécialisée EMIC

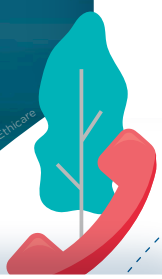
Intervention EMIC à domicile

Cf. Fiche 13

- **Évaluation clinique et paraclinique de la congestion** (auscultation pulmonaire, écho de débrouillage quand présence médicale, ECG si besoin)
- **Bilan sanguin si besoin**
- **Évaluation fragilité psychologique, nutrition et sociale**
- **Adaptation thérapeutique avec rédaction des ordonnances**
- **Information des professionnels libéraux en lien avec le patient**

Médecin/IDE spécialisée EMIC

Mobilisation des intervenants si besoin



- **Médecin traitant, IDEL, EMG, EMSP, HAD, DAC, CPTS, Dispositif PRADO**

IDE spécialisée EMIC

Suivi téléphonique

- **Durant les premiers mois suivants le retour à domicile du patient après une hospitalisation, en complément du programme PRADO**

  - Lors d'alertes émises par la cellule de télésurveillance
  - En cas de sollicitation par ses professionnels libéraux de proximité
  - De façon ponctuelle chez les patients qui n'ont pas la capacité de se déplacer

IDE spécialisée EMIC

L'EMIC, dispositif expérimental financé par une enveloppe de l'ARS, voit l'ensemble de ses missions dans le cahier des charges suivant :

Cf. Fiche 14

Procédure de déclenchement de l'EMIC

Alerte de télésurveillance

- **Décompensation cardiaque suspectée** → Intervention EMIC à domicile → *Score EFICAS et déclenchement EMG si besoin*
- **Recueil téléphonique des informations cliniques du patient + contact Médecin traitant/IDEL si besoin**
  - **Décompensation cardiaque avérée** → Mesures correctives → Surveillance de l'évolution à distance
    - **Évolution défavorable des symptômes** → Orientation vers MT, cardiologue ou SAU
    - **Évolution favorable des symptômes** → Clôture de l'alerte
- **Alerte non avérée** → Clôture de l'alerte

Intervention EMIC à domicile

L'EMIC réalise alors :

- Une évaluation clinique globale de l'insuffisance cardiaque
- Un ECG
- Une échocardiographie
- Une première évaluation de la fragilité sociale sur la base d'un questionnement du patient et/ou de son entourage

La synthèse de cette consultation permet de calculer le score EFICAS.

SCORE EFICAS

Insuffisants cardiaques	Score de gravité des patients			
	0	1	2	3
DYSPNEE (NYHA)	○ Stade 1	○ Stade 2	○ Stade 3	○ Stade 4
ORTHOPNEE	○ Non	○ Rare	○ Fréquente	○ Continue
FATIGUE	○ Non	○ Rare	○ Fréquente	○ Continue
RHJ	○ Non	○ Discret	○ Marqué	○ Tj
CREPITANTS	○ Non	○ Bases	○ ≤ 50%	○ > 50%
OMI	○ Non	○ Chevilles	○ Mollets	○ Cuisses et supérieurs
Score intermédiaire 1 Insuffisance cardiaque				Total : ..... /18
FRAGILITE PSYCHIQUE	○ Va bien	○ Léger moins bien	○ Dégradation/ contact médical/souhait hosp.	○ Appel 15
FRAGILITE SOCIALE	○ Très entouré	○ Assez entouré	○ Pas entouré	○ Totalement isolé
Score intermédiaire 2 Fragilité sociale				Total : ..... /6
VC	○ Fine	○ 18-22mm	○ > 22mm respirable	○ > 22mm non respirable
EPENCHEMENT PLEURAL	○ Non	○ Minime	○ Modéré	○ Important
LIGNES B	○ Non	○ Minimes	○ Modérées	○ Nombreuses
PRISE DE POIDS	○ 0	○ 1-2 kg	○ 2-4 kg	○ > 4 kg
Score total EFICAS				Total : ..... /36

Inf. à 8 : pas d'élément de gravité ou d'inquiétude
De 9 à 23 : plusieurs éléments de gravité ou d'inquiétude
De 24 à 36 : nombreux éléments de gravité ou d'inquiétude

Le score EFICAS obtenu détermine la conduite à tenir en termes de :

- Besoins d'intervention du médecin traitant
- Besoins d'intervention de paramédicaux (IDEL, kinésithérapeute...)
- Besoins d'intervention d'auxiliaires de vie, aidants
- Besoins d'intervention de l'EMG, EMSP, HAD
- Besoins d'intervention du DAC
- Besoins d'hospitalisation en HDJ IC pour titration médicamenteuse et ETP

L'EMIC réalise elle-même des actions éducatives au plus près du patient.

→ IMPORTANCE D'UNE ÉVALUATION GLOBALE SUR LE LIEU DE VIE DU PATIENT

Raccourcir les hospitalisations avec un retour à domicile précoce, encadré par la télésurveillance, la possibilité d'un suivi à domicile et en lien avec l'HAD

Prévenir des ré hospitalisations, qui sont très fréquentes, surtout le 1er mois suivant une hospitalisation pour insuffisance cardiaque

Sécuriser la phase transitionnelle entre l'hospitalisation et le retour à domicile

Coordination du parcours de ces patients dans toutes les démarches de prévention secondaire, notamment l'activité physique adaptée, les aspects diététiques, et l'éducation thérapeutique

Bénéfice de ce dispositif au sein du parcours habituel du patient, **en créant du lien entre les professionnels de santé libéraux, l'hôpital, et les aidants**

Les différents modèles organisationnels

3.1 - Introduction p29
3.2 - Le modèle organisationnel et médico économique du CH de CONDAT p30-31
3.3 - Le modèle organisationnel et médico économique du CHICAS p32
3.4 - Le modèle organisationnel et médico-économique de l'hôpital Émile Roux p33
3.5 - Les facteurs clés de réussite p34

3.1 Introduction

→ Les solutions présentées dans cette boite à outils valorisent l'intérêt d'une évaluation cardio-gériatrique

Elles permettent :

D'améliorer la qualité de vie du patient atteint d'IC à domicile

De réduire les hospitalisations et le recours aux urgences pour décompensations de la pathologie IC mais aussi des comorbidités ou des fragilités

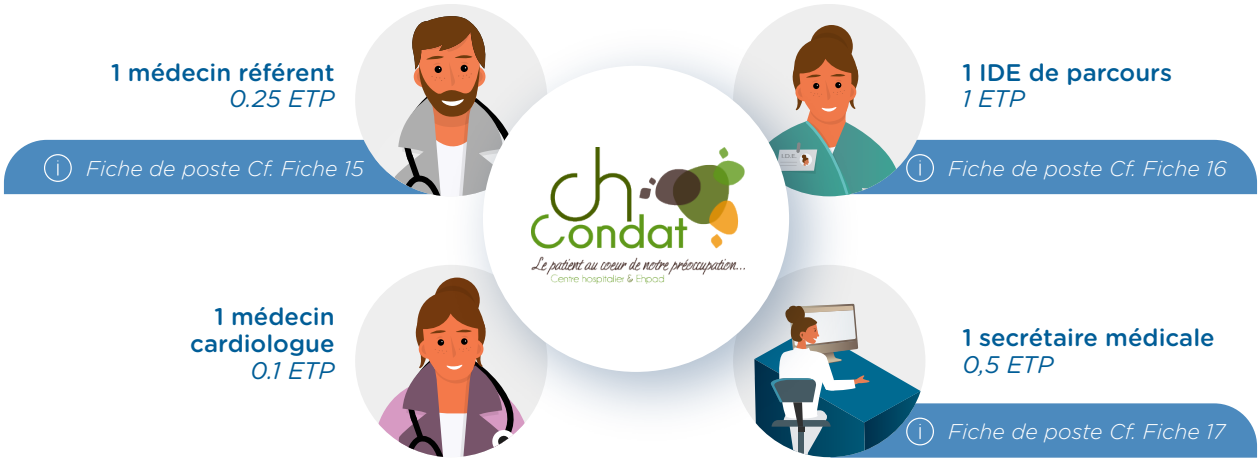
Chaque solution propose un modèle d'évaluation réalisée à différentes étapes du parcours du patient, réalisé dans différentes conditions (à domicile, en hospitalisation, en consultation) par des équipes médico-soignantes formées ou spécialisées en gériatrie.

Si le recours aux professionnels spécialisés en gériatrie est incontournable pour la prise en charge de fragilités installées, il n'en demeure pas moins qu'un premier niveau d'évaluation doit pouvoir être réalisé par tous professionnels médico-soignant à minima formé et cela dès que possible par :

- Les acteurs du premiers recours en maison de santé, CPTS, en cabinet
- Les intervenants du domicile et notamment les IDEL
- Les intervenants hospitaliers au décours d'un séjour hospitalier ou dans le cadre d'intervention à domicile (EMI)

3.2 Le modèle organisationnel et médico économique du CH de CONDAT

Le modèle organisationnel du CH de CONDAT repose sur les ressources humaines suivantes :



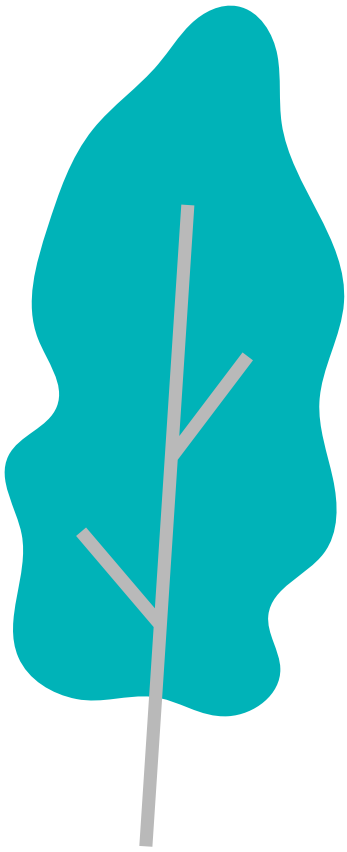
Le mode d'intervention est de la consultation hospitalière programmée du lundi au vendredi de 9h à 16h30

Les outils permettant l'exercice sont :

Système d'information numérique : création d'un compte de service Parcours Insuffisance Cardiaque (PIC) MonSisra qui permet deux fonctionnalités : les échanges mail avec les professionnel(le)s de santé et la création d'un dossier de coordination dans l'application « MesPatients ». Pour la création de dossiers de coordination dans l'application « MesPatients », l'IDE de parcours a été formée par le référent MonSisra sur le territoire à l'utilisation de l'application et comme gestionnaire des habilitations qui sont délivrées aux professionnel(le)s de santé en charge du patient au moment de la création du dossier de coordination numérique sécurisé.

Communication avec les professionnel(le)s de santé du territoire : MonSisra (GCS e-santé Auvergne Rhône Alpes) : professionnel(le)s de santé médicaux, paramédicaux et médico-sociaux, laboratoires d'analyses médicales, structures de coordination. Les laboratoires d'analyses médicales appellent directement le médecin référent en cas d'urgence.

Prise de contact avec le parcours Insuffisance Cardiaque : un compte de service numérique sécurisé « Parcours de Santé Insuffisance Cardiaque – CH Condat » et un numéro de téléphone dédié permettent aux médecins généralistes et aux médecins hospitaliers de prendre contact avec le parcours. Les professionnel(le)s de santé transmettent les informations administratives nécessaires pour que le patient puisse être contacté afin de programmer le rendez-vous.



Les informations nécessaires à transmettre par les médecins ou à apporter par le patient pour la réalisation de la consultation sont :

- Pièce d'identité
- Carte vitale
- Ordonnance du traitement habituel en cours
- Derniers bilans biologiques
- Derniers examens complémentaires
- Dernier compte-rendu de suivi du cardiologue
- Check-list spécifique pour les patients en provenance d'hospitalisation

ⓘ *Cf. Fiche 18*

L'Intégration des soins : la personne centrale qui est l'interface entre tous les professionnel(le)s en charge du patient est l'IDE de parcours.

Une activité de recherche clinique est également développée autour de ce projet. La collecte des données des patients pris en charge dans le cadre du parcours insuffisance cardiaque a fait l'objet d'un protocole de recherche hors loi Jardé et les patients ont reçu un formulaire d'information pour leur permettre de s'opposer.

Les indicateurs :

- Nombre de fragilités repérées
- Nombre de consultations
- Nombre d'HDJ
- Nombre d'hospitalisations évitées
- Nombre de recours au cardiologue facilité

Modèle économique :

- Coûts médicaux directs totaux CH Condat — 88 122 €
- Coûts médicaux directs totaux CH Aurillac — 12 368 €
- Coûts médicaux directs totaux GHT Cantal — 100 490 €
- Coûts non médicaux directs (transports) — 2 807 €
- Coûts prise en charge des fragilités — 6 712 €

- Coûts des actes de santé — 32 679 €
- Coûts évités en perspective de l'assurance maladie — 700 659 €

3.3 Le modèle organisationnel et médico économique du CHICAS

Le modèle organisationnel du CHICAS repose sur les ressources humaines suivantes :

1 médecin
0.6 ETP

2 IDE
2 ETP

Fiche de poste Cf. Fiche 19

Fiche de poste Cf. Fiche 20

CENTRE HOSPITALIER Intercommunal des Alpes du Sud Gap - Sisteron

Le service est joignable et mobilisable de 9h à 16h30 du lundi au vendredi hors jours fériés

Les outils permettant l'exercice sont :

- **Une solution de télésurveillance**
- **Une sonde d'échographie portative**
- **Plateforme de télémédecine :** elle comporte des outils connectés à une tablette qui nous permet de collecter les données et de transmettre un compte rendu aux cardiologues. Les outils connectés en questions sont : ECG, tensiomètre, saturomètre, thermomètre, HGT. La plateforme « Nomadeec », accessible depuis une tablette, permet de faire la collecte de toutes ces données et de les partager sous un format de compte rendu PDF.
- **Une voiture**

Les indicateurs :

- Nombre d'interventions au domicile
- Nombre d'interventions en EHPAD
- Nombre de passages aux urgences évités
- Nombre d'hospitalisations en cardiologie évitées
- Nombre de sortie à domicile précoce des patients hospitalisés, et nombre de jours d'hospitalisation gagnés
- Nombre de patients inclus dans le programme PRADO
- Nombre de patients pour lesquels l'HAD est intervenue en lien avec l'équipe mobile
- Nombre de patients pour lesquels l'équipe mobile est intervenue pour l'adaptation du traitement de l'insuffisance
- Nombre de patients participant à des actions de prévention secondaire (sport santé, diététique, éducation thérapeutique...)
- Modalité d'activation de l'équipe mobile (par la télésurveillance, par les médecins, par les patients...) Enquête de satisfaction auprès des patients, des aidants, des professionnels de santé (projet de thèse d'un interne)

Modèle économique :

À ce jour l'EMIC est financée par une enveloppe ARS pour une durée de 1 an. Une démarche pour un financement FIR est en cours.

CHARGES :

Masse salariale :

- IDE de Juin 2023 à Mars 2024 : 10 3177 €
- Médecin de Janvier à Mars 2024 : 6 654 €

Formation :

- DIU Prise en charge de l'insuffisance cardiaque (2022/2023) : Frais d'enseignement : 300 + 1560 = 1 860,00 €
- Protocole de coopération de l'insuffisance cardiaque : Frais d'enseignement : 1 750,00 €

Matériel :

- Achat d'une sonde d'échographie portative : 4 500 €
- Achat d'une voiture : 15 000 €
- Plateforme de télémédecine : 7 400 €

FINANCEMENT ARS :

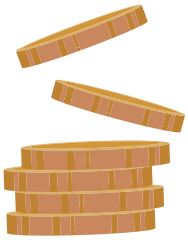
Emploi de :

- 0.6 ETP médecin : compris dans le temps médical de cardiologie
- 2 ETP IDE : 100 000 € /an

Achat d'une sonde d'échoscopie cardiaque : 4 250 € HT

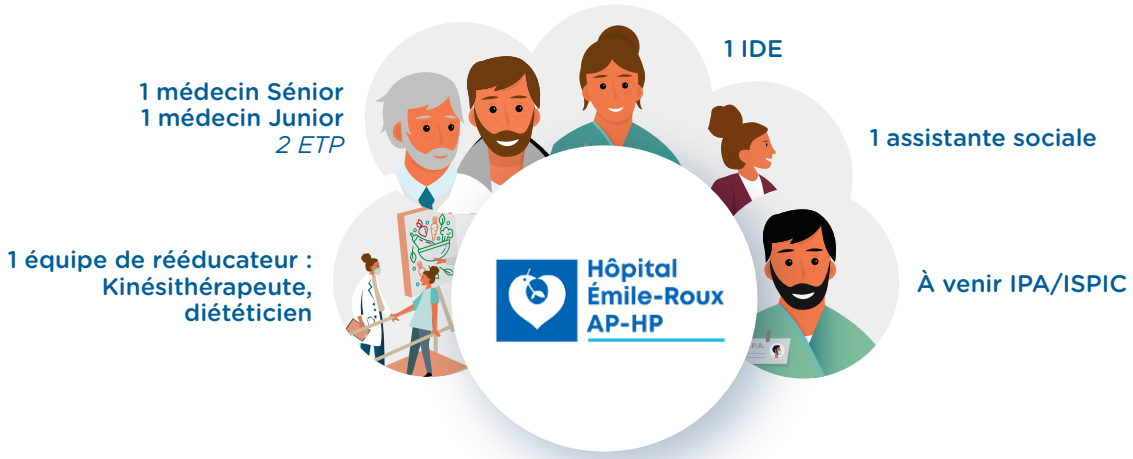
Location véhicule électrique : 4 200 € /an

Au total : 108 450 €



3.4 Le modèle organisationnel et médico économique de l'hôpital Émile Roux

Le modèle organisationnel l'hôpital Émile Roux repose sur les ressources humaines suivantes :



Des liens étroits sont faits avec l'équipe de cardiologie.

La spécificité des équipes médico-soignantes de l'UGA est la **double compétence des acteurs en cardiologie et en gériatrie.** Les **médecins gériatres** ont été formé (DIU) en cardiologie notamment :

- à la réalisation et lecture/interprétation des examens cardiologiques : ECG, échocardiographie
- à la titration et gestion des traitements cardiologiques

Le service disposera dans l'avenir d'une IPA maladies chroniques ou ISPIC.

En termes de matériel, le service dispose :

- 1 échographe pour échocardiographie trans-thoracique : 80 000 euros
- Echographes ultra portables : 12 000 euros
- Scope Moniteur patient : 2 000 euros
- Pousses seringues électriques : 14 000 euros
- Oxymètre nocturne : 500 euros
- Pédaliers Médicaux : 3 000 euros

Les indicateurs :

- Nombre de patients admis par an
- DMS
- Mode d'entrée
- Type sortie (devenir patient)
- Nombre sortie PRADO IC/PA
- Taux de mortalité
- Réhospitalisation : nombre, délai
- Organisation du suivi à la sortie de l'UGA : cardio pure, ambulatoire hospitalier, MG (données CPAM)
- Optimisation thérapeutique en sortie d'hospitalisation (données CPAM)
- Bénéfice d'une rééducation/réadaptation cardiaque

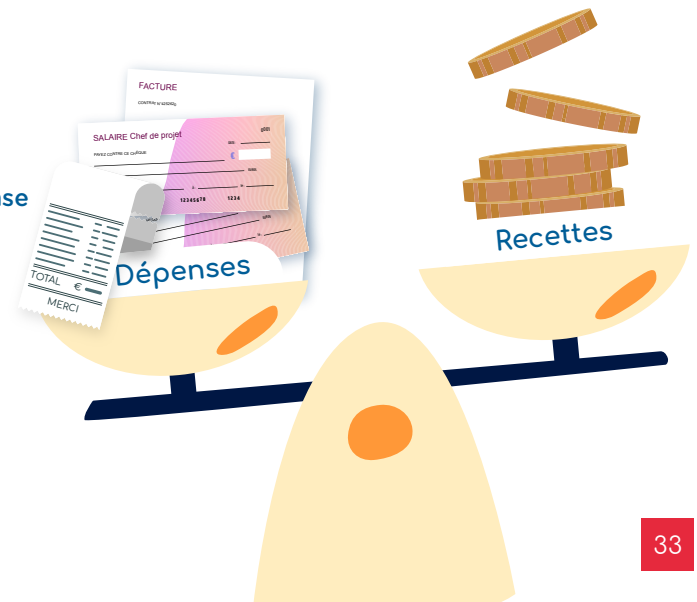
Modèle économique :

Dépense

La Direction des Finances du GH présente une dépense T1 Masse salariale pour l'année 2023 à : 1 407 700 €
MED CARDIO GERIA

Recettes (données PMSI)

1. Recettes théoriques pour 257 séjours à fin 2023 : 1 573 565 €
2. Une DMS de 13.85 jours : 1 IP de 1.09
3. Une RMCT à fin 2023 de 6 123 € contre 5 404 € à fin 2022



3.5 Les facteurs clés de réussite

Quel que soit le modèle organisationnel et les modalités de réalisation de la prise en charge cardiogériatrique, les acteurs sont unanimes sur les facteurs clés de réussite :

Une bonne connaissance des acteurs du territoire et la mise en réseau (cardiologues de ville, IDEL, CPTS, DAC, HAD, EMG...).

La formation des professionnels notamment au concept et à l'évaluation des fragilités d'une part et à l'insuffisance cardiaque d'autre part : DU, DIU Formation ISPIC, Master gérontologie...).

Une bonne collaboration avec les services cardiologiques du territoire pour optimiser la prise en charge globale et les orientations pertinentes.

Témoignages

→ Témoignages expérience CH CONDAT

Dr Marie Blanquet
PH en médecine générale au CH de Condat
(Mise à disposition CHU Clermont Ferrand)
Madame Céline VERGNE
Infirmière de parcours CH de Condat

→

https://vimeo.com/940645414

→ Témoignages expérience Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud

https://vimeo.com/940645285

Dr Paul LEMIERE
PH dans le service cardiologie du Centre Hospitalier intercommunal des Alpes du Sud
Emilie SAUNIER
ISPIC au CH de Gap au sein de la filière EFICAS notamment au sein de l'équipe mobile Insuffisance cardiaque
Flore TARDIVAT
IDE au sein de la filière EFICAS dédiée à la télésurveillance

←

→ Témoignages expérience Hôpital Émile Roux

Dr Gita MOTAMED
Médecin gériatre, cheffe de service du service de gérontologie de l'hôpital Emile Roux du Groupement Hospitalier Universitaire Henri Mondor à l'AP HP
Dr Amaury BROUSSIER
Médecin gériatre PH au sein du service de gériatrie ambulatoire et de l'Unité de Cardio gériatrie de l'hôpital Emile Roux du Groupement Hospitalier Universitaire Henri Mondor à l'AP HP

→

https://vimeo.com/943179137

La boîte à outils

Fiche 1 : Grille de repérage du niveau de fragilité — p38-41
Fiche 2 : Calcul de risque cardiovasculaire — p42-45
Fiche 3 : Nouvelles recommandations ESC traitement de l'insuffisance cardiaque — p46
Fiche 4 : Synthèse évaluation pathologie cardiaque et comorbidités — p47-49
Fiche 5 : Justification des items choisis et des outils utilisés pour la prise en charge globale p50-52
Fiche 6 : Évaluations des fragilités — p53-65
Fiche 7 : Qualité de vie LEIPAD — p66-70
Fiche 8 : Courrier de consultation- Parcours Insuffisance Cardiaque — p71-73
Fiche 9 : Auto-questionnaire patient(e) — p74-81
Fiche 10 : Plan personnalisé de santé - Procédure de remplissage — p82-84
Fiche 11 : Plan personnalisé de santé vierge — p85-87
Fiche 12 : Plan personnalisé de santé MONDOR — p88
Fiche 13 : Compte-rendu d'intervention - Equipe Mobile de l'Insuffisance Cardiaque — p89
Fiche 14 : Cahier des charges EMIC — p90-99
Fiche 15 : Fiche de poste Médecin référent - Parcours de santé « Insuffisance Cardiaque » p100-101
Fiche 16 : Fiche de poste IDE de parcours - Parcours de santé « Insuffisance Cardiaque » p102-103
Fiche 17 : Fiche de poste secrétaire médicale - Parcours de santé « Insuffisance Cardiaque » p104-105
Fiche 18 : Consultation Parcours Insuffisance Cardiaque - Checklist de documents nécessaires pour les patients adressés par un service d'hospitalisation — p106
Fiche 19 : Fiche de poste médecin Équipe Mobile de l'Insuffisance Cardiaque — p107-108
Fiche 20 : Fiche de poste IDE / ISPIC Équipe Mobile de l'Insuffisance Cardiaque — p109-111

Fiche n°1 | Grille de repérage du niveau de fragilité

Cet outil est destiné au repérage rapide du profil de fragilité des personnes âgées, fait par tout acteur du champ gérontologique formé à l'utilisation de l'outil, à partir de questions posées au senior et/ou à la personne de référence présente ou contactée par téléphone. La grille n'est pas une évaluation gériatrique, mais dessine un profil de risque de fragilité et donne un signalement des problèmes et des facteurs susceptibles d'influencer le déclin fonctionnel.

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

Date évaluation : **Nom de l'évaluateur :**

Fonction de l'évaluateur :

VOLET A	Profil gériatrique et facteurs de risque			
	0	1	2	Score
Âge	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide professionnelle	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
TOTAL ...../26				

Total volet A : *< ou = 8 : Personne peu fragile* *[9-11] : Personne fragile* *< ou = 12 : Personne très fragile*

Grille Fragilité SEGA version modifiée et validée 2014

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°1 | Grille de repérage du niveau de fragilité

VOLET B	Données complémentaires			
	0	1	2	Score
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	Aucune hospitalisation	1 hospitalisation de durée < 3 mois	Plusieurs hospitalisations ou 1 seule > 3 mois	
Vision	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Audition	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Support social / entourage	Couple (ou famille)	Seul sans aide	Seul avec aide	
Aide à domicile professionnelle	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Aidant naturel	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Perception de la charge par les proches	Supportable	Importante	Trop importante	
Habitat	Adapté	Peu adapté	Inadéquat	
Situation financière	Pas de problème	Aide déjà en place	Problème identifié et absence d'aide	
Perspectives d'avenir selon la personne	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	
Perspectives d'avenir selon son entourage	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	
TOTAL ...../22				

Total volet B : *Plus le score est élevé, plus grande est la fragilité*

Cette grille est une adaptation de la grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment ou Sommaire de l'Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission). Auteurs : SCHOEVAERDTS Didier, BIETTLOT Serge, MALHOMME Brigitte, REZETTE Céline, GILLET Jean-Bernard, VANPEE Dominique, CORNETTE Pascale, SWINE Christian, La Revue de Gériatrie : 2004, vol.29, n°3, pp.169-178

Remarques de l'évaluateur :

.....

Grille Fragilité SEGA version modifiée et validée 2014

Fiche n°1 | Grille de repérage du niveau de fragilité

→ Guide d'utilisation de la grille de repérage du niveau de fragilité

Définition de la personne âgée fragile :

C'est une personne présentant un état instable conduisant à un risque de décompensation somatique, psychique ou sociale, secondaire à un évènement même minime. Cet état est potentiellement réversible, s'il est identifié, et si des actions adaptées sont mises en place.

1 - Volet A Profil gériatrique et facteurs de risque : Il peut être utilisé seul pour repérer la fragilité

Provenance : *La personne vit-elle à domicile ou en lieu de vie collectif ? Si elle vit à domicile, reçoit-elle de l'aide ?* (FL : Foyer Logement ; EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

Médicaments : *Combien de médicaments différents la personne prend-elle par jour ?* Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine.

Humeur : *Au cours des trois derniers mois la personne s'est-elle sentie anxieuse, triste ou déprimée ? La question posée est celle du « moral ». On peut demander : Vous sentez-vous bien, êtes-vous anxieux, êtes-vous souvent triste ou déprimé ? Prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de trois mois ?*

Perception de sa santé : *Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est meilleure, équivalente, moins bonne ?* Cette question doit être posée directement à la personne.

Chute durant les six derniers mois : *Au cours des 6 derniers mois, la personne a-t-elle fait une chute ?* Par chute compliquée, on entend une chute ayant nécessité un bilan médical.

Nutrition : *La personne a-t-elle actuellement un appétit normal, un poids stable? Durant les 3 derniers mois, la personne a-t-elle perdu du poids sans le vouloir ?* Si la personne n'a pas de problème évident de nutrition, d'appétit ou de poids, on code (0) ; si elle a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15 jours, on code (1) ; si elle est franchement dénutrie et a perdu sans le vouloir plus de 3 kg en trois mois, on code (2). La connaissance du poids et de la taille permet de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle) P/T2 Dénutrition si IMC <21.

Maladie associées : *La personne souffre-t-elle d'une ou plusieurs maladies nécessitant un traitement régulier ?*

Mobilité : *La personne a-t-elle des difficultés pour se lever et/ou pour marcher ?* Cette zone explore l'indépendance de la personne dans les transferts de la position assise à la position debout et la marche. Le soutien peut être technique (canne, déambulateur) ou humain, on code (1). L'incapacité se définit par l'impossibilité de se lever et/ou de marcher, on code (2) dans cette situation.

Continence : La personne a-t-elle des problèmes d'incontinence, utilise- t-elle des protections ? Si la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale, on code (0). Si elle a des pertes occasionnelles ou une incontinence seulement la nuit, on code (1) ; si elle est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence, on code (2).

Prise des repas : *La personne a-t-elle des difficultés pour prendre ses repas, doit-elle être aidée, doit-on lui donner à manger tout au long du repas ?* Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète pour les repas, on code (2).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) : *La personne a-t-elle des difficultés pour accomplir des activités quotidiennes telles que préparation des repas, usage du téléphone, gestion des médicaments, formalités administratives et financières à accomplir…?* Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une aide partielle pour réaliser au moins une de ces activités, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète, on code (2).

Fonctions cognitives : *Au vu de votre entretien, diriez-vous que la personne a des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration, ou de langage ?* Par fonctions cognitives on entend mémoire, attention, concentration, langage, etc. Il ne s'agit pas de faire une évaluation neuropsychologique ou un mini-mental test (MMSE), mais d'apprécier la situation connue du patient à cet égard. Soit la personne n'a pas de problème de mémoire à l'évidence et on code (0) ; soit il y a un doute sur l'intégrité des fonctions cognitives et on code (1) ; soit les fonctions cognitives sont connues pour être altérées et l'on code (2).

→ **COTATION SUR 26 :** Elle indique l'intensité du profil de fragilité en reflétant globalement le nombre de problèmes signalés ; il est clair que ce chiffre n'a qu'une valeur indicative. On peut considérer que le profil de la personne est peu fragile pour un score inférieur ou égal à 8, qu'il est moyen pour un score compris entre 9 et 11 et qu'il est très fragile pour un score supérieur ou égal à 12.

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°1 | Grille de repérage du niveau de fragilité

2 - Volet B Données complémentaires : Cette partie regroupe des facteurs susceptibles d'influencer le plan de soins et d'aides.

Hospitalisation récente : *La personne a-t-elle été hospitalisée durant les 6 derniers mois ? Combien de fois a-t-elle été hospitalisée ? Une hospitalisation a-t-elle duré plus de 3 mois ?*

Vision : *La vue de la personne, avec des lunettes si elle en porte, est-elle normale, diminuée ou très diminuée ?*

Audition : *L'ouïe de la personne, avec des prothèses auditives si elle en porte, est-elle normale, diminuée ou très diminuée ?*

Support social / entourage : *La personne vit-elle seule à domicile, en couple, ou avec un ou plusieurs membres de sa famille ?*

Aide à domicile professionnelle : *Selon vous, la personne a-t-elle besoin d'aide à domicile de la part de professionnels ? Cette aide est-elle occasionnelle ou quotidienne ?* L'aide peut-être à visée soit sanitaire, soit médico-sociale, soit sociale.

Aidant naturel : *La personne a-t-elle besoin de recevoir de l'aide à domicile de la part de sa famille ? Cette aide est-elle occasionnelle ou quotidienne, unique ou multiple ?* Perception de la charge par les proches : l'accompagnement de la personne est-il vécu par son entourage comme supportable, importante ou trop importante ? Si l'entourage est absent, on code (2).

Habitat : *De votre point de vue de professionnel, diriez-vous que l'habitat de la personne est adapté, peu adapté, ou inadéquat ?* Cette zone explore l'influence des conditions d'habitat sur l'autonomie de la personne. Exemples : chambre à l'étage, éclairage déficient, salle de bains non aménagée, absence de barres d'appui, etc.

Situation financière : *La personne vous semble-t-elle avoir des difficultés sur le plan de ses ressource ? A-t- elle demandé une aide ? La reçoit-elle déjà ?* Il s'agit d'une appréciation déclarative par la personne.

Perspectives d'avenir selon la personne : Cette question doit être posée directement à la personne. Dans les 6 prochains mois, envisagez-vous de modifier votre mode de vie ? Par exemple : renforcer les aides à domicile familiales ou professionnelles, changer de lieu de vie, entrer en maison de retraite ?

Perspectives d'avenir selon l'entourage : Cette question doit être posée directement à l'aidant naturel de la personne. *Dans les 6 prochains mois, envisagez-vous la nécessité de modifier le mode de vie de votre parent ? Par exemple : renforcer les aides à domicile familiales ou professionnelles, changer de lieu de vie, entrer en maison de retraite ?* Ces deux dernières questions permettent de noter une discordance entre l'avis de la personne et celui de ses proches, notamment sur l'entrée en institution.

Fiche n°2

Calcul de risque cardiovasculaire

SCORE2 et SCORE2-OP

Ces scores sont calculés à partir d'un algorithme traitant les données suivantes :

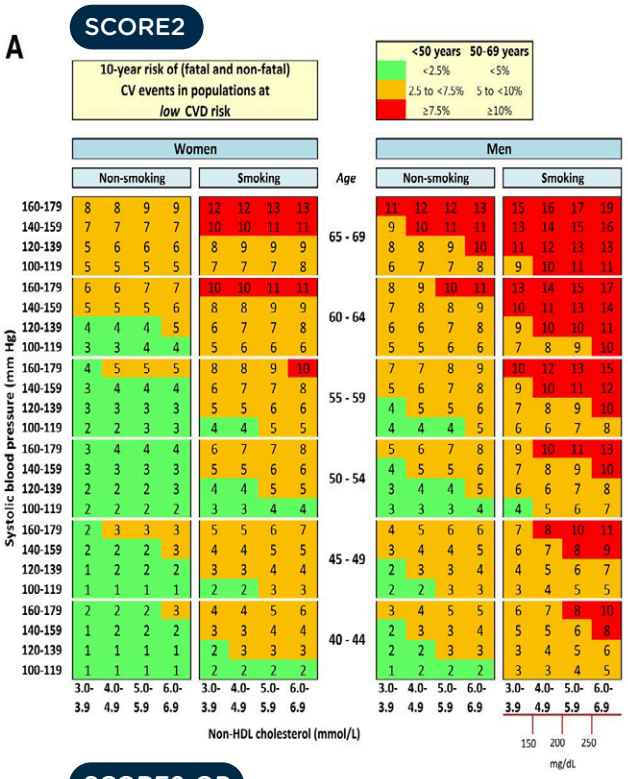
- Age
- PA systolique en mmHg
- Sexe
- Cholestérol total en mmol/L
- HDL en mmol/L
- Tabagisme

Le SCORE2 permet d'obtenir le risque pour les patients de **moins de 70 ans.**

Le SCORE2-OP permet d'obtenir le risque pour les patients de **plus de 70 ans.**

Table A : Pays à faible risque

Belgique, Danemark, France, Israël, Luxembourg, Norvège, Espagne, Suisse, Pays-Bas et Royaume-Uni.



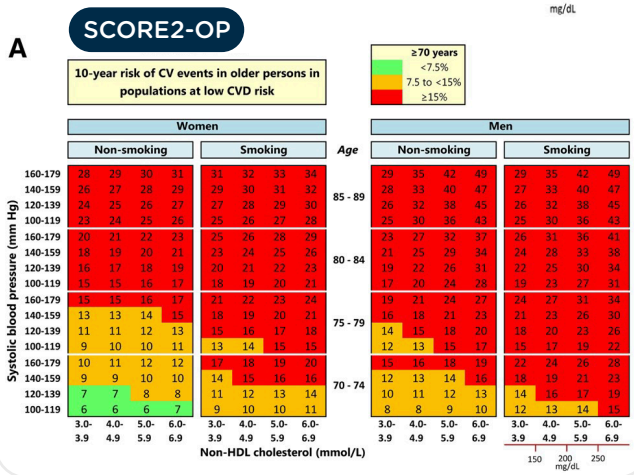
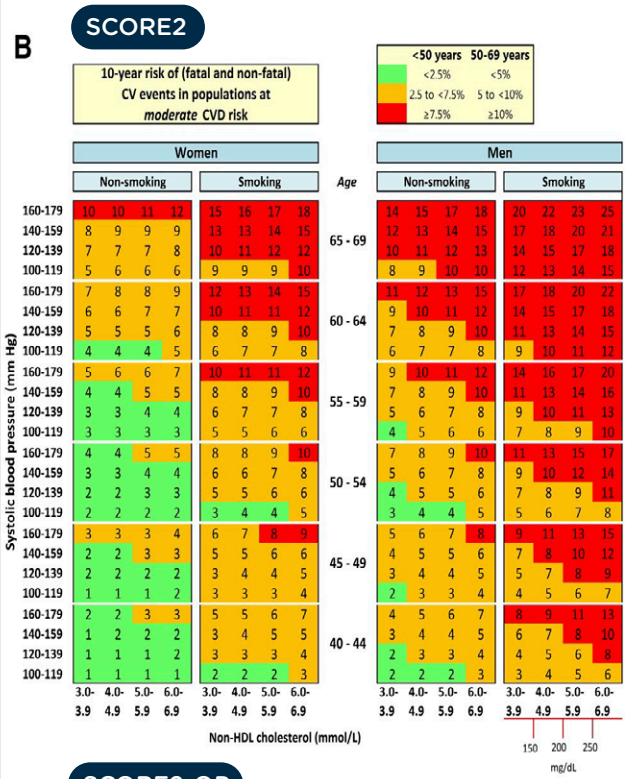
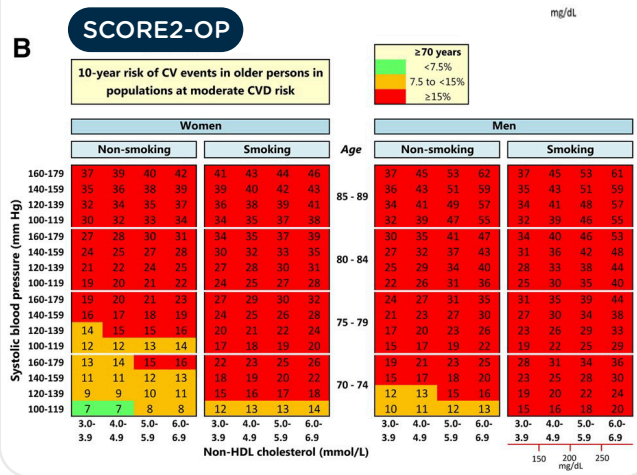


TABLE B : Pays à risque modéré

Autriche, Chypre, Finlande, Allemagne, Grèce, Islande, Irlande, Italie, Malte, Portugal, Saint-Marin, Slovénie et Suède.





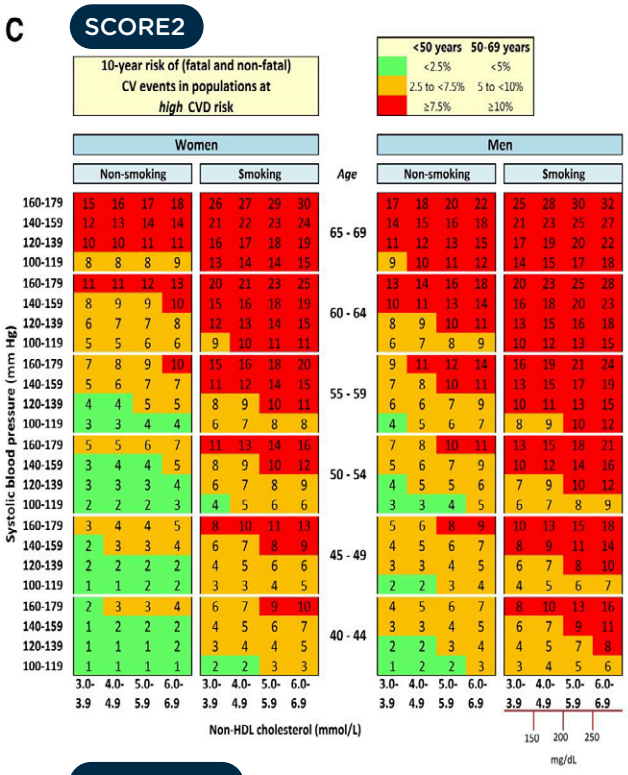
Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°2

Calcul de risque cardiovasculaire

Table C : Pays à haut risque

Albanie, Bosnie-Herzégovine, Croatie, Estonie, Hongrie, Kazakhstan, Pologne, Slovaquie et Turquie.



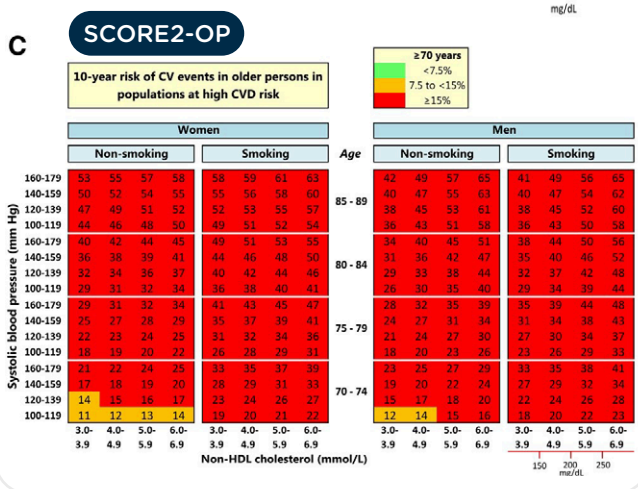
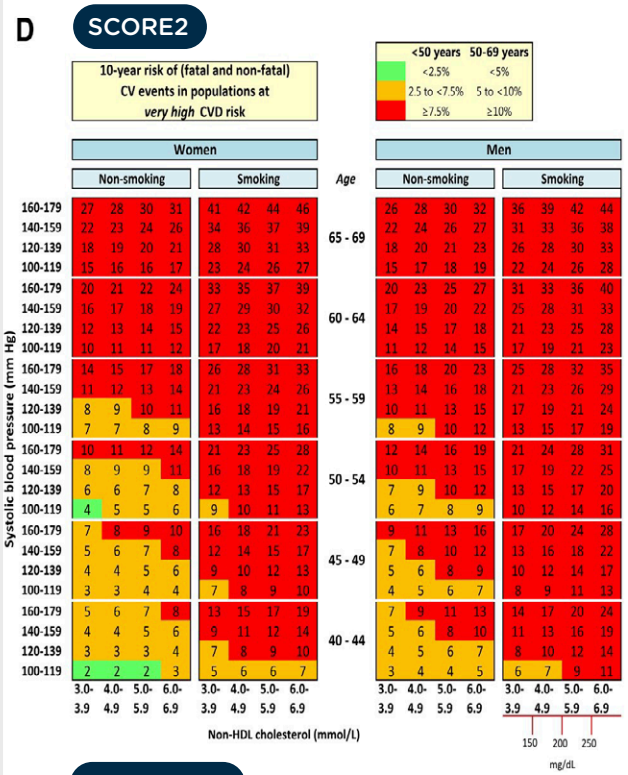
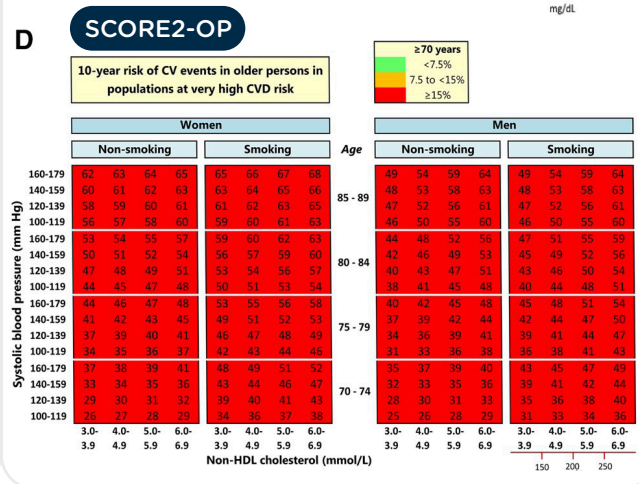


TABLE D : Pays à très haut risque

Algérie, Arménie, Azerbaïdjan, Biélorussie, Bulgarie, Égypte, Géorgie, Kirghizistan, Lettonie, Liban, Libye, Lituanie, Monténégro, Maroc, République de Moldova, Roumanie, Fédération de Russie, Serbie, Syrie, TFYR (Macédoine), Tunisie, Ukraine et Ouzbékistan.





Ces scores peuvent être nuancés en tenant compte de facteurs de risques supplémentaires.

Fiche n°2 | Calcul de risque cardiovasculaire

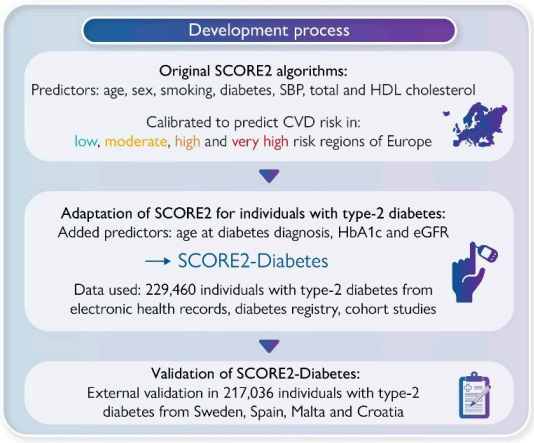
→ Tableau 1 : Facteurs de risque supplémentaires pour nuancer le risque cardiovasculaire calculé sur la base de SCORE2 ou SCORE2-OP

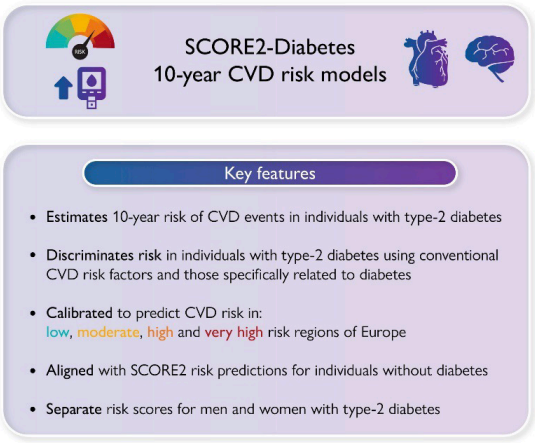
Facteurs de risque supplémentaires	Multiplicateurs que l'on peut utiliser pour nuancer le risque estimé par SCORE2(-OP)
Stress psycho-social	x1.2 à x2
Ethnicité : Asie du Sud **Autres pays d'Asie** **Caraïbe noirs** **Africains noirs et chinois**	x1.3 pour indien et bangladais et x1.7 pakistanais x1.1 x0.85 x0.7
Précarité sociale	x1.76
BPCO	x2 à x3
Polyarthrite rhumatoïde	x1.5
Maladies inflammatoires intestinales (IBD)	x1.2
Psoriasis ou spondylarthrite ankylosante	(majoré mais sans facteur applicable)
VIH	Dépendant de la charge virale (jusqu'à x2)
Migraines (surtout avec aura)	x2 pour AVC et x1.5 pour maladie coronaire
Syndrome d'apnées du sommeil	(majoré mais sans facteur applicable)
Maladie mentale	(majoré mais sans facteur applicable)
Stéato-hépatite non alcoolique	Multiples facteurs de risque à rechercher

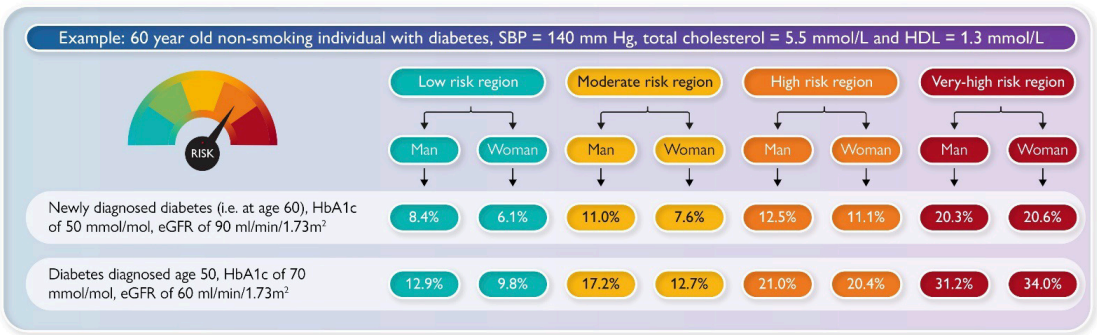
Certains de ces facteurs de risques sont associés à un multiplicateur, par lequel on peut multiplier le score estimé.

SCORE2 - diabète

Ce score a été développé, calibré et validé à partir de l'algorithme du SCORE2 pour prédire le risque de MCV sur 10 ans chez les patients atteints de diabète de type 2. Il permet d'améliorer l'identification des personnes à risque plus élevé de développer une MCV en Europe.

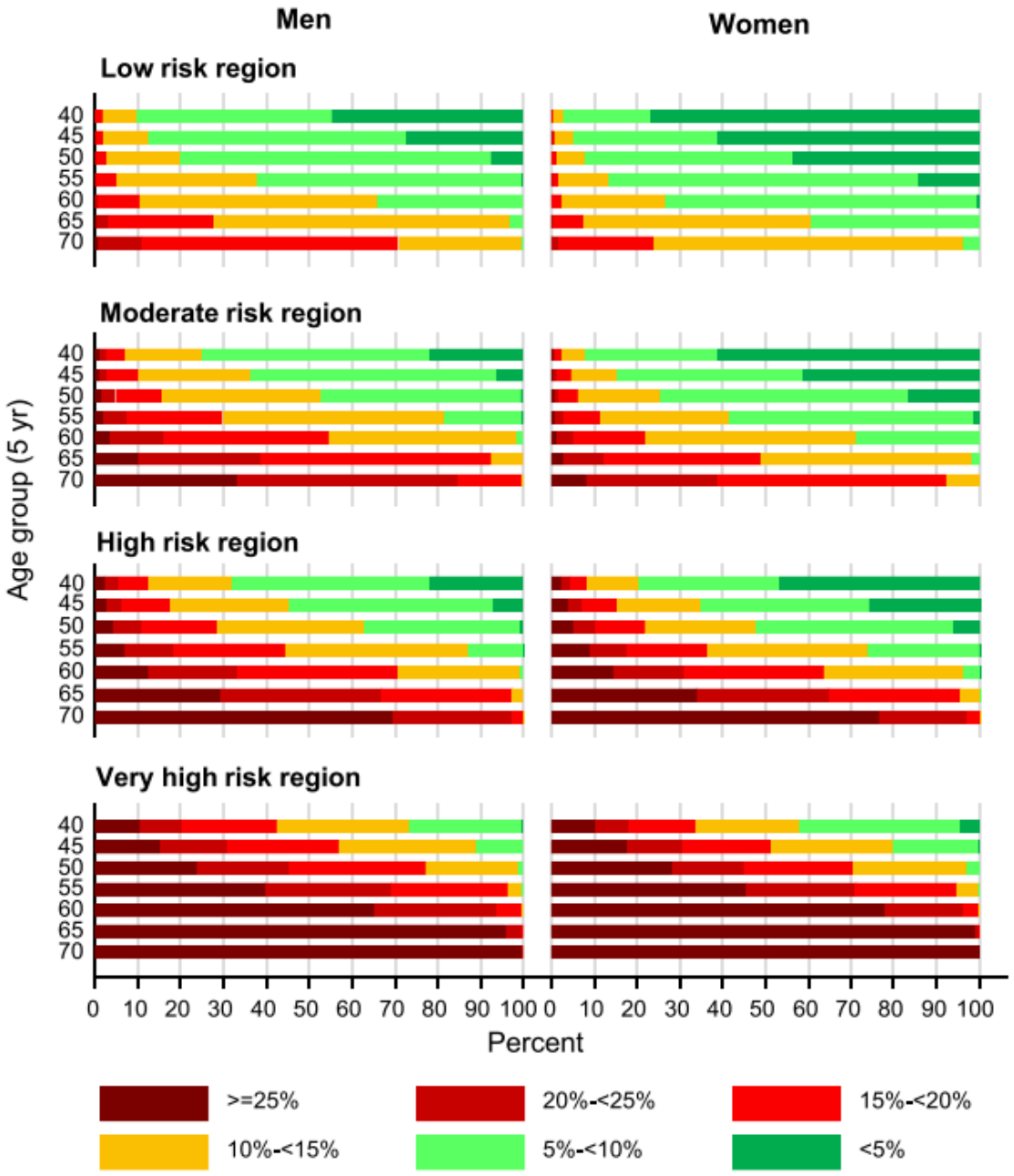






Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°2 | Calcul de risque cardiovasculaire

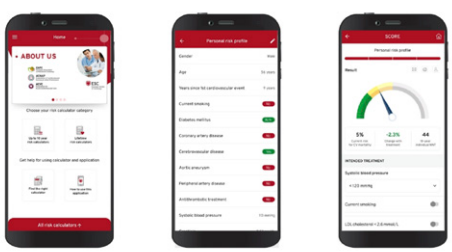


SCORE DE RISQUE SMART

Le score de risque SMART (secondes manifestations de la maladie artérielle) comble l'écart d'estimation du risque chez les patients ayant des antécédents de maladie cardiovasculaire, notamment une maladie coronarienne (MAC), une maladie cérébrovasculaire (MCV), une maladie artérielle périphérique (MAP), un anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) et les maladies polyvasculaires. Le score de risque SMART peut être utilisé pour estimer le risque sur 10 ans d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral ou de mort vasculaire chez des patients individuels atteints d'une maladie vasculaire athéroscléreuse cliniquement manifeste (ASCVD).

L'Européan Society of Cardiology a développé un calculateur inclus dans l'application ESC CVD Risk. Calcul sur la base des données cliniques du patient :

- Antécédents médicaux
- Tabagisme actuel
- Pression artérielle systolique
- Biomarqueurs de laboratoire

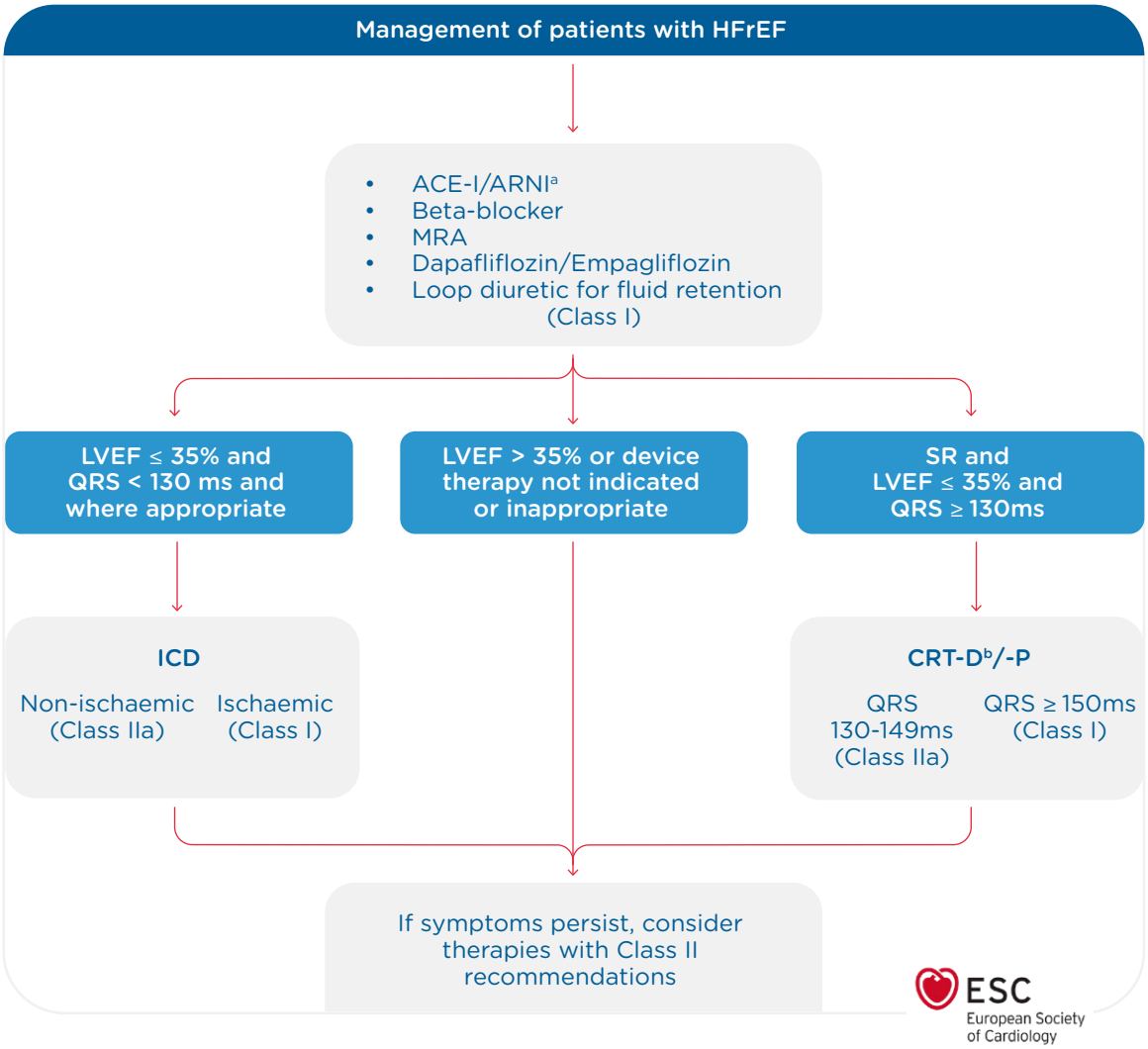


Fiche n°3

Nouvelles recommandations
ESC traitement de l'insuffisance cardiaque

→ Traitement pharmacologique

L'une des principales inconnues de ces recommandations était la séquence du traitement pharmacologique de l'IC à FEVG altérée. Les dernières années ont en effet vu la démonstration de l'efficacité des gliflozines et du SACUBITRIL. Nous avons désormais 5 classes ayant démontré une efficacité sur la mortalité : inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) (ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA2) en cas d'intolérance), bétabloquant (BB), antagoniste des récepteurs minéralocorticoïdes (ARM), sacubitril/valsartan (S/V) (seul représentant de la famille des angiontensin receptor neprilysin inhibitor – ARNi) et antagonistes du SGLT2 (SGLT2-i). La question était de savoir quel ordre d'initiation de ces traitements serait préconisé. Faut-il associer d'emblée 4 classes thérapeutiques (BB+IEC+ARM+SGLT2-i) ? Faut-il d'emblée utiliser le S/V sans passer par une étape sous IEC (j'ai donné mon avis sur ce sujet ici) ? Faut-il commencer par une association classique BB+IEC+ARM avant de réfléchir à l'étape suivante ? Les auteurs suivent les données publiées au cours des dernières années et décennies, et les appels de certains KOL (Key Opinion Leaders) qui voulaient notamment se passer des IEC pour commencer d'emblée par le S/V.



Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°4

Synthèse évaluation pathologie cardiaque et comorbidités

Date de réalisation : __ __ / __ __ / __ __ __ __

1. Fiche administrative

Médecin traitant :

Cardiologue :

IDEL :

Pharmacien(ne) :

Kinésithérapeute :

Autres professionnel(le)s de santé :

2. Pathologie cardiaque

Date dernière consultation cardiologue : __ __ / __ __ / __ __ __ __

CR dernière consultation :

Facteurs de risque cardiovasculaire :

- **HTA** ○ Oui ○ Non
- **Obésité** ○ Oui ○ Non
- **Tabagisme** ○ Oui ○ Non
  - Si oui : ○ Actif ○ Sevré (précisez depuis combien de temps)
  - Si oui : nombre de paquet-année ..... paquet/année
- **Diabète** ○ Oui ○ Non
- **Dyslipidémie** ○ Oui ○ Non

- **Sédentarité** = temps assis et couché (hors temps sommeil) > 7h/jour ○ Oui ○ Non
- **Inactivité physique** = temps activité physique < 150 min/semaine ○ Oui ○ Non

Score de risque cardiovasculaire :

SCORE2 – SCORE2-OP :

SCORE2-Diabète :

Score de risque SMART :

Fiche n°4 | Synthèse évaluation pathologie cardiaque et comorbidités

3. Vaccination

DTP-Coqueluche date de moins de 10 ans	○ Oui	○ Non
Pneumocoque date de moins de 5 ans	○ Oui	○ Non
Grippe date de moins d'un an	○ Oui	○ Non
SARS-COV2 à jour selon schéma vaccinal en cours	○ Oui	○ Non

4. Comorbidités

Dépistage BPCO :

- **Facteurs de risque de BPCO**
  - ○ Tabagisme
  - ○ Facteurs environnementaux (pollution atmosphérique et pollution intérieure, chauffage au bois ou charbon)
  - ○ Exposition professionnelle à des toxiques ou des irritants (cf liste des professions à risque)
- **Symptômes précoces**
  - ○ Toux et/ou expectoration fréquente et/ou dyspnée

○ Pas de facteur de risque de BPCO

○ **Présence d'au moins 1 facteur de risque de BPCO +/- un symptôme précoce : indication à une spirométrie**

Dépistage syndrome d'apnée du sommeil (échelle de somnolence d'Epworth)

Quel risque avez-vous de vous assoupir ou de vous endormir dans les situations suivantes, sans considérer les moments où vous vous sentez fatigué(e) ? Ces questions s'appliquent à vos habitudes de vie actuelles, dans des conditions habituelles. Si vous n'avez pas effectué récemment certaines activités, essayez d'imaginer comment vous auriez réagi. Utilisez l'échelles ci-dessous en choisissant le chiffre le plus approprié pour chaque situation. 0 : aucun risque de m'assoupir ou de m'endormir - 1 : faible risque de m'assoupir ou de m'endormir 2 : risque modéré de m'assoupir ou de m'endormir - 3 : risque élevé de m'assoupir ou de m'endormir

Situations	Scores 0	1	2	3
Lire en position assise	☐	☐	☐	☐
Regarder la télévision	☐	☐	☐	☐
Être assis(e) inactif(ve) dans un lieu public (théâtre, réunion par exemple)	☐	☐	☐	☐
Être assis(e) en tant que passager(ère) dans un véhicule pour une période d'une heure sans arrêt	☐	☐	☐	☐
Être étendu(e) l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	☐	☐	☐	☐
Être assis(e) en parlant avec quelqu'un	☐	☐	☐	☐
Être assis(e) tranquille après un repas sans boisson alcoolique	☐	☐	☐	☐
Dans une voiture arrêtée quelques minutes à un feu de circulation ou dans la circulation	☐	☐	☐	☐

○ Echelle de somnolence d'Epworth normale

○ **Echelle de somnolence d'Epworth pathologique > 10**

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°4 | Synthèse évaluation pathologie cardiaque et comorbidités

Dépistage Ostéoporose :

Poids de forme de référence ____ kg **Poids le jour de la consultation** ____ kg

Taille à 20 ans ____ cm **Taille le jour de la consultation** ____ cm

- ○ **Différentiel de taille ≥ 4 cm**

Consommation alcool : questionnaire FACE

À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

- ○ 0 - *Jamais*
- ○ 1 - *1 fois par mois ou moins*
- ○ 2 - *2 à 4 fois par mois*
- ○ 3 - *2 à 3 fois par semaine*
- ○ 4 - *4 fois par semaine et plus)*

Combien de verre standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- ○ 0 - *1 ou 2*
- ○ 1 - *3 ou 4*
- ○ 2 - *5 ou 6*
- ○ 3 - *7 à 9*
- ○ 4 - *10 verres ou plus*

Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

- ○ 0 - *Non*
- ○ 0 - *Oui*

Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- ○ 0 - *Non*
- ○ 0 - *Oui*

Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

- ○ 0 - *Non*
- ○ 0 - *Oui*

Additionner les cotations des 5 questions pour calculer le SCORE TOTAL = ____

- ○ Usage simple : Femme score < 4 et Homme score < 5
- ○ **Usage à risque ou nocif : Femmes 4 ≤ score ≤ 8 et Homme 5 ≤ score ≤ 8**
- ○ **Dépendance à l'alcool : Femme et Homme score > 8**

Dépistage maladie rénale chronique

Stade	DFG (CKD EPI) ml/min/1.73m²	Définition
○ 1	DFG > 90	MRC* avec DFG normale ou augmenté
○ 2	60 ≤ DFG < 90	MRC avec DFG légèrement diminué
○ 3A	45 ≤ DFG < 60	Insuffisance rénale chronique modérée
○ 3B	30 ≤ DFG < 45	
○ 4	15 ≤ DFG < 30	Insuffisance rénale chronique sévère
○ 5	DFG < 15	Insuffisance rénale chronique terminale

**Avec marqueurs d'atteinte rénale*

Fiche n°5 | Justification des items choisis et des outils utilisés pour la prise en charge globale

Les ressources humaines de soins de santé primaire, médecin généraliste et IDE libéral sont les partenaires clés pour la mise en place du plan personnalisé de santé. Le pharmacien d'officine a un rôle dans le suivi pharmacologique du patient.

Synthèse de la prise en charge globale volet 1 :

PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Items de la prise en charge *(Tests et seuils pathologiques)*	Source	Référence bibliographique	Commentaires	Ressources humaines spécifiques nécessaires pour le parcours
Consultation de suivi cardiologue	European Society of Cardiology	https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368 https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195	Avis cardiologue référent du patient	Cardiologue
Optimisation du traitement médical			Procédure de titration des médicaments	
Facteurs de risque cardiovasculaires *(HTA, dyslipidémie, diabète, obésité, tabagisme, inactivité physique, sédentarité)*		https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484		IDE addictologie Médecin addictologue - Diététicienne Médecin nutritionniste - Maison Sport & Santé EAPA - Endocrinologue
Calcul score de risque cardiovasculaire *(score2, score2-OP, score2-Diabète, score de risque SMART)*	European Society of Cardiology	https://www.escardio.org/Education/ESC-Prevention-of-CVD-Programme/Risk-assessment/esc-cvd-risk-calculation-app	Calcul du score de risque cardiovasculaire adapté au contexte : Score2 ; Score 2-OP, Score2-Diabetes, SMART Risk Score	Cardiologue
Consommation d'alcool *(Questionnaire FACE – usage à risque ou nocif Fe 4 ≤ FACE ≤ 8 et He 5 ≤ FACE ≤ 8 et dépendance > 8)*	Société Française d'Alcoologie	https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECOS-SFA-Version-2023-2.pdf *Dewost A-V, Michaud P, Arfaoui S, Gache P, Lancrenon S. Fast Alcohol Consumption Evaluation: A Screening Instrument Adapted for French General Practitioners. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2006;30(11):1889-95.*	Auto-questionnaire ou hétéro-questionnaire - Dépistage des patients à risque : He : sensibilité 87,8% et spécificité 74% et Fe : sensibilité 84,4% et spécificité 84% - Dépistage des patients à dépendance probable : sensibilité 75% et spécificité 95.8%	Médecin formé à l'intervention brève et à l'entretien motivationnel Unité d'addictologie
Suivi biologique Na+ K+ Créatininémie et DFG - NTproBNP NFS Plaquettes Acide urique	European Society of Cardiology	https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368 https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195		
Vaccin DTP-Coqueluche Vaccin antipneumococcique Vaccin antigrippal Vaccin COVID 19	Calendrier vaccinal national	https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_maj-juin23.pdf		
Indication à la télésurveillance	Décret de loi	https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047720200		Cardiologue - Plateforme de télésurveillance
Qualité de vie (Questionnaire LEIPAD)	Jalenques I et al.	*Jalenques I et al. Cross-cultural evaluation of the French version of the LEIPAD, a health-related quality of life instrument for use in the elderly living at home. Qual Life Res. 2013 Apr;22(3):509-20. doi: 10.1007/s11136-012-0166-y.* *Jalenques I et al. Validation of the French version of the LEIPAD in community-dwelling people ages 80 years and above. PLoS One. 2019 Mar 19;14(3):e0213907. doi: 10.1371/journal.pone.0213907. eCollection 2019.*	Saisie des réponses du patient sur document Excel paramétré et interprétation directe des résultats du patient par rapport à une population de la même tranche d'âge et du même sexe	Psychologue

EAPA : Educateur en Activité Physique Adaptée ; IDE : Infirmie(ère) diplomé(e) d'Etat

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°5 | Justification des items choisis et des outils utilisés pour la prise en charge globale

Synthèse de la prise en charge globale volet 2 :

PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITÉS				
Items de la prise en charge *(Tests et seuils pathologiques)*	**Source**	**Référence bibliographique**	**Commentaires**	**Ressources humaines spécifiques nécessaires pour le parcours**
Dépistage BPCO *(Spirométrie)*	Société de pneumologie de langue française et Haute Autorité de Santé (SPLF)	https://splf.fr/wp-content/uploads/2014/12/reco-bpco-trait-splf-2016-rmr.pdf https://www.has-sante.fr/jcms/p_3115145/fr/bpco-diagnostic-et-prise-en-charge		Pneumologue
Dépistage du SAS *(Questionnaire d'Epworth > 8)*	European Society of Cardiology SPLF	https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368 https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195 https://splf.fr/wp-content/uploads/2014/07/reco_courtes_sas.pdf		Service d'enregistrement d'apnées du sommeil par polysomnographie
Dépistage ostéoporose *(Différentiel taille ≥ 4cm)*	Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses (GRIO))	https://www.grio.org/documents/page500/actualisation-2018-recommandations-opm.pdf	DXA : permet le calcul de l'indice de masse appendiculaire pour le diagnostic de l'ostéo-sarcopénie	Service de radiologie avec VFA + ostéo-densitométrie et si possible DXA Rhumatologue pour les cas complexes et les ostéoporoses de l'homme
Carence martiale *Ferritinémie < 100ng/ml Ou Ferritinémie 100-299 ng/ml et CST < 20%*	European Society of Cardiology	https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368 https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195		Lit d'hospitalisation de jour pour recharge

Synthèse de la prise en charge globale volet 3 :

REPÉRAGE DES FRAGILITÉS				
Fragilités *(Tests et seuils pathologiques)*	**Source**	**Référence bibliographique**	**Commentaires**	**Ressources humaines spécifiques nécessaires pour le parcours**
Repérage de la dénutrition et évaluation de la sévérité **IMC** **Perte de poids** **Force de préhension** *(Fe < 16kg ; He < 27kg)* **Lever de chaise** *(5 levers > 14 s)* **Impédancemétrie** *(Indice de masse maigre Fe <15kg/m² ; He <17 kg/m²)* **Vitesse de marche** *(4 m > 5s)*	Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme et Haute Autorité de Santé (SFNCM) Haute Autorité de Santé (HAS) 2019 : Adulte < 70 ans 2021 : Adulte ≥ 70 ans :	**Dénutrition :** https://www.sfncm.org/images/stories/affiches-denutrition/PDF/Affiche_SFNCM_14.pdf https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/reco277_recommandations_rbp_denutrition_cd_2019_11_13_v0.pdf https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf **Sarcopénie :** *Cruz-Jentoft AJ et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019 Jan 1;48(1):16-31. doi: 10.1093/ageing/afy169.*	Un diagnostic systématique de la dénutrition est réalisé pour permettre une adaptation de la prise en charge au statut nutritionnel	Diététicienne Médecin nutritionniste EAPA
Pré albuminémie, albuminémie, magnésémie, calcémie et calcémie corrigée, phosphorémie **Vitamine B9 B12 D** **Glycémie à jeun**	SFNCM	https://www.sfncm.org/images/stories/Outils/BrochureSRI-label_SFNCM.pdf *Barras-Moret AC et al. Le syndrome de renutrition inapproprié : la clé du traitement est la prévention. Nutrition Clinique et Métabolisme, 25(2011); p86-90. Mehanna HM. Refeeding syndrome: wht it is, and how to prevent and treat it. Clinical review, 336 (2008); p1495-1498.*	Évaluation du risque de syndrome de renutrition inappropriée	Diététicienne Médecin nutritionniste
Mesure du risque de chute *(Score de risque de chute : risque modéré 4-6 et risque élevé ≥ 7)*	Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé (CETAF)	https://www.cetaf.fr/nos-outils/ https://www.cetaf.fr/wp-content/uploads/2023/06/20220629_aide_remplissage.pdf	Aire sous la courbe 0,78	Ergothérapeute Kinésithérapeute Assistante sociale

Fiche n°5 | Justification des items choisis et des outils utilisés pour la prise en charge globale

Suite synthèse de la prise en charge globale volet 3 :

REPÉRAGE DES FRAGILITÉS

Fragilités *(Tests et seuils pathologiques)*	Source	Référence bibliographique	Commentaires	Ressources humaines spécifiques nécessaires pour le parcours
Dépistage Hypotension orthostatique*	Société française de gériatrie	Mise à jour 2024 des recommandations en attente de publication		
Autonomie *(ADL, IADL)*	Article de recherche	*Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA. 21 sept 1963;185(12):914-9 Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist. 1970;10(1):20-30 Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist. 1969;9(3):179 86.*		Ergothérapeute Kinésithérapeute Assistante sociale Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)
Observance thérapeutique *(Questionnaire de Girerd score ≥ 3)*	Girerd et al.	https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5074/document/evaluation-observance-traitement_assurance-maladie.pdf		
Iatrogénie médicamenteuse	Société française de pharmacie clinique (SFPC)	https://sfpc.eu/	Interactions médicamenteuses ; charge anticholinergique et QT long	Pharmacien(ne) d'officine du patient
Précarité socioéconomique *Score EPICES (> 30)*	CETAF	https://www.cetaf.fr/wp-content/uploads/2023/07/EPICES_Presentation_20120423.pdf *Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé (EPICES). Labbe E, Blanquet M, Gerbaud L, Poirier G, Sass C, Vendittelli F, Moulin JJ. A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score. Eur J Public Health. 2015 Aug;25(4):604-9. doi: 10.1093/eurpub/cku231. Epub 2015 Jan 25. PMID: 25624273*		Assistante sociale
Santé mentale *(Questionnaire PHQ-9)*	Article de recherche	*Cheng S-T, Yu ECS, Lee SY, Wong JYH, Lau KH, Chan LK, et al. The geriatric depression scale as a screening tool for depression and suicide ideation: a replication and extention. Am J Geriatr Psychiatry. mars 2010;18(3):256-65*	Sensibilité 88% Spécificité 88%	Psychologue
Troubles cognitifs *(CODEX)*	Article de recherche	*Belmin J, Pariel-Madjlessi S, Surun P, Bentot C, Feteanu D, Lefebvre des Noettes V, et al. The cognitive disorders examination (Codex) is a reliable 3-minute test for detection of dementia in the elderly (validation study on 323 subjects). La Presse Médicale. sept 2007;36(9):1183-90*	Sensibilité 92% Spécificité 85%	Gériatre Consultation mémoire
Recherche d'une atteinte ophtalmologique et d'un suivi *(Questionnaire)*	Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avec le déploiement de soins intégrés pour les adultes âgés (ICOPE)		Ophtalmologiste
Évaluation de l'audition *(Questionnaire + HHIE-8 si plainte)*	Article de recherche	*Servidoni AB, Conterno L de O, Servidoni AB, Conterno L de O. Hearing Loss in the Elderly: Is the Hearing Handicap Inventory for the Elderly - Screening Version Effective in Diagnosis When Compared to the Audiometric Test? International Archives of Otorhinolaryngology. janv 2018;22(1):1-8*	Sensibilité 89,1% Spécificité 75%	ORL
Suivi bucco-dentaire *(OHAT)*	Article de recherche	*J M Chalmers 1, P L King, A J Spencer, F A C Wright, K D Carter - The oral health assessment tool--validity and reliability. Aust Dent J 2005 Sep; 50(3):191-9. doi: 10.1111/j.1834-7819.2005.tb00360.x.*	Concordance 74,4% pour l'hygiène buccale à 93,9% pour les douleurs dentaires. Kappa 0.51-0.6 pour 3/8 catégories et 0.61-0.8 pour 5/8 catégories	Offre de soins de dentiste en ville ou en structure de soins
Fardeau de l'aidant *(Mini-Zarit)*	Article de recherche	*Zarit S, Femia E. A future for family care and dementia intervention research? Challenges and strategies. Aging & mental health. 1 févr 2008;12:5-13. Yu J, Yap P, Liew TM. The optimal short version of the Zarit Burden Interview for dementia caregivers: diagnostic utility and externally validated cutoffs. Aging & Mental Health. 3 juin 2019;23(6):706-10.*	Version en 7 items sensibilité 80,7% et spécificité 79,4%	Assistante sociale Structures d'aide aux aidants

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°6 | Évaluations fragilités

Date de réalisation : __ __ / __ __ / __ __ __ __

1. Statut nutritionnel et sarcopénie

Poids de forme de référence ____ kg **Poids le jour de la consultation** ____ kg

Tour de taille ____ cm **IMC (Poids/taille²)** ____ kg/m²

Force de préhension

○ Droitier ○ Gaucher ○ Ambidextre

Évaluation de la douleur au moment de la réalisation du test (choisir l'échelle la plus adaptée au patient) :

EVS ____ /4 ou EVA ____ /10 ou ENS ____ /10

Ou échelle autre ○ Pas de douleurs ○ Douleur faible ○ Douleur modérée ○ Douleur forte ○ Douleur insupportable

	Droite	Gauche
1er essai (kg)		
2ème essai (kg)		
3ème essai (kg)		

○ Force de préhension normale

○ **Force de préhension pathologique : Femme < 16kg et Homme < 27kg**

Lever de chaise (réalisation de 5 levers) ____ sec

○ Test du lever de chaise normal

○ **Test du lever de chaise pathologique > 14 sec**

Vitesse de marche (4m départ lancé) ____ sec

○ Test de vitesse de marche normal

○ **Test de vitesse de marche pathologique > 5 sec**

Impédancemétrie

Masse grasse __ __ . __ % et masse grasse __ __ . __ kg

Masse maigre __ __ . __ % et **masse maigre** __ __ . __ kg

Eau __ __ . __ % et eau totale __ __ . __ L

Résistance __ __ . __ ohm et réactance __ __ . __ ohm

Indice de masse maigre = masse maigre (kg) / taille² __ __ . __ __ kg/m²

○ Indice de masse maigre normal

○ **Indice de masse maigre pathologique Femme < 15 kg/m² et Homme < 17kg/m²**

Fiche n°6 | Évaluations fragilités

Diagnostic de la sarcopénie

- ○ Pas de sarcopénie
- ○ **Sarcopénie probable :** force de préhension ou test du lever de chaise pathologique seul(e)
- ○ **Sarcopénie confirmée :** force de préhension ou lever de chaise pathologique + indice de masse maigre pathologique

Dénutrition : *1 critère phénotypique + 1 critère étiologique*

		Patient(e) < 70 ans	Patient(e) ≥ 70 ans
Critères phénotypiques	Perte de poids	○ ≥ 5% en 1 mois ou ≥ 10% en 6 mois ou ≥ 10% par rapport au poids habituel avant le début de la maladie	
	IMC	○ < 18.5kg/m²	○ < 22kg/m²
	Quantité et qualité du muscle	○ Sarcopénie probable ou confirmée **ou** ○ Diminution de la quantité du muscle *(Indice de masse maigre en impédancemétrie ou indice de masse appendiculaire en DXA cf. Sarcopénie)*	○ Sarcopénie confirmée
Critères étiologiques	Réduction de la prise alimentaire	○ D'au moins 50% ≥ 7 jours ou toute réduction des apports ≥ 14 jours par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés	
	Absorption réduite	Malabsorption/maldigestion	
	Situation pathologique	○ Pathologie aigue ○ Pathologie chronique évolutive ○ Pathologie maligne évolutive	○ Pathologie aigue ○ Pathologie chronique ○ Pathologie maligne évolutive

Dénutrition sévère : *si au moins 1 critère*

		Patient(e) < 70 ans	Patient(e) ≥ 70 ans
Critères	Perte de poids	○ ≥ 10% en 1 mois ou ≥ 15% en 6 mois ou ≥ 15% par rapport au poids habituel avant la maladie	
	IMC	○ ≤ 17 kg/m2	○ < 20kg/m²
	Albuminémie (g/l)	○ ≤ 30	○ ≤ 30

Diagnostic de la dénutrition

- ○ Pas de dénutrition
- ○ Dénutrition protéique modérée
- ○ Dénutrition protéique sévère

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°6 | Évaluations fragilités

2. Mobilité

Risque de chute — Score 0 / 2
- Homme
- Femme

Situation familiale — Score 0 / 0 / 1
- En couple
- En famille
- Seul

Souffrez-vous d'arthrose — Score 0 / 1
- Non
- Oui

Nombre de chutes au cours des 12 derniers mois — Score 0 / 2 / 4 / 6
- 0
- 1
- 2
- 3 et plus

Consommation de médicaments psychotropes au cours des 2 derniers jours — Score 0 / 1
- Non
- Oui

Test appui unipodal : changement de position des bras dans les 5 premières secondes — Score 0 / 1
- Non
- Oui

Total /12

Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Catégorie de risque	Risque faible			Risque modéré			Risque élevé						
Action suggérée	Prévention primaire des chutes (éducation à la santé			Intervention multi-factorielle non-personnalisée			Intervention multi-factorielle personnalisée (structure spécialisée)						

Hypotension orthostatique

Pression artérielle position couchée _____ Pression artérielle position debout _____

3. Autonomie

Activités de la vie quotidienne (ADL)

Items ADL	Cotation	Cotation patient (Entourer la réponse)
Toilette	Besoin d'aucune aide	1
	Besoin d'aide pour une seule partie du corps *(dos, jambes, pieds)*	0,5
	Besoin d'aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	0
Habillage	Besoin d'aucune aide	1
	Besoin d'aide uniquement pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture éclair	0,5
	Besoin d'aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller, ou reste partiellement ou complètement déshabillé(e)	0
Aller aux WC	Besoin d'aucune aide *(aide possible pour se rendre aux WC : canne, fauteuil roulant…)*	1
	Besoin d'une aide pour être accompagné, pour se déshabiller ou se réhabiller	0,5
	Ne peut pas aller aux toilettes seul, n'utilise pas le bassin	0
Locomotion	Besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise *(peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur)*	1
	Besoin d'une aide	0,5
	Ne quitte pas le lit	0
Continence	Contrôle complet des urines et des selles	1
	Accidents occasionnels	0,5
	Incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente	0
Alimentation	Besoin d'aucune aide	1
	Besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain ou peler les fruits	0,5
	Besoin d'aide complète ou alimentation artificielle	0

Total /6

Fiche n°6 | Évaluations fragilités

Activités Instrumentales de la vie quotidienne (IADL)

*Remplir par **le numéro correspondant à la bonne proposition** ou rayer les cotations et mettre **NA « Non Applicable »** lorsque l'item ne peut pas être côté ou ne s'applique pas car le patient faire rarement ou jamais l'activité.*

Items IADL	Cotation	Cotation patient (Entourer la réponse)
Téléphone	Se sert du téléphone de sa propre initiative, recherche des numéros et les compose	1
	Compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus	1
	Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler	1
	Ne se sert pas du tout du téléphone	0
Courses	Peut faire toutes les courses nécessaires de façon autonome	1
	N'est indépendant que pour certaines courses	0
	A besoin d'être accompagné pour faire ses courses	0
	Est complètement incapable de faire des courses	0
Cuisine	Peut à la fois organiser, préparer et servir des repas de façon autonome	1
	Peut préparer des repas appropriés si les ingrédients lui sont fournis	0
	Peut réchauffer et servir des repas précuits ou préparer des repas, mais ne pas suivre le régime qui lui convient	0
	A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas	0
Ménage	Fait le ménage seul ou avec une assistance occasionnelle *(par exemple pour les gros travaux ménagers)*	1
	Exécute des tâches quotidiennes légères comme faire la vaisselle, faire son lit	1
	Exécute des tâches quotidiennes légères mais ne peut pas maintenir un niveau acceptable de propreté	1
	A besoin d'aide pour tous les travaux de la maison	0
Linge	Fait sa propre lessive	1
	Nettoie et rince le petit linge	1
	Tout le linge doit être lavé à l'extérieur	0
Transport	Utilise les moyens de transports publics de manière autonome ou conduit sa propre voiture	1
	Commande et utilise seul un taxi mais ne peut pas utiliser les moyens de transports publics	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	1
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0
	Ne voyage pas	0
Médica-ments	Prend ses médicaments seul, au bon moment et à la bonne posologie	1
	Prend correctement les médicaments préparés à l'avance	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0
Argent	Gère ses finances de manière autonome *(gère son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque)* ; perçoit et contrôle ses revenus	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour s'occuper de son compte en banque et pour les achats importants	1
	N'est plus capable de s'occuper d'argent	0
	Total	**/8**

Commentaires IADL :

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°6 | Évaluations fragilités

4. Observance thérapeutique

Observance thérapeutique *(si le patient gère son traitement ; 1 point/réponse oui)*

Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	○ Oui	○ Non
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	○ Oui	○ Non
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	○ Oui	○ Non
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	○ Oui	○ Non
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	○ Oui	○ Non
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	○ Oui	○ Non

Total /6

- ○ Score 0 : pas de problème d'observance thérapeutique
- ○ **Score 1 ou 2 : Patient non observant mineur**
- ○ **Score ≥ 3 : Patient non observant**

5. Iatrogénie médicamenteuse

Nombre de molécules du traitement habituel (hors collyre et crème, homéopathie)

Préparation des médicaments par une autre personne ○ Oui ○ Non

- Si oui précisez :

Dispensation du traitement par une autre personne ○ Oui ○ Non

- Si oui précisez :

Automédication ○ Oui ○ Non

- Si oui précisez :

Effets indésirables constatés (précisez) :

Impact sur la vie personnelle (précisez) :

Fiche n°6 | Évaluations fragilités

6. Santé mentale

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?

→ Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

→ Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

→ Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

→ Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

→ Peu d'appétit ou trop manger

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

→ Mauvaise perception de vous-même, ou vous pensez que vous êtes un(e) perdant(e) ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

→ Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°6 | Évaluations fragilités

→ Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire, vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

→ Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

Total /27

Calcul du score : *Jamais = 0 ; Plusieurs jours = 1 ; Plus de la moitié des jours = 2 ; Presque tous les jours = 3 et score total /27*

- ○ 0-4 : pas de dépression
- ○ 5-9 : dépression légère
- ○ **10-14 : dépression modérée**
- ○ **15-19 : dépression modérément sévère**
- ○ **20-27 : dépression sévère**

7. Troubles cognitifs

Avez-vous des antécédents familiaux de Maladie d'Alzheimer ? ○ Oui ○ Non

Vous plaignez-vous de la mémoire ? ○ Oui ○ Non

- Si oui, depuis quand ?
- Si oui, avez-vous réduit vos activités à cause de ce trouble de la mémoire ? ○ Oui ○ Non
- Si oui, en avez-vous parlé à votre médecin traitant ? ○ Oui ○ Non

Votre entourage se plaint-il de votre mémoire ?

- Si oui, depuis quand ?

Avez-vous abandonné la gestion de vos papiers administratifs ? ○ Oui ○ Non

Si oui à une de ces questions, faire le test du CODEX ci-après.

Fiche n°6 | Évaluations fragilités

TEST DU CODEX

Étape 1 : Test de mémoire

L'examinateur demande à la personne de mémoriser 3 mots qu'il prononce oralement de façon distincte : clé, ballon, citron (ou en cas de second test : cigare, fleur, porte). On demande au sujet de répéter les mots immédiatement pour vérifier que la consigne est comprise.

- Le sujet remémore les trois mots ○ Oui ○ Non

Étape 1 : L'horloge

Le sujet doit indiquer les nombres sur l'horloge. Ensuite, on demande au sujet d'indiquer une heure : 5h10mn.

- Les nombres sont tous présents ○ Oui ○ Non
- Leur position est correcte ○ Oui ○ Non
- On reconnait un grande et une petite aiguille ○ Oui ○ Non
- Leurs directions sont correctes ○ Oui ○ Non

Si les 2 tâches sont normales, le test est fini : CODEX NORMAL
Si les 2 tâches ne sont pas normales, le test est fini : CODEX ANORMAL

Si une étape est normale et l'autre anormale, le test continue avec 5 questions d'orientation spatiale :

- Quel est le nom de la salle où nous sommes ? ○ Oui ○ Non
- Quel est le nom de la ville où nous sommes ? ○ Oui ○ Non
- Quel est le nom du département où nous nous trouvons ? ○ Oui ○ Non
- Quel est le nom de la région où nous nous trouvons ? ○ Oui ○ Non
- À quel étage sommes-nous ? ○ Oui ○ Non

Si le total = 4 ou 5, le CODEX est NORMAL, si le total ≤3, le CODEX est ANORMAL.

Suspicion de troubles cognitifs à explorer ○ Oui ○ Non

8. Vision

- Avez-vous des problèmes aux yeux (avec vos lunettes si vous en avez) : des difficultés pour voir de loin, pour lire, des pathologies oculaires ou suivez-vous actuellement un traitement (diabète, hypertension)? Si la réponse = 1 (Oui), Alerte, Etape 2 ○ Oui =1 ○ Non =0
- Avez-vous l'impression que votre vue a baissé au cours des quatre derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ? ○ Oui =1 ○ Non =0
- Comment considérez-vous la qualité de votre vue (avec vos lunettes si vous en avez) au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) :

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°6 | Évaluations fragilités

9. Audition

Pathologique auditive connue et traitée	○ Oui	○ Non
• Si oui, existence d'un suivi ?	○ Oui	○ Non
Existence d'une gêne auditive	○ Oui	○ Non
• Si oui, abordé avec le médecin traitant ?	○ Oui	○ Non

HHIE-8

1.	**Vous sentez-vous mal à l'aise à cause d'un problème d'audition, lorsque vous rencontrez de nouvelles personnes ?**	○ Oui ○ Parfois	○ Non
2.	**Vous sentez-vous frustré(e) par un problème d'audition lorsque vous parlez aux membres de votre famille ?**	○ Oui ○ Parfois	○ Non
3.	**Avez-vous des difficultés pour entendre quand quelqu'un parle à voix basse ?**	○ Oui ○ Parfois	○ Non
4.	**Vous sentez-vous handicapé(e) par un problème d'audition ?**	○ Oui ○ Parfois	○ Non
5.	**Est-ce qu'un problème d'audition vous met en difficulté lorsque vous rendez visite à des amis, parents ou voisins ?**	○ Oui ○ Parfois	○ Non
6.	**Assistez-vous moins souvent que vous voudriez à certains évènements (Spectacles, concerts, cérémonies religieuses) à cause d'un problème d'audition ?**	○ Oui ○ Parfois	○ Non
7.	**Est-ce qu'un problème d'audition est à l'origine de disputes avec les membres de votre famille ?**	○ Oui ○ Parfois	○ Non
8.	**Est-ce qu'un problème d'audition vous met en difficulté pour écouter la TV ou la radio ?**	○ Oui ○ Parfois	○ Non
9.	**Avez-vous l'impression qu'une quelconque difficulté d'audition limite ou gène votre vie personnelle ou sociale ?**	○ Oui ○ Parfois	○ Non
10.	**Est-ce qu'un problème d'audition vous met en difficulté lorsque vous êtes au restaurant avec des parents ou des amis ?**	○ Oui ○ Parfois	○ Non

Réponses : *Oui : 4 pts ; Parfois : 2 pts ; Non : 0 pts*

- ○ **Entre 0 et 8 pts : déficience auditive de 4% à 11%**
- ○ **Entre 10 et 16 pts : déficience auditive de 61% à 74.5%**
- ○ **Entre 18 et 40 pts : déficience auditive de 88% à 94%**

Total

Fiche n°6 | Évaluations fragilités

10. Etat bucco-dentaire – OHAT

Suivi buccodentaire tous les ans ○ Oui ○ Non

	Sain (0)	Modification (1)	Non sain (2)	TOTAL
Lèvres	Lisse, rose, humide	Sèche, gercée, rougeur, angulaire	Morsure, gonflée, ulcération ; saignement angulaire	
Langue	Normale, humide, rugueuse, rose	Irrégulière, fissurée, rouge, dépôts	Ulcération, gonflée	
Gencives, muqueuses	Lisse, rose, humide, aucun saignement	Sèche, brillante, rugueuse, gonflée, blessure ou ulcère sous prothétique	Gonflée, saignement, ulcérations, zones rouges ou blanches, érythème sous prothétique	
Salive	Tissus humides, flux correct	Peu de salive, collante, sensation de bouche sèche exprimée par le patient	Muqueuse parcheminée et rouge, peu ou pas de salive, salive épaisse, sensation de bouche sèche exprimée par le patient	
Dents naturelles	Aucune carie, racine ou dent cassée	1-3 caries, racines ou dents cassées, dents usées, abrasées	Plus de 4 caries, racines ou dents abimées, dents usées, abrasées, Moins de 4 dents présentes	
Prothèses	Prothèse adaptée, portée, Prothèse non nécessaire	Prothèse partiellement inadaptée, portée 1-2 heures par jour, prothèses perdues	Prothèse inadaptée, non portée, utilisation de colle	
Hygiène buccale	Propre, aucun dépôt, tartre sur les dents et les prothèses	Présence partielle de plaque, de dépôts, tartre sur les dents et les prothèses, halitose	Présence de plaque, de dépôts, tartre sur la totalité des dents ou des prothèses, halitose importante	
Douleur	Aucun signe de douleur	Signes douloureux exprimés et/ou comportementaux (mimique, mâchonnement, agressivité, refus de manger)	Signes douloureux objectifs (morsure, gonflement, dents cassées) + signes douloureux exprimés et/ou comportementaux (mimique, agressivité, mâchonnement, refus de manger)	

- **0 ≤ Score ≤ 3 :** la bouche est considérée comme saine, l'état est à maintenir par des soins habituels
- **4 ≤ Score ≤ 7 :** la bouche est saine mais une surveillance est nécessaire
- **8 ≤ Score ≤ 11 : la bouche est dans un état préoccupant, des soins doivent être envisagés l'avis spécialisé du chirurgien-dentiste doit être proposé.**
- **12 ≤ Score ≤ 16 : la bouche est pathologique, des soins sont obligatoires, l'intervention du chirurgien-dentiste est nécessaire.**

Total /16

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°6 | Évaluations fragilités

11. Bilan social

Mode de vie

Seul(e) | En couple | Avec un membre de la famille | Autre

Lieu de vie

A domicile | MARPA | Foyer logement

EHPAD (précisez) :

Type de logement

Appartement | Maison | Autre (précisez) :

Escaliers | Ascenseur | Plain-pied

Aidant principal du/de la patient(e) :

Personne de confiance (si non désignée, proposition de désignation et information) : Oui | Non

Mutuelle (si non, indication à voir une assistante sociale) : Oui | Non

Assistante sociale :

Présence verte Oui | Non

Portage de repas à domicile Oui | Non

Aides à domicile :

- Nom de la structure :
- Tâches réalisées :
- Nombre d'heures/semaine :

Mesure de protection juridique :

Tutelle | Curatelle | Curatelle renforcée | Sauvegarde de justice

Gestionnaire de la protection juridique :

Prise en charge éthique

Directives anticipées (si cochée, où sont-elles conservées ?) :

Souhaitez-vous en réaliser ce jour? Oui | Non

Fiche urgence pallia (si cochée, où sont-elles conservées ?) :

Procédure LAT (si cochée, où sont-elles conservées ?) :

Fiche n°6 | Évaluations fragilités

12. Précarité socio-économique – EPICES

Cochez la case correspondante

1.	**Rencontrez-vous parfois un travailleur social** (assistante sociale, éducateur) **?**	○ Oui	○ Non
2.	**Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?**	○ Oui	○ Non
3.	**Vivez-vous en couple ?**	○ Oui	○ Non
4.	**Êtes-vous propriétaire de votre logement ?**	○ Oui	○ Non
5.	**Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins** (alimentation, loyer, EDF...) **?**	○ Oui	○ Non
6.	**Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?**	○ Oui	○ Non
7.	**Êtes-vous allé au spectacle** (cinéma, théâtre...) **au cours des 12 derniers mois ?**	○ Oui	○ Non
8.	**Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?**	○ Oui	○ Non
9.	**Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?**	○ Oui	○ Non
10.	**En cas de difficultés** (financières, familiales, de santé...)**, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?**	○ Oui	○ Non
11.	**En cas de difficultés** (financières, familiales, de santé ...)**, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle** (y compris un prêt) **?**	○ Oui	○ Non

Calcul du score

Questions	Oui	Non
1. **Rencontrez-vous parfois un travailleur social** (assistante sociale, éducateur) **?**	1	0
2. **Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?**	1	0
3. **Vivez-vous en couple ?**	0	1
4. **Êtes-vous propriétaire de votre logement ?**	0	1
5. **Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins** (alimentation, loyer, EDF...) **?**	0	1
6. **Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?**	0	1
7. **Êtes-vous allé au spectacle** (cinéma, théâtre...) **au cours des 12 derniers mois ?**	0	1
8. **Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?**	0	1
9. **Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?**	0	1
10. **En cas de difficultés** (financières, familiales, de santé...)**, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?**	0	1
11. **En cas de difficultés** (financières, familiales, de santé ...)**, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle** (y compris un prêt) **?**	0	1

≥ 4 réponses précaires /défaborables (codées 1) = situation de vulnérabilité sociale

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

13. Fardeau de l'aidant – Mini-Zarit

Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :

1.	Des difficultés dans votre vie familiale ?	◯ Jamais	◯ Parfois	◯ Souvent
2.	Des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs ou dans votre travail ?	◯ Jamais	◯ Parfois	◯ Souvent
3.	Un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?	◯ Jamais	◯ Parfois	◯ Souvent
4.	Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?	◯ Jamais	◯ Parfois	◯ Souvent
5.	Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?	◯ Jamais	◯ Parfois	◯ Souvent
6.	Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?	◯ Jamais	◯ Parfois	◯ Souvent
7.	Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?	◯ Jamais	◯ Parfois	◯ Souvent

Notation : *0 = jamais , ½ = parfois , 1 = souvent*

Interprétation :

Fiche n°7 | Qualité de vie - LEIPAD

Date de naissance __ __ / __ __ / __ __ __ __ **Sexe** ○ Masculin ○ Féminin

Statut marital ○ Jamais marié(e) ○ Marié(e) ou vivant en couple ○ Veuf (veuve) ○ Divorcé(e)

Niveau d'études

- ○ Ecole Primaire
- ○ Certificat d'Etude
- ○ Examen d'entrée en 6ème
- ○ BEPC/Brevet
- ○ CAP
- ○ Première partie de BAC
- ○ BAC
- ○ Diplôme autre que BAC ou Reconnaissance professionnelle
- ○ Études Supérieures
- ○ Diplômes obtenus pendant la vie professionnelle *(après le BAC ou niveau BAC)*

Nombre d'années d'études
(Totalisez le nombre d'années d'études depuis l'entrée en Ecole Primaire)

Occupation

- ○ Activité(s) rémunérée(s) (profession actuelle)
- ○ Retraité(e) et /ou travailleur(se) bénévole (dernière profession :)
- ○ Homme/Femme au foyer

Mode de cohabitation

- ○ Seul(e)
- ○ Avec d'autres personnes avec lesquelles vous avez des liens
- ○ Avec d'autres personnes dans les mêmes lieux mais sans autre lien
- ○ Dans une institution

Toutes ces questions font référence à votre situation actuelle
Ce questionnaire traite des aspects courants de votre vie quotidienne actuellement.
Merci de lire chaque question attentivement et de cocher la réponse la plus appropriée à votre situation

Par exemple, si on considère les questions suivantes : **"Etes-vous capable de marcher sans aide ?"**
Quand vous êtes capable de marcher sans aide, mais avec difficulté, alors cochez comme suit :

- ○ Pas capable du tout
- ○ Seulement avec l'aide de quelqu'un
- ○ Avec difficulté mais sans aide
- ○ Sans difficulté

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°7 | Qualité de vie - LEIPAD

Concernant les questions à choix multiples, vous ne devez cocher qu'une seule réponse !
Si vous avez un doute, merci de choisir la réponse la plus proche de votre situation actuelle.

Nous vous remercions de remplir seul(e) ce questionnaire et de ne pas sauter de questions !

1. **Comment qualifieriez-vous votre état de santé global ?**

○ Excellent ○ Bon ○ Pas très bon ○ Mauvais

2. **Êtes-vous capable de monter et de descendre les escaliers sans aide ?**

○ Sans difficulté ○ Avec difficulté ○ Seulement avec l'aide de quelqu'un ○ Pas capable du tout

3. **Êtes-vous capable de vous habiller entièrement seul(e) ?**

○ Sans difficulté ○ Avec difficulté ○ Seulement avec l'aide de quelqu'un ○ Pas capable du tout

4. **Êtes-vous capable de manger sans aide ?**

○ Sans difficulté ○ Avec difficulté ○ Seulement avec l'aide de quelqu'un ○ Pas capable du tout

5. **Êtes-vous capable de prendre un bain ou une douche sans aide ?**

○ Sans difficulté ○ Avec difficulté ○ Seulement avec l'aide de quelqu'un ○ Pas capable du tout

6. **Avez-vous des problèmes de sommeil ?**

○ Non, pas du tout ○ Oui, mineurs ○ Oui, modérés ○ Oui, très sévères

7. **Vous sentez-vous fatigué(e), sans énergie ?**

○ Jamais ○ Quelquefois ○ Assez souvent ○ Très souvent

8. **Avez-vous des difficultés à vous concentrer ?**

○ Jamais ○ Quelquefois ○ Assez souvent ○ Très souvent

9. **Êtes-vous capable d'effectuer vos tâches quotidiennes que ce soit chez vous, au travail, ou ailleurs ?**

○ Oui, complètement ○ En grande partie ○ Seulement quelques unes ○ Non, aucune

10. **Pouvez-vous faire vos courses seul(e) ?**

○ Sans difficulté ○ Avec difficulté ○ Seulement avec l'aide de quelqu'un ○ Pas capable du tout

11. **Pouvez-vous prendre les transports en commun ?**

○ Sans difficulté ○ Avec difficulté ○ Seulement avec l'aide de quelqu'un ○ Pas capable du tout

Fiche n°7 | Qualité de vie - LEIPAD

12. Vos problèmes de santé, si vous en avez, vous empêchent-ils de faire ce que vous voulez ?

◯ Pas du tout ◯ Un peu ◯ Assez ◯ Beaucoup

13. Vous arrive-t-il de ne pas pouvoir penser clairement ou d'être embrouillé(e) ?

◯ Très rarement ◯ Rarement ◯ Souvent ◯ Très souvent

14. Vos difficultés pour réfléchir, si vous en avez, vous empêchent-elles de faire ce que vous voulez ?

◯ Pas du tout ◯ Un peu ◯ Assez ◯ Beaucoup

15. Avez-vous une bonne mémoire ?

◯ Excellente ◯ Bonne ◯ Pas très bonne ◯ Mauvaise

16. Vos problèmes de mémoire, si vous en avez, vous empêchent-ils de faire ce que vous voulez ?

◯ Pas du tout ◯ Un peu ◯ Assez ◯ Beaucoup

17. Globalement, vous sentez-vous anxieux(se) ?

◯ Pas du tout anxieux(se) ◯ Un peu anxieux(se) ◯ Anxieux(se) ◯ Très anxieux(se)

18. Votre anxiété, si vous êtes anxieux(se), vous empêche-t-elle de faire ce que vous voulez ?

◯ Pas du tout ◯ Un peu ◯ Assez ◯ Beaucoup

19. Globalement, vous sentez-vous déprimé(e) ?

◯ Pas du tout déprimé(e) ◯ Un peu déprimé(e) ◯ Déprimé(e) ◯ Très déprimé(e)

20. Cette dépression, si vous êtes déprimé(e), vous empêche-t-elle de faire ce que vous voulez ?

◯ Pas du tout ◯ Un peu ◯ Assez ◯ Beaucoup

21. Êtes-vous satisfait(e) de vos contacts sociaux ou de vos relations avec les autres ?

◯ Très satisfait(e) ◯ Satisfait(e) ◯ Insatisfait(e) ◯ Très insatisfait(e)

22. Vous-sentez vous heureux(se) dans vos relations avec les autres personnes ?

◯ Beaucoup ◯ Assez ◯ Un peu ◯ Pas du tout

23. Avez-vous quelqu'un à qui parler de problèmes personnels quand vous le souhaitez ?

◯ Presque toujours ◯ Assez souvent ◯ Quelquefois ◯ Pas du tout

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°7 | Qualité de vie - LEIPAD

24. Êtes-vous intéressé(e) par la sexualité ?

◯ Beaucoup ◯ Assez ◯ Un peu ◯ Pas du tout

25. Avez-vous des relations sexuelles?

◯ Souvent ◯ Assez souvent ◯ Quelquefois ◯ Pas du tout

26. Êtes-vous satisfait(e) de la façon dont vous parvenez à organiser vos passe-temps ou vos loisirs ?

◯ Très satisfait(e) ◯ Satisfait(e) ◯ Insatisfait(e) ◯ Très insatisfait(e)

27. Êtes-vous satisfait(e) de votre situation financière ?

◯ Très satisfait(e) ◯ Satisfait(e) ◯ Insatisfait(e) ◯ Très insatisfait(e)

28. Avez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous permettre le niveau de vie dont vous auriez envie ?

◯ Pas du tout ◯ Un peu ◯ Beaucoup ◯ Vraiment beaucoup

29. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie actuelle, si vous la comparez au passé ?

◯ Très satisfait(e) ◯ Satisfait(e) ◯ Insatisfait(e) ◯ Très insatisfait(e)

30. Tout compte fait, comment voyez-vous les choses pour l'avenir ?

◯ Bien mieux ◯ Mieux ◯ Pire ◯ Bien pire

31. Votre idée de l'avenir vous empêche-elle de faire ou d'entreprendre ce que vous voulez ?

◯ Pas du tout ◯ Un peu ◯ Pas mal ◯ Beaucoup

Commentaires
Si vous avez des commentaires, positifs ou négatifs, sur ce questionnaire, merci de les écrire ci-dessous.

Fiche n°7 | Qualité de vie - LEIPAD

COTATION ET INTERPRÉTATION

Chaque dimension regroupe plusieurs items (notés sur une échelle allant de 1 à 4). Pour chaque item, un score total est calculé en additionnant les scores individuels des différentes dimensions composant l'échelle et en le transformant sur 100 en fonction du nombre d'items (0 à 100). Plus le score de la LEIPAD est élevé et plus la qualité de vie est faible.

Dimension physique

Perception par la personne âgée de son état de santé physique au moment de l'entretien

- Item 1 : état de santé globale (auto-évaluation)
- Item 6 : présence de problèmes de sommeil
- Item 7 : fatigue / perte d'énergie
- Item 9 : capacités à effectuer les tâches quotidiennes à la maison ou au travail
- Item 12 : présence de problèmes de santé et leur impact sur les activités

Score de 0 (situation positive) à 100 (situation négative)

Dimension soins de soi (autonomie)

Capacité à effectuer des activités quotidiennes sans aide des autres

- Item 2 : capacité à monter ou à descendre les escaliers sans aide
- Item 3 : capacité à s'habiller seul entièrement
- Item 4 : capacité à manger sans aide
- Item 5 : capacité à prendre un bain ou une douche sans aide
- Item 10 : capacité à faire ses courses seul
- Item 11 : capacité à prendre les transports en commun

Score de 0 (pas de dépendance) à 100 (dépendance totale)

Dimension dépression et anxiété

Examiner les sentiments subjectifs d'anxiété et les perceptions de se sentir déprimé

- Item 17 : niveau d'anxiété globale
- Item 18 : impact de l'anxiété sur les activités
- Item 19 : niveau de dépression globale
- Item 20 : impact du niveau de dépression sur les activités

Score de 0 (absence d'anxiété ou de dépression) à 100 (dépression ou anxiété extrême)

Dimension cognitive

Capacité de concentration, sentiment de confusion, problèmes de mémoire

- Item 8 : difficultés de concentration
- Item 13 : capacité à penser clairement
- Item 14 : impact des difficultés de réflexion sur les activités
- Item 15 : auto-évaluer sa mémoire
- Item 16 : impact des difficultés de mémoire sur les activités

Score de 0 (aucun problème) à 100 (forte présence de problèmes)

Dimension sociale

Niveau d'intégration sociale et de satisfaction des relations interpersonnelles

- Item 21 : niveau de satisfaction des relations sociales
- Item 22 : niveau de bonheur dans les relations aux autres
- Item 23 : présence d'une personne avec qui parler des problèmes personnels

Score de 0 (satisfaction élevée) à 100 (satisfaction basse)

Dimension sexuelle

- Item 24 : intérêt pour la sexualité
- Item 25 : présence de relations sexuelles

Score de 0 (intérêt présent) à 100 (intérêt absent)

Dimension satisfaction de vie

Satisfaction de la personne âgée quant à sa situation financière et à son standard de vie

- Item 26 : niveau de satisfaction de la gestion de l'organisation des loisirs/ des passe-temps
- Item 27 : niveau de satisfaction sur la situation financière
- Item 28 : impression de ne pas pouvoir se permettre le niveau de vie voulu
- Item 29 : niveau de satisfaction de la vie actuelle par rapport au passé
- Item 30 : vision de l'avenir
- Item 31 : impact de la vision de l'avenir sur les choses à entreprendre

Score de 0 (bonne satisfaction) à 100 (mauvaise satisfaction)

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°8 | Courrier de consultation- Parcours Insuffisance Cardiaque

ch Condat
Le patient au cœur de notre préoccupation...
Centre hospitalier & Ehpad

Nom : **Nom de naissance :** **Prénom :**

Date de naissance : / /

CENTRE HOSPITALIER
Adresse : .....
.....

Praticien Hospitalier :
Mme/Mr : .....
.....
Tel : .....

Cadre de santé :
Mme/Mr : .....
.....
Tel : .....

Infirmière coordinatrice de Parcours :
Mme/Mr : .....
.....
Tel : .....

Secrétariat :
Mme/Mr : .....
.....
Tel : .....

A l'attention du Dr (médecin traitant) :
Dr. : .....

À ..... le ..... /..... /.....

Courrier de consultation- Parcours Insuffisance Cardiaque

Chère Consœur, Cher Confrère,

Votre patient(e) Mme/Mr ..... a été vu(e) en consultation dans le cadre du parcours Insuffisance Cardiaque le ..... /..... /..... par l'IDE de parcours Mme/Mr ..... et le docteur .....

Fiche n°8 | Courrier de consultation- Parcours Insuffisance Cardiaque

Suivi spécialisé insuffisance cardiaque

Motif de la consultation :

Cardiopathie et FeVG :

Patient(e) suivi(e) télésurveillance : ○ Oui ○ Non

Si oui : ○ CardiAuvergne, CHU Clermont-Ferrand
○ Cardiologie, CH Aurillac

Antécédents médicaux, chirurgicaux et familiaux :

Allergie(s) :

Pathologies actives :

Histoire de la maladie :

Traitement habituel :

Examen clinique :

Signes fonctionnels :

Score NYHA :

Signes cliniques :

Nutrition :

ECG :

Score Risque cardio-vasculaire :

Spirométrie :

Dernière(s) consultation de cardiologie :

Dernier(s) bilan(s) biologique(s) :

Examen(s) complémentaire(s) d'imagerie :

Critères de mauvais pronostic :

- ○ Grand âge
- ○ Stade NYHA III et IV
- ○ FEVG très abaissée (< 30%)
- ○ Insuffisance ventriculaire droite
- ○ Hyponatrémie (Na < 135 mmol/l)
- ○ IR stade 4 (DFG < 30ml/min/1.73m²)
- ○ Anémie

Appel téléphonique ce jour :

Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires :

Carence martiale
(ferritinémie < 100 µg/L ou ferritinémie 100-299 µg/L et CST < 20%) ○ Oui ○ Non

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°8 | Courrier de consultation- Parcours Insuffisance Cardiaque

Prise en charge des comorbidités de l'insuffisance cardiaque :

	Positif	Négatif	À prévoir	Commentaire(s)
Dépistage SAS				
Dépistage BPCO par spirométrie				
Dépistage ostéoporose (différentiel de taille ≥ 4cm)				

CONCLUSION de la prise en charge globale de l'Insuffisance cardiaque

1.

2.

3.

Restant à votre disposition en cas de besoin.
Bien confraternellement,

Dr .....

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES :

Désignation de la personne de confiance :

Si oui : Nom Prénom Adresse Coordonnées (Lien avec le patient)

Document archivé dans le dossier médical

Fiche n°9

Auto-questionnaire patient(e)

ch Condat
Le patient au cœur de notre préoccupation...
Centre hospitalier & Ehpad

Nom : Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance : / /

1. Questionnaire EPICES

Cochez la case correspondante

1.	**Rencontrez-vous parfois un travailleur social** (assistante sociale, éducateur) **?**	○ Oui	○ Non
2.	**Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?**	○ Oui	○ Non
3.	**Vivez-vous en couple ?**	○ Oui	○ Non
4.	**Êtes-vous propriétaire de votre logement ?**	○ Oui	○ Non
5.	**Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins** (alimentation, loyer, EDF...) **?**	○ Oui	○ Non
6.	**Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?**	○ Oui	○ Non
7.	**Êtes-vous allé au spectacle** (cinéma, théâtre...) **au cours des 12 derniers mois ?**	○ Oui	○ Non
8.	**Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?**	○ Oui	○ Non
9.	**Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?**	○ Oui	○ Non
10.	**En cas de difficultés** (financières, familiales, de santé...)**, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?**	○ Oui	○ Non
11.	**En cas de difficultés** (financières, familiales, de santé ...)**, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle** (y compris un prêt) **?**	○ Oui	○ Non

2. Questionnaire Mini-Zarit

à compléter si vous êtes aidant principal d'une personne

Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :

1.	**Des difficultés dans votre vie familiale ?**	○ Jamais	○ Parfois	○ Souvent
2.	**Des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs ou dans votre travail ?**	○ Jamais	○ Parfois	○ Souvent
3.	**Un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?**	○ Jamais	○ Parfois	○ Souvent
4.	**Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?**	○ Jamais	○ Parfois	○ Souvent
5.	**Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?**	○ Jamais	○ Parfois	○ Souvent
6.	**Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?**	○ Jamais	○ Parfois	○ Souvent
7.	**Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?**	○ Jamais	○ Parfois	○ Souvent

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°9 | Auto-questionnaire patient(e)

3. Qualité de vie *(questionnaire LEIPAD)*

Ce questionnaire traite des aspects courants de votre vie quotidienne actuellement.
Merci de lire chaque question attentivement et de cocher la réponse la plus appropriée à votre situation

Par exemple, si on considère les questions suivantes : **"Etes-vous capable de marcher sans aide ?"**
Quand vous êtes capable de marcher sans aide, mais avec difficulté, alors cochez comme suit :

- ○ Pas capable du tout
- ○ Seulement avec l'aide de quelqu'un
- ☒ Avec difficulté mais sans aide
- ○ Sans difficulté

Attention ! Concernant les questions à choix multiples, vous ne devez cocher qu'une seule réponse !
Si vous avez un doute, merci de choisir la réponse la plus proche de votre situation actuelle.

Nous vous remercions de remplir seul(e) ce questionnaire et de ne pas sauter de questions !

1. **Comment qualifieriez-vous votre état de santé global ?**
   ○ Excellent ○ Bon ○ Pas très bon ○ Mauvais

2. **Êtes-vous capable de monter et de descendre les escaliers sans aide ?**
   ○ Sans difficulté ○ Avec difficulté ○ Seulement avec l'aide de quelqu'un ○ Pas capable du tout

3. **Êtes-vous capable de vous habiller entièrement seul(e) ?**
   ○ Sans difficulté ○ Avec difficulté ○ Seulement avec l'aide de quelqu'un ○ Pas capable du tout

4. **Êtes-vous capable de manger sans aide ?**
   ○ Sans difficulté ○ Avec difficulté ○ Seulement avec l'aide de quelqu'un ○ Pas capable du tout

5. **Êtes-vous capable de prendre un bain ou une douche sans aide ?**
   ○ Sans difficulté ○ Avec difficulté ○ Seulement avec l'aide de quelqu'un ○ Pas capable du tout

6. **Avez-vous des problèmes de sommeil ?**
   ○ Non, pas du tout ○ Oui, mineurs ○ Oui, modérés ○ Oui, très sévères

7. **Vous sentez-vous fatigué(e), sans énergie ?**
   ○ Jamais ○ Quelquefois ○ Assez souvent ○ Très souvent

8. **Avez-vous des difficultés à vous concentrer ?**
   ○ Jamais ○ Quelquefois ○ Assez souvent ○ Très souvent

9. **Êtes-vous capable d'effectuer vos tâches quotidiennes que ce soit chez vous, au travail, ou ailleurs ?**
   ○ Oui, complètement ○ En grande partie ○ Seulement quelques unes ○ Non, aucune

Fiche n°9 | Auto-questionnaire patient(e)

10. Pouvez-vous faire vos courses seul(e) ?

- ◯ Sans difficulté
- ◯ Avec difficulté
- ◯ Seulement avec l'aide de quelqu'un
- ◯ Pas capable du tout

11. Pouvez-vous prendre les transports en commun ?

- ◯ Sans difficulté
- ◯ Avec difficulté
- ◯ Seulement avec l'aide de quelqu'un
- ◯ Pas capable du tout

12. Vos problèmes de santé, si vous en avez, vous empêchent-ils de faire ce que vous voulez ?

- ◯ Pas du tout
- ◯ Un peu
- ◯ Assez
- ◯ Beaucoup

13. Vous arrive-t-il de ne pas pouvoir penser clairement ou d'être embrouillé(e) ?

- ◯ Très rarement
- ◯ Rarement
- ◯ Souvent
- ◯ Très souvent

14. Vos difficultés pour réfléchir, si vous en avez, vous empêchent-elles de faire ce que vous voulez ?

- ◯ Pas du tout
- ◯ Un peu
- ◯ Assez
- ◯ Beaucoup

15. Avez-vous une bonne mémoire ?

- ◯ Excellente
- ◯ Bonne
- ◯ Pas très bonne
- ◯ Mauvaise

16. Vos problèmes de mémoire, si vous en avez, vous empêchent-ils de faire ce que vous voulez ?

- ◯ Pas du tout
- ◯ Un peu
- ◯ Assez
- ◯ Beaucoup

17. Globalement, vous sentez-vous anxieux(se) ?

- ◯ Pas du tout anxieux(se)
- ◯ Un peu anxieux(se)
- ◯ Anxieux(se)
- ◯ Très anxieux(se)

18. Votre anxiété, si vous êtes anxieux(se), vous empêche-t-elle de faire ce que vous voulez ?

- ◯ Pas du tout
- ◯ Un peu
- ◯ Assez
- ◯ Beaucoup

19. Globalement, vous sentez-vous déprimé(e) ?

- ◯ Pas du tout déprimé(e)
- ◯ Un peu déprimé(e)
- ◯ Déprimé(e)
- ◯ Très déprimé(e)

20. Cette dépression, si vous êtes déprimé(e), vous empêche-t-elle de faire ce que vous voulez ?

- ◯ Pas du tout
- ◯ Un peu
- ◯ Assez
- ◯ Beaucoup

21. Êtes-vous satisfait(e) de vos contacts sociaux ou de vos relations avec les autres ?

- ◯ Très satisfait(e)
- ◯ Satisfait(e)
- ◯ Insatisfait(e)
- ◯ Très insatisfait(e)

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°9 | Auto-questionnaire patient(e)

22. Vous-sentez vous heureux(se) dans vos relations avec les autres personnes ?

◯ Beaucoup ◯ Assez ◯ Un peu ◯ Pas du tout

23. Avez-vous quelqu'un à qui parler de problèmes personnels quand vous le souhaitez ?

◯ Presque toujours ◯ Assez souvent ◯ Quelquefois ◯ Pas du tout

24. Êtes-vous intéressé(e) par la sexualité ?

◯ Beaucoup ◯ Assez ◯ Un peu ◯ Pas du tout

25. Avez-vous des relations sexuelles?

◯ Souvent ◯ Assez souvent ◯ Quelquefois ◯ Pas du tout

26. Êtes-vous satisfait(e) de la façon dont vous parvenez à organiser vos passe-temps ou vos loisirs ?

◯ Très satisfait(e) ◯ Satisfait(e) ◯ Insatisfait(e) ◯ Très insatisfait(e)

27. Êtes-vous satisfait(e) de votre situation financière ?

◯ Très satisfait(e) ◯ Satisfait(e) ◯ Insatisfait(e) ◯ Très insatisfait(e)

28. Avez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous permettre le niveau de vie dont vous auriez envie ?

◯ Pas du tout ◯ Un peu ◯ Beaucoup ◯ Vraiment beaucoup

29. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie actuelle, si vous la comparez au passé ?

◯ Très satisfait(e) ◯ Satisfait(e) ◯ Insatisfait(e) ◯ Très insatisfait(e)

30. Tout compte fait, comment voyez-vous les choses pour l'avenir ?

◯ Bien mieux ◯ Mieux ◯ Pire ◯ Bien pire

31. Votre idée de l'avenir vous empêche-elle de faire ou d'entreprendre ce que vous voulez ?

◯ Pas du tout ◯ Un peu ◯ Pas mal ◯ Beaucoup

32. Vous avez rempli ce questionnaire :

◯ Entièrement seul(e) ◯ Avec l'aide de quelqu'un

Fiche n°9 | Auto-questionnaire patient(e)

Pouvez-vous nous indiquer si les événements suivants ont perturbé ou non votre vie au cours des 12 derniers mois ?

Survenue d'une maladie	Oui	Non
Mauvaise santé	Oui	Non
S'occuper d'un proche au quotidien	Oui	Non
Problème(s) dans la vie de couple	Oui	Non
Avoir été affecté par un décès	Oui	Non
Maladie sérieuse d'un proche	Oui	Non
Problème(s) concernant les enfants	Oui	Non
Problème(s) dans vos relations avec des amis ou des proches	Oui	Non
Départ à la retraite ou problème(s) au travail	Oui	Non
Déménagement	Oui	Non
Un environnement qui ne vous satisfait pas	Oui	Non
Revenus modestes	Oui	Non
Souci(s) financier(s)	Oui	Non
Autre(s)	Oui	Non

Si oui, merci de préciser :

Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

Conduisez-vous une voiture ? Oui Non

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°9 | Auto-questionnaire patient(e)

3. Mesure de l'état de santé psychologique *(questionnaire PHQ-9)*

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?

→ Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

→ Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

→ Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

→ Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

→ Peu d'appétit ou trop manger

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

→ Mauvaise perception de vous-même, ou vous pensez que vous êtes un(e) perdant(e) ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

→ Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

Fiche n°9 | Auto-questionnaire patient(e)

→ Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire, vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

→ Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
☐	☐	☐	☐

4. Dépistage syndrome d'apnée du sommeil *(échelle de somnolence d'Epworth)*

Quel risque avez-vous de vous assoupir ou de vous endormir dans les situations suivantes, sans considérer les moments où vous vous sentez fatigué(e) ? Ces questions s'appliquent à vos habitudes de vie actuelles, dans des conditions habituelles. Si vous n'avez pas effectué récemment certaines activités, essayez d'imaginer comment vous auriez réagi. Utilisez l'échelles ci-dessous en choisissant le chiffre le plus approprié pour chaque situation.

- 0 : aucun risque de m'assoupir ou de m'endormir
- 1 : faible risque de m'assoupir ou de m'endormir
- 2 : risque modéré de m'assoupir ou de m'endormir
- 3 : risque élevé de m'assoupir ou de m'endormir

Situations	Scores			
	0	1	2	3
Lire en position assise	☐	☐	☐	☐
Regarder la télévision	☐	☐	☐	☐
Être assis(e) inactif(ve) dans un lieu public (théâtre, réunion par exemple)	☐	☐	☐	☐
Être assis(e) en tant que passager(ère) dans un véhicule pour une période d'une heure sans arrêt	☐	☐	☐	☐
Être étendu(e) l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	☐	☐	☐	☐
Être assis(e) en parlant avec quelqu'un	☐	☐	☐	☐
Être assis(e) tranquille après un repas sans boisson alcoolique	☐	☐	☐	☐
Dans une voiture arrêtée quelques minutes à un feu de circulation ou dans la circulation	☐	☐	☐	☐

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°9 | Auto-questionnaire patient(e)

5. Dépistage des troubles auditifs

1.	Vous sentez-vous mal à l'aise à cause d'un problème d'audition, lorsque vous rencontrez de nouvelles personnes ?	◯ Oui ◯ Parfois	◯ Non
2.	Vous sentez-vous frustré(e) par un problème d'audition lorsque vous parlez aux membres de votre famille ?	◯ Oui ◯ Parfois	◯ Non
3.	Avez-vous des difficultés pour entendre quand quelqu'un parle à voix basse ?	◯ Oui ◯ Parfois	◯ Non
4.	Vous sentez-vous handicapé(e) par un problème d'audition ?	◯ Oui ◯ Parfois	◯ Non
5.	Est-ce qu'un problème d'audition vous met en difficulté lorsque vous rendez visite à des amis, parents ou voisins ?	◯ Oui ◯ Parfois	◯ Non
6.	Assistez-vous moins souvent que vous voudriez à certains évènements (Spectacles, concerts, cérémonies religieuses) à cause d'un problème d'audition ?	◯ Oui ◯ Parfois	◯ Non
7.	Est-ce qu'un problème d'audition est à l'origine de disputes avec les membres de votre famille ?	◯ Oui ◯ Parfois	◯ Non
8.	Est-ce qu'un problème d'audition vous met en difficulté pour écouter la TV ou la radio ?	◯ Oui ◯ Parfois	◯ Non
9.	Avez-vous l'impression qu'une quelconque difficulté d'audition limite ou gène votre vie personnelle ou sociale ?	◯ Oui ◯ Parfois	◯ Non
10.	Est-ce qu'un problème d'audition vous met en difficulté lorsque vous êtes au restaurant avec des parents ou des amis ?	◯ Oui ◯ Parfois	◯ Non

Fiche n°10 | Plan personnalisé de santé - Procédure de remplissage

ch Condat
Le patient au cœur de notre préoccupation...
Centre hospitalier & Ehpad

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

Plan personnalisé de santé en date du : / /

Professionnel(le)s intervenant auprès du patient

Prénom, Nom	Profession	Coordonnées (téléphone, adresse)

Synthèse de la prise en charge globale volet 1 :

PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Items de la prise en charge *(Tests et seuils pathologiques)*	Date	Pathologique/ Non à jour	Normal/ A jour	A prévoir	Notes Conduite à tenir
Consultation de suivi cardiologue	Date de la dernière consultation de cardiologie	Cocher si date consultation ≥ X ans selon indication	Cocher si date < X ans selon indication	Cocher si la consultation est à programmer	Notes sur les résultats de la consultation et la conduite à tenir ou sur la programmation
Optimisation du traitement médical	Date de réalisation	Cocher si traitement non optimisé	Cocher si traitement optimisé	Cocher si à programmer	Notes précisant les étapes de l'optimisation
Facteurs de risque cardiovasculaires *(HTA, dyslipidémie, diabète, obésité, tabagisme, inactivité physique, sédentarité)*	Date de réalisation	Cocher si présence d'au moins un facteur de risque	Cocher si absence de facteur de risque	Cocher si évaluation à programmer	Notes sur les facteurs identifiés et la conduite à tenir initiée ou poursuivie
Calcul score de risque cardiovasculaire *(score2, score2-OP, score2-Diabète, score de risque SMART)*	Date de réalisation	Cocher si risque modéré ou élevé	Cocher si risque mineur	Cocher si à programmer	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Consommation d'alcool *(Questionnaire FACE – usage à risque ou nocif Fe 4 ≤ FACE ≤ 8 et He 5 ≤ FACE ≤ 8 et dépendance > 8)*	Date de réalisation	Cocher si test positif	Cocher si test négatif	Cocher si réalisation à programmer	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Suivi biologique Na+ K+ Créatininémie et DFG - NTproBNP NFS Plaquettes Acide urique	Dates de réalisation de l'année en cours	Cocher si dernier dosage ≥ X mois selon indication	Cocher si dernier dosage ≥ X mois selon indication	Cocher si programmé	Notes sur les derniers résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Vaccin DTP-Coqueluche	Date de réalisation	Cocher si dernier rappel ≥ 10 ou 20 ans	Cocher si dernier rappel < 10 ou 20 ans	Cocher si programmé	Notes sur le vaccin prescrit et le protocole suivi
Vaccin antipneumococcique	Date de réalisation	Cocher si dernier rappel ≥ 5 ans	Cocher si dernier rappel < 5 ans	Cocher si programmé	Notes sur le vaccin prescrit et le protocole suivi

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°10 | Plan personnalisé de santé - Procédure de remplissage

PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Items de la prise en charge *(Tests et seuils pathologiques)*	Date	Pathologique/ Non à jour	Normal/ A jour	A prévoir	Notes Conduite à tenir
Vaccin antigrippal	Date de réalisation	Cocher si dernier rappel ≥ 1 an	Cocher si dernier rappel < 1 an	Cocher si programmé	Notes sur le vaccin prescrit
Vaccin COVID 19	Date de réalisation	Cocher si dernier rappel ≥ 1 an	Cocher si dernier rappel < 1 an	Cocher si programmé	Notes sur le vaccin prescrit
Indication à la télésurveillance	Date de réalisation	Cocher si pas d'indication	Cocher si indication	Cocher si programmé	Notes sur la décision prise
Qualité de vie (Questionnaire LEIPAD)	Date de réalisation	Cocher si au moins 1 dimension de la qualité de vie est pathologique	Cocher si aucune des dimensions de la qualité de vie n'est pathologique	Cocher si l'évaluation est programmée	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir

Synthèse de la prise en charge globale volet 2 :

PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITÉS

Comorbidités *(Tests et seuils pathologiques)*	Date	Pathologique/ Non à jour	Normal/ A jour	A prévoir	Notes Conduite à tenir
Dépistage BPCO *(Spirométrie)*	Date de réalisation	Cocher si spirométrie pathologique	Cocher si spirométrie normale	Cocher si examen programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Dépistage du SAS *(Questionnaire d'Epworth > 8)*	Date de réalisation	Cocher si test positif	Cocher si test négatif	Cocher si examen programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Dépistage ostéoporose *(Différentiel taille ≥ 4cm)*	Date de réalisation	Cocher si pathologique	Cocher si normal	Cocher si examen programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Carence martiale *Ferritinémie < 100ng/ml Ou Ferritinémie 100-299 ng/ml et CST < 20%*	Date de réalisation	Cocher si dernier dosage ≥ X mois selon indication	Cocher si dernier dosage < X mois selon indication	Cocher si programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir

Synthèse de la prise en charge globale volet 3 :

REPÉRAGE DES FRAGILITÉS

Fragilités *(Tests et seuils pathologiques)*	Date	Pathologique/ Non à jour	Normal/ A jour	A prévoir	Notes Conduite à tenir
Repérage de la dénutrition et évaluation de la sévérité	Date de réalisation	Cocher si dénutrition diagnostiquée	Cocher si absence de dénutrition	Cocher si programmé	○ Dénutrition protéique modérée ○ Dénutrition protéique sévère Notes sur conduite à tenir
IMC	Date de réalisation	Cocher si IMC < borne inférieure selon l'âge et > 25 kg/m²	Cocher si IMC normal	Cocher si programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Perte de poids	Date de réalisation	Cocher si perte de poids	Cocher si poids stable	Cocher si programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir

Fiche n°10

Plan personnalisé de santé - Procédure de remplissage

REPÉRAGE DES FRAGILITÉS

Fragilités *(Tests et seuils pathologiques)*	Date	Pathologique/ Non à jour	Normal/ A jour	A prévoir	Notes Conduite à tenir
Force de préhension *(Fe < 16kg ; He < 27kg)*	Date de réalisation	Cocher si pathologique	Cocher si normale	Cocher si programmé	○ Sarcopénie probable ○ Sarcopénie confirmée ○ Sévérité élevée Notes sur conduite à tenir
Lever de chaise *(5 levers > 14 s)*	Date de réalisation	Cocher si pathologique	Cocher si normale	Cocher si programmé	
Impédancemétrie *(Indice de masse maigre Fe <15kg/m² ; He <17 kg/m²)*	Date de réalisation	Cocher si pathologique	Cocher si normale	Cocher si programmé	
Vitesse de marche *(4 m > 5s)*	Date de réalisation	Cocher si pathologique	Cocher si normale	Cocher si programmé	
Suivi nutritionnel biologique *Pré albuminémie, albuminémie, magnésémie, calcémie et calcémie corrigée, phosphorémie Vitamine B9 B12 D Glycémie à jeun*	Dates de réalisation de l'année en cours	Cocher si dernier dosage ≥ X mois selon indication	Cocher si dernier dosage < X mois selon indication	Cocher si programmé	Notes sur les derniers résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Chute *(chute au cours des 12 derniers mois)*	Date de réalisation	Cocher si pathologique	Cocher si normale	Cocher si programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Dépistage Hypotension orthostatique*	Date de réalisation	Cocher si pathologique	Cocher si normale	Cocher si programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Autonomie *(ADL, IADL)*	Date de réalisation	Cocher si pathologique	Cocher si normale	Cocher si programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Observance thérapeutique *(Questionnaire de Girerd score ≥ 3)*	Date de réalisation	Cocher si test positif	Cocher si test négatif	Cocher si programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Iatrogénie médicamenteuse	Date de réalisation	Cocher si iatrogénie	Cocher si pas de iatrogénie	Cocher si programmé	Noter les interactions identifiées et la conduite à tenir
Précarité socioéconomique *Score EPICES (> 30)*	Date de réalisation	Cocher si pathologique	Cocher si normale	Cocher si programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Santé mentale *(Questionnaire PHQ-9)*	Date de réalisation	Cocher si pathologique	Cocher si normale	Cocher si programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Troubles cognitifs *(CODEX)*	Date de réalisation	Cocher si pathologique	Cocher si normale	Cocher si programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Recherche d'une atteinte ophtalmologique et d'un suivi *(Questionnaire)*	Date de réalisation	Cocher si dernier suivi date ≥ 1 an	Cocher si dernier suivi < 1 an	Cocher si programmé	Notes pour la conduite à tenir
Évaluation de l'audition *(Questionnaire + HHIE-8 si plainte)*	Date de réalisation	Cocher si pathologique	Cocher si normale	Cocher si programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Suivi bucco-dentaire *(OHAT)*	Date de réalisation	Cocher si pathologique	Cocher si normale	Cocher si programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir
Fardeau de l'aidant *(Mini-Zarit)*	Date de réalisation	Cocher si pathologique	Cocher si normale	Cocher si programmé	Notes sur les résultats, l'interprétation et la conduite à tenir

*une réduction de la pression artérielle systolique d'au moins 20 mmHg ou une réduction de la pression artérielle diastolique d'au moins 10 mmHg dans les 3 minutes après le passage de la position couchée à debout.

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°11 | Plan personnalisé de santé vierge

ch Condat
Le patient au cœur de notre préoccupation...
Centre hospitalier & Ehpad

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

Plan personnalisé de santé en date du : / /

Professionnel(le)s intervenant auprès du patient

Prénom, Nom	Profession	Coordonnées (téléphone, adresse)

Synthèse de la prise en charge globale volet 1 :

PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE					
Items de la prise en charge *(Tests et seuils pathologiques)*	**Date**	**Pathologique/ Non à jour**	**Normal/ A jour**	**A prévoir**	**Notes Conduite à tenir**
Consultation de suivi cardiologue					
Optimisation du traitement médical					
Facteurs de risque cardiovasculaires *(HTA, dyslipidémie, diabète, obésité, tabagisme, inactivité physique, sédentarité)*					
Calcul score de risque cardiovasculaire *(score2, score2-OP, score2-Diabète, score de risque SMART)*					
Consommation d'alcool *(Questionnaire FACE – usage à risque ou nocif Fe 4 ≤ FACE ≤ 8 et He 5 ≤ FACE ≤ 8 et dépendance > 8)*					
Suivi biologique Na+ K+ Créatininémie et DFG - NTproBNP NFS Plaquettes Acide urique					
Vaccin DTP-Coqueluche					
Vaccin antipneumococcique					

Fiche n°11 | Plan personnalisé de santé vierge

PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Items de la prise en charge *(Tests et seuils pathologiques)*	Date	Pathologique/ Non à jour	Normal/ A jour	A prévoir	Notes Conduite à tenir
Vaccin antigrippal					
Vaccin COVID 19					
Indication à la télésurveillance					
Qualité de vie (Questionnaire LEIPAD)					

Synthèse de la prise en charge globale volet 2 :

PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITÉS

Comorbidités *(Tests et seuils pathologiques)*	Date	Pathologique/ Non à jour	Normal/ A jour	A prévoir	Notes Conduite à tenir
Dépistage BPCO *(Spirométrie)*					
Dépistage du SAS *(Questionnaire d'Epworth > 8)*					
Dépistage ostéoporose *(Différentiel taille ≥ 4cm)*					
Carence martiale *Ferritinémie < 100ng/ml Ou Ferritinémie 100-299 ng/ml et CST < 20%*					

Synthèse de la prise en charge globale volet 3 :

REPÉRAGE DES FRAGILITÉS

Fragilités *(Tests et seuils pathologiques)*	Date	Pathologique/ Non à jour	Normal/ A jour	A prévoir	Notes Conduite à tenir
Repérage de la dénutrition et évaluation de la sévérité					
IMC					
Perte de poids					

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°11 | Plan personnalisé de santé vierge

REPÉRAGE DES FRAGILITÉS

Fragilités *(Tests et seuils pathologiques)*	Date	Pathologique/ Non à jour	Normal/ A jour	A prévoir	Notes Conduite à tenir
Force de préhension *(Fe < 16kg ; He < 27kg)*					
Lever de chaise *(5 levers > 14 s)*					
Impédancemétrie *(Indice de masse maigre Fe <15kg/m² ; He <17 kg/m²)*					
Vitesse de marche *(4 m > 5s)*					
Suivi nutritionnel biologique *Pré albuminémie, albuminémie, magnésémie, calcémie et calcémie corrigée, phosphorémie Vitamine B9 B12 D Glycémie à jeun*					
Chute *(chute au cours des 12 derniers mois)*					
Dépistage Hypotension orthostatique*					
Autonomie *(ADL, IADL)*					
Observance thérapeutique *(Questionnaire de Girerd score ≥ 3)*					
Iatrogénie médicamenteuse					
Précarité socioéconomique *Score EPICES (> 30)*					
Santé mentale *(Questionnaire PHQ-9)*					
Troubles cognitifs *(CODEX)*					
Recherche d'une atteinte ophtalmologique et d'un suivi *(Questionnaire)*					
Évaluation de l'audition *(Questionnaire + HHIE-8 si plainte)*					
Suivi bucco-dentaire *(OHAT)*					
Fardeau de l'aidant *(Mini-Zarit)*					

*une réduction de la pression artérielle systolique d'au moins 20 mmHg ou une réduction de la pression artérielle diastolique d'au moins 10 mmHg dans les 3 minutes après le passage de la position couchée à debout.

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°12 | Plan personnalisé de santé

Hôpital Émile-Roux AP-HP

1. Patient de ____ ans avec IC à FEVG : ○ Réduite ○ Préservée

Mode de décompensation :

Facteurs déclenchants :

Traitement :

- **Diurétiques :**
  Modification à prévoir à la sortie noter les derniers : PA ; FC ; Poids
- **Traitement de fond :** Modification à prévoir
  - Bétabloquants
  - IEC/Sacubitril/valsartan/ARA2
  - Inh SGLT2
  - Antialdosterone

Surveillance :

- **Clinique : EPOF (fréquence) ;**
- **Biologie**
- **PA (fréquence) :**
  derniers chiffres :
  - NT-proBNP
  - Créatinine
  - K+

Suivi :

PRADO :
- Médecin traitant :
- Cardiologue :

Consultation de titration :

HDJ Diag :

2. Autres pathologies – Fragilités

Dénutrition – Sarcopénie (modérée / sévère)

- **CNO : Surveillance : Ingesta / poids**

Rééducation – Réadaptation

- **Suivi d'un programme de réadaptation :**
  - HDJ SSR
  - Kiné à domicile (ordonnance kiné spécifique)

3. Social

APA : ○ Oui ○ Non

Aménagements du domicile :
préciser lesquels

Aides mises en place et leurs coordonnées

- **IDE :**
- **Société d'aides :**
- **Kiné :**

4. Ensemble des rendez-vous pris

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°13

Compte-rendu d'intervention
Equipe Mobile de l'Insuffisance Cardiaque

ÉTABLISSEMENT :
Adresse : .....
.....
Tel : .....

ÉQUIPE MÉDICALE :

Chef de Service :
Mme/Mr : .....
.....
RPPS : .....

Praticiens Hospitaliers :
Mme/Mr : .....
.....
RPPS : .....
Mme/Mr : .....
.....
RPPS : .....

Assistants en cardiologie :
Mme/Mr : .....
.....
RPPS : .....
Mme/Mr : .....
.....
RPPS : .....

ÉQUIPE D'INFIRMIERS SPÉCIALISÉS :

Mme/Mr : .....
.....
RPPS : .....

Mme/Mr : .....
.....
RPPS : .....

Mme/Mr : .....
.....
RPPS : .....

CADRE DE SANTÉ :
Mme/Mr : .....
.....
Tel : .....

Compte-rendu d'intervention
Equipe Mobile de l'Insuffisance Cardiaque

À ..... le ..... /..... /.....
Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : ..... /..... /.....

Suite à la visite à domicile concernant le patient ci-dessus, veuillez trouver le compte rendu de la prise en charge.

Motif de la visite :
.....
.....
Examen clinique :
.....
.....
Biologie :
.....
.....
Traitement habituel :
.....
.....
Prise en charge proposée :
.....
.....

Nous restons à votre disposition pour des renseignements complémentaires,

Cordialement,

Nom : .....
Prénom : .....
Fonction : .....

Fiche n°14

Cahier des charges
Équipe mobile de l'insuffisance cardiaque

Source des images : Freepik©

CAHIER DES CHARGES

ÉQUIPE MOBILE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

ÉQUIPE ET FILIÈRE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE DES ALPES DU SUD

Élaboré par :

Équipe et Filière de l'Insuffisance Cardiaque EFICAS Alpes du Sud

CENTRE HOSPITALIER Intercommunal des Alpes du Sud Gap - Sisteron

Groupement Hospitalier de Territoire Alpes du Sud
Gap-Sisteron · Briançon · Laragne · Embrun · Aiguilles · Barcelonnette

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°14

Cahier des charges
Équipe mobile de l'insuffisance cardiaque

→ Sommaire

I. **Le contexte** 3
A. **Contexte démographique et territorial**
B. **IC, un enjeu de santé publique**
1. Les recommandations
II. **Cahier des charges de l'équipe Mobile de l'IC** 4
A. **Présentation**
1. Définition
2. Objectifs
3. Rôle complémentaire
4. Missions
5. Champs et limites de l'intervention
B. **Intervention** 7
1. Origine de la demande
2. Délai de réponse
3. Modalités d'intervention
4. Territoire et lieu d'intervention
C. **Positionnement** 8
1. Structure porteuse
2. Liens avec les intervenants du territoire
3. Communication
D. **Composition et organisation** 8
1. Moyens humains
2. Moyens matériels
3. Horaires
E. **Financement** 9
F. **Évaluation** 10

Fiche n°14

Cahier des charges
Équipe mobile de l'insuffisance cardiaque

I. CONTEXTE

A. Contexte démographique et territorial du GHT des Alpes du Sud

La crise démographique qui touche le secteur de la cardiologie du point de vue national touche encore plus les zones rurales et isolées, telles que le département des Hautes Alpes et ses alentours.

Nous nous situons au sein du groupement hospitalier de territoire des alpes du sud. Ce GHT comprend **6 centres hospitaliers : Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud à Gap et Sisteron** (établissement support du GHT des Alpes du Sud), **Centres hospitaliers de Briançon, Embrun, Barcelonnette, Laragne et Aiguilles,** répartis sur une zone géographique d'environ 7 000 km² pour 160 000 habitants.

La spécificité de ce territoire tient à son caractère rural et très montagneux. Les routes sont sinueuses, étroites et difficiles à pratiquer durant la saison hivernale. Cette situation crée des zones peu denses, certes, mais étendues et très enclavées. Il faut pour certains patients **plus de 1h30 de route pour accéder au cabinet de cardiologie le plus proche.** Le site de **Gap comporte l'unique service de cardiologie du GHT** et la totalité des cardiologues, tant hospitaliers que libéraux, se trouvent à Gap ou ses proches alentours, laissant le reste du territoire dépourvu de spécialistes en cardiologie.

La démographie médicale est extrêmement fragile dans cette région qui voit sa population de cardiologue partir en retraite sans être remplacée. **Le délai moyen d'attente pour un rendez-vous dépasse actuellement 6 mois** beaucoup de patients qui entrent dans la maladie cardiaque n'arrivent pas à obtenir de rendez-vous.

B. IC, un enjeu de santé publique

Il y a environ **10 000 personnes présentant une insuffisance cardiaque** sur le territoire du GHT, avec une pyramide des âges défavorable et la perspective d'une **augmentation de plus de 25 %** de la prévalence de cette pathologie **dans les 4 ans à venir.**

1. Les recommandations :

→ **Un livre blanc** a été publié par le groupe d'expert sur l'insuffisance cardiaque, de la société française de cardiologie, en septembre 2021. L'état des lieux montre que la population gériatrique représente la grande majorité des patients insuffisants cardiaques évoqués dans ce document.

Il met en exergue quatre principaux défis à relever et apporte des propositions concrètes :

- **1ère recommandation : Lutter contre l'errance diagnostique.**
- **2ème recommandation : Optimiser la prise en charge** de nos patients avec la **création d'une filière de soins identifiée et visible** sur tout le territoire.
- **3ème recommandation :** Il faut développer une **prise en charge coordonnée multidisciplinaire et multi-professionnelle** du patient insuffisant cardiaque afin de permettre une meilleure prise en charge (traitement, télésurveillance, réadaptation…) adaptée à leur atteinte cardiaque et à leurs comorbidités. Le **développement de nouveaux métiers paramédicaux** est essentiel pour y parvenir avec la création d'infirmière spécialisée en insuffisance cardiaque (ISPIC) sous le statut d'infirmières de protocole de coopération ou infirmières en pratique avancée (IPA).

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

- **4ème recommandation : Proposer une alternative à l'hospitalisation** conventionnelle aiguë.
  - De nouveaux modes d'hospitalisation **ambulatoire** ou d'**hospitalisation à domicile** (HAD) sont à inventer, avec idéalement la création d'équipes mobiles.
  - En associant ces nouveaux modes d'hospitalisation à la **télésurveillance**, à la télé-consultation, à la **coordination par les infirmières ISPICS**, et aux **interventions à domicile**, nous pourrons renforcer l'offre de soins.

Réf : https://fr.calameo.com/read/0068457443332399 1b47d?authid=rtxZ1MUfahdP

→ **Le plan d'action pluriannuelle de l'IRAPS PACA** (instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins) pour la période de 2022 à 2026, a inscrit comme parcours de soins prioritaire la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, considérant, entre autres le vieillissement de la population, la carence en cardiologues, et les nombreux points de ruptures dans le parcours des patients (en particulier gériatriques).

Réf : https://www.paca.ars.sante.fr/media/91657

II. CAHIER DES CHARGES DE L'ÉQUIPE MOBILE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE EMIC

A. Présentation

1. Définition

Notre **plate-forme dédiée à l'insuffisance cardiaque**, sous l'acronyme **EFICAS** (équipe et filière de l'insuffisance cardiaque des Alpes du Sud) a été développé au sein du service de cardiologie du Centre hospitalier des Alpes du Sud (CHICAS). Cette structure est **centrée sur la télésurveillance** de l'insuffisance cardiaque, en lien avec le service de cardiologie, un hôpital de jour, et la mise en place d'un protocole de coopération permettant notamment de **favoriser la titration et l'optimisation des traitements.**

Compte tenu des problématiques régionales évoquées ci-dessus, sur une population vieillissante, avec nécessité de favoriser le maintien au domicile, nous avons souhaité développer en lien avec l'équipe mobile de gériatrie, une capacité d'intervention au domicile.

C'est ainsi que nous avons pu développer l'**ÉQUIPE MOBILE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE « EMIC » composée d'IDE spécialisés** dans l'insuffisance cardiaque et **de médecins**, équipée de **matériel de télé-médecine et d'une sonde d'échographie portable**. Elle est devenue une des composantes de la filière de l'insuffisance cardiaque, rajoutant une dimension qui nous paraissait nécessaire, à l'offre déjà existante, qui était jusqu'à présent centrée sur l'hôpital et la télésurveillance.

Le dispositif actuel, renforcé par l'équipe mobile, vise à **favoriser le maintien des patients à domicile** dans de bonnes conditions, **diminuer les hospitalisations, leur durée, et le recours aux cardiologues** en apportant son expertise et sa capacité d'évaluation rapide au domicile. Elle vise également à **limiter les déplacements des patients gériatriques.**

L'équipe mobile a la capacité d'intervenir de manière précoce au domicile des patients diagnostiqués insuffisants cardiaques déjà inclus dans la filière ; avec la possibilité de réaliser une **évaluation clinique**, de réaliser un **ECG**, une **échographie de congestion**, un **bilan biologique**, et de prescrire, d'adapter ou d'optimiser les traitements des patients si nécessaire.

Fiche n°14

Cahier des charges
Équipe mobile de l'insuffisance cardiaque

2. Objectifs

Pour le patient

- Permettre l'optimisation thérapeutique des patients afin de **répondre aux recommandations.**
- Permettre une **évaluation rapide, dans les conditions de vie habituelles du patient**, au contact de son entourage éventuellement, avec des outils para-cliniques disponibles, ECG, échographie de congestion, biologie…
- Possibilité d'inclure un patient dans la **télésurveillance** et dans la filière, au décours d'une hospitalisation ou à la demande du cardiologue.

Au domicile

- Capacité à faire de l'**éducation thérapeutique au domicile** du patient, dans son environnement de vie habituel, et en lien avec son entourage.
- Raccourcir les hospitalisations avec un **retour à domicile précoce**, encadré par la **télésurveillance**, la possibilité d'un **suivi à domicile** et en lien avec l'HAD.
- **Prévenir des ré-hospitalisations**, qui sont très fréquentes, surtout le 1er mois suivant une hospitalisation pour insuffisance cardiaque.
- **Sécuriser la phase transitionnelle entre l'hospitalisation et le retour à domicile**, où le patient est souvent vulnérable pendant plusieurs mois, avec un fort taux de ré-hospitalisations ou de passage aux urgences. Durant cette période, il est nécessaire également d'**adapter de façon régulière le traitement** médical, qui est complexe dans l'insuffisance cardiaque, et qui justifie des ajustements répétés et individualisés.

  Il s'agit d'un problème d'autant plus aigu que les nombreux départs en retraite de cardiologues ne permettent pas au patient de bénéficier de rendez-vous rapide auprès de leur spécialiste libéral.

Coordination des soins

- **Lien avec l'HAD :** en améliorant la prise en charge à domicile grâce à l'expertise cardiologique apportée.
- **Lien avec hôpital de jour de cardiologie**, avec la possibilité de **consultation infirmière d'insuffisance cardiaque**, de séances d'**éducation thérapeutique** pour le patient et les aidants, et la capacité de **réaliser un plus grand nombre de bilans** d'évaluation en hôpital de jour (ces bilans seraient complémentaires des évaluations à domicile, pour les patients les plus complexes, et permettraient également l'administration ponctuelle de traitements intraveineux). Cela représenterait une **alternative à l'hospitalisation**, et une manière également de **grouper des examens para-cliniques.**
- **Coordination du parcours** de ces patients dans toutes les **démarches de prévention** secondaire, notamment l'**activité physique** adaptée, les **aspects diététiques**, et l'**éducation thérapeutique.**
- Bénéfice de ce dispositif au sein du parcours habituel du patient, **en créant du lien entre les professionnels de santé libéraux, l'hôpital, et les aidants.**

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°14

Cahier des charges
Équipe mobile de l'insuffisance cardiaque

Pour le territoire

- **Consolidation et pérennisation de la filière insuffisance cardiaque**, au moment où la démographie médicale cardiologique se dégrade de façon importante sur le département, avec un accès de plus en plus difficile à des consultations spécialisées.
- **Amélioration du bilan environnemental** de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, essentiellement sur la complémentarité entre la télésurveillance et cette équipe mobile, **réduisant notablement les hospitalisations, les transports ...**
- **La formation** et/ou sensibilisation **des professionnels de santé** grâce à des rencontres organisées directement au domicile des patients, dans les EHPADs, les SSR ou les cabinets médicaux.

3. Rôle complémentaire

L'EMIC a un rôle complémentaire et ne se substitue pas aux acteurs de santé du patient. L'équipe vient en complément de la prise en charge habituelle en apportant un support et une expertise.

La volonté est de développer une possibilité de prescription notamment lorsque le médecin traitant ne peut être mobilisé dans des délais adaptés à la situation du patient et de sa famille. Dans certains cas, cette prescription permet d'éviter le transfert du patient aux urgences. Cette possibilité ne représente pas la règle d'intervention des équipes mais une ouverture pour faciliter la prise en charge dans des situations qui pourraient l'exiger.

4. Missions

Pour répondre à ces objectifs, l'EMIC développe plusieurs types de missions :

- **Suivi à distance** et évaluation clinique du patient en lien avec les autres acteurs de la prise en charge
- Capacité de **réaliser au domicile** un ECG, une échographie de congestion, un bilan biologique
- **Éducation thérapeutique** proposée au domicile du patient, dans son cadre de vie habituel, en lien avec son entourage
- **Prescriptions** si besoin en lien avec le médecin traitant et/ou le cardiologue traitant
- **Vigilance** apportée à l'optimisation du traitement
- **Coordination des professionnels de santé** et le cas échéant du DAC pour des actions compensatrices
- **Information, sensibilisation, et accompagnement** thérapeutique auprès du patient et son entourage
- **Formation des soignants** qui interviennent au domicile en vue d'une prise en charge optimale du patient
- **Analyse des pratiques**, réunions cliniques régulières et **sécurisation du parcours**
- Possibilité d'inclure un patient dans la **télésurveillance**, au décours d'une hospitalisation, au domicile

Fiche n°14

Cahier des charges
Équipe mobile de l'insuffisance cardiaque

5. Champs et limites d'intervention

L'EMIC n'est pas une équipe d'intervention d'urgence. Son champ de compétence est circonscrit aux patients déjà inclus dans la filière de l'IC par le biais de la télésurveillance ou de la titration des médicaments de l'IC.

Le cardiologue traitant du patient doit être sur le territoire d'intervention de la filière.

L'EMIC peut, donner son avis sur l'inclusion ou non d'un patient dans la filière. Elle peut également avoir un rôle d'orientation.

B. Intervention

1. Origine de la demande

→ Elle doit émaner de la télésurveillance ou d'un cardiologue en lien avec la filière.

2. Délai de réponse

→ Il dépendra de l'urgence de la situation.
La visite peut être organisée **dans la journée ou dans les 48 à 72h** ouvrés.

3. Délai de réponse

→ La TSIC alerte l'EMIC de la suspicion de décompensation cardiaque.
EMIC évalue la situation, contacte le patient et recueille son consentement pour se rendre à son domicile.

Au domicile

Évaluation clinique et para-clinique de la congestion (auscultation pulmonaire, écho de débrouillage quand présence médicale, ECG si besoin)

Bilan sanguin si besoin

Adaptation thérapeutique avec rédaction des ordonnances

Information des professionnels libéraux en lien avec le patient

Suivi de l'évolution par téléphone

- Durant les premiers mois suivants le retour à domicile du patient après une hospitalisation, en complément du programme PRADO
- Lors d'alertes émises par la cellule de télésurveillance
- En cas de sollicitation par ses professionnels libéraux de proximité
- De façon ponctuelle chez les patients qui n'ont pas la capacité de se déplacer

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°14

Cahier des charges
Équipe mobile de l'insuffisance cardiaque

4. Territoire et lieu d'intervention

Le territoire d'intervention est le territoire du GHT des Alpes du Sud.

L'EMIC intervient en priorité au domicile des patients

Elle peut aussi intervenir en EHPAD si le médecin coordonnateur de l'EHPAD est en accord

C. Positionnement

1. Structure porteuse

EFICAS est portée par le service de cardiologie du CHICAS.

L'EMIC s'inscrit dans le parcours de soins du patient IC au sein du territoire et dans la démarche de responsabilité populationnelle.

2. Liens avec les intervenants du territoire

Travail de coordination entre les différents acteurs intervenant autour du patient : médecins généralistes, IDEL, CPTS, DAC, EMG, HAD, EMPS.

3. Communication

Rédaction d'une « newsletter » trimestrielle EFICAS INFO relayé par le DAC.

Présentation au Congrès National des Cardiologues Hospitaliers, Séminaire de cardiologie du GHT, Journées du DAC, réunion avec CPTS, Trophées Outil'IC, H'MENT Fier, conférence de sensibilisation au grand public « vos artères ont besoin de vous » ...

D. Composition et organisation

1. Moyens humains

- 2 ETP d'IDE ayant une expérience en gériatrie et une expertise en cardiologie (DIU) inscrits dans un protocole de coopération de l'IC
- Un médecin à 0,5 ETP. Ce médecin a une compétence en gériatrie et une expérience notable en cardiologie

Fiche n°14

Cahier des charges
Équipe mobile de l'insuffisance cardiaque

2. Moyens matériels

Locaux

Un bureau dédié au sein du service de cardiologie

Matériel de télémédecine

1 mallette de solution de télémédecine + tablette équipée d'une carte SIM

Outils et SI

Logiciel de tenue de dossiers patients, messageries sécurisées, télémédecine, DMP, dispositif de télémédecine le cas échéant

Mobilier & matériel de bureau

Matériel informatique avec connexion internet et ligne téléphonique fixe + portable

Matériel de soin

Matériel de prélèvement sanguin, pour sécuriser et nettoyer l'environnement

1 Véhicule

Partagé avec l'équipe de l'EMG avec le projet d'avoir chacun leur véhicule

1 Sonde

d'échographie portative

3. Horaires

→ Le service est joignable et mobilisable **de 9h à 16h30 du lundi au vendredi** hors jours fériés.

ⓘ ***En dehors de nos horaires d'ouverture :*** *et si urgences, les patients ont pour consigne de faire le 15.*

E. Financements

Coût

0.6 ETP médecin	**60 000 €/an**
2 ETP IDE	**100 000 €/an**
TOTAL	**160 000 €/an**

Achat d'une sonde d'échoscopie cardiaque	**4 250 €HT**
Achat d'une mallette Nomadeec	**7 400 €**
Achat d'un véhicule	**15 000 €**

A ce jour, l'EMIC est financée sur une enveloppe émanant dans un appel à Projet ARS déposé en 2022. Une démarche pour un financement par le FIR est en cours Fond d'intervention Régional).

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°14

Cahier des charges
Équipe mobile de l'insuffisance cardiaque

F. Évaluation

L'EMIC devra remplir un rapport d'activité annuel qui sera transmis à la direction du GHT et à l'ARS.

Elle devra également remplir une grille d'indicateurs définis par l'appel à projet.

Indicateurs	Nombre
Nombre d'interventions au domicile	
Nombre d'interventions en EHPAD	
Nombre de passages aux urgences évités	
Nombre d'hospitalisations en cardiologie évitées	
Nombre de sortie à domicile précoce des patients hospitalisés, et nombre de jours d'hospitalisation gagnés	
Nombre de patients inclus dans le programme PRADO	
Nombre de patients pour lesquels l'HAD est intervenue en lien avec l'équipe mobile	
Nombre de patients pour lesquels l'équipe mobile est intervenue pour l'adaptation du traitement de l'insuffisance	
Nombre de patients participant à des actions de prévention secondaire (sport santé, diététique, éducation thérapeutique...)	
Modalité d'activation de l'équipe mobile (par la télésurveillance, par les médecins, par les patients...)	
Enquête de satisfaction auprès des patients, des aidants, des professionnels de santé (projet de thèse d'un interne)	
Rapport annuel d'activité et réajustement annuel du projet	
Évaluation du bénéfice de cette approche sur le plan environnemental	

Fiche n°15

Fiche de poste Médecin référent
Parcours de santé « Insuffisance Cardiaque »

→ Fiche de poste Médecin référent

Cadre de référence du déploiement du parcours de santé « Insuffisance Cardiaque » : le projet régional de santé (PRS) 2018-2028 est composé d'un cadre d'organisation stratégique (COS), du schéma régional de santé (SRS) et du programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS). Le COS a 6 objectifs dont l'amélioration de la qualité et de l'efficience du système de santé par une organisation en parcours qui repose prioritairement sur l'ambulatoire et le soutien à domicile. Le SRS est également constitué de 6 objectifs dont le développement d'actions de prévention à destination des patients souffrant de pathologies chroniques et la promotion d'un parcours de santé adapté à la personne âgée et le renforcement des démarches de repérage précoce des fragilités ou des situations à risque. Enfin, le PRAPS a déployé des objectifs pour les personnes les plus vulnérables. Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en France et font l'objet de plans de lutte nationaux.

Intitulé du poste : Médecin référent

▸ **Métier/fonction :** Médecin

▸ **Fonction :** Médecin de parcours

▸ **Horaires :** Temps partiel (0.25 ETP) à adapter selon la charge en soins

▸ **Position dans la structure :**

- **Liaisons hiérarchiques :**
  - Direction médicale ;
- **Liaisons fonctionnelles :**
  - Chef de service de cardiologie, Cardiologue référent parcours insuffisance cardiaque ;
  - Equipe pluridisciplinaire ;
  - Différents services médicotechniques, logistiques et techniques
    - En interne : les cadres de santé, les équipes opérationnelles, les équipes médicales des différents services, la direction ;
    - En externe : les structures de soins (hospitalières, médicosociales, ambulatoires), les coordinations de MSP et de CPTS ;

▸ **Missions du poste :**

Définition de la fonction le médecin référent du parcours réalise, dans le respect des règles professionnelles et éthiques, une prise en charge globale du patient insuffisant cardiaque. Cette prise en charge aboutit à l'élaboration d'un plan personnalisé de santé (PPS) pour une bonne intégration des soins.

Activités permanentes : Le médecin référent de parcours participe à la prise en charge globale du patient dans le cadre du parcours de santé « Insuffisance Cardiaque ».

- **Activités cliniques :**
  - Conduit un entretien pour recueillir les données cliniques de la personne soignée et/ou de son entourage ;
  - Réalise un examen médical complet ;
  - Interprète les données issues du repérage des comorbidités et des fragilités du patient réalisé par l'IDE de parcours ;
  - Réalise une analyse du traitement habituel du patient pour lutter contre la iatrogénie ;
  - Participe à la rédaction, à la mise en œuvre et à l'évaluation du PPS ;
  - Recherche l'engagement thérapeutique du patient, veille au respect des objectifs du PPS ;
  - Accompagne l'IDE de parcours dans l'organisation logistique nécessaire à une bonne intégration des soins ;
  - Assure la traçabilité des actes réalisés ;
- **Activités de qualité des soins :**
  - Participe à des démarches d'amélioration de la qualité et aux différents groupes de travail institutionnels ;
- **Activités spécifiques :**
  - Adapte la prise en charge des patients en cas de gestion de crise
- **Activités d'intégration des soins :**
  - Participe aux réunions de rédaction du PPS ;
  - Réalise des actions d'information, de collaboration, de coordination avec les différents acteurs de l'établissement (collègues, IDE, directeur de garde, médecins et cadres de l'établissement...) ;
  - Réalise l'intégration des soins auprès de tous les acteurs qui prennent en charge le patient ;
- **Activités de formation :**
  - Participe à la formation « Parcours Insuffisance Cardiaque » déployée au sein de l'établissement à destination des professionnel(le)s de santé de la ville ;
- **Activités de recherche :**
  - Ecrit les protocoles de recherche ;
  - Conduit un protocole de recherche, réalise l'analyse des résultats et assure leur publication.

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°15

Fiche de poste Médecin référent
Parcours de santé « Insuffisance Cardiaque »

Intitulé du poste : Médecin référent

▸ Compétences requises pour le poste :

- **Formations, diplômes et/ou qualifications requis**
  - Diplôme de docteur en médecine ;
  - Formation à l'Insuffisance Cardiaque (pathologie, prise en charge globale préconisée) ;
  - Formation au repérage des fragilités de la personne âgée de 65 ans ou plus ;
  - Formation à l'intégration des soins ;
  - Formation à l'élaboration d'un PPS ;
  - Formation à la prise en charge nutritionnelle de l'adulte atteint de pathologie chronique souhaitable ;
  - Formation à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) souhaitable.

- **Expérience professionnelle requise :**
  - 5 années d'expérience professionnelle

- **Savoir :**
  - Connaissances :
    - De l'Insuffisance Cardiaque et des fragilités ;
    - Des référentiels de bonnes pratiques de prise en charge de l'insuffisance cardiaque ;
    - Des référentiels de bonnes pratiques de prise en charge des adultes âgés ;
    - Des référentiels de bonnes pratiques de prescription en gériatrie ;
    - De l'organisation territoriale des soins ;
    - De la politique de santé, du projet d'établissement, des protocoles spécifiques et organisations de l'établissement;

- **Savoir-faire**
  - Réaliser l'interprétation du repérage des comorbidités et des fragilités ;
  - Réaliser une analyse médicamenteuse de l'ordonnance du patient ;
  - Maîtriser le PPS du patient,
  - Aider au développement d'un travail collectif interdisciplinaire ;
  - Déployer une activité de recherche associée au déploiement du parcours IC ;
  - Participer à l'évolution et aux changements institutionnels ;
  - S'inscrire dans un processus de formation permanente ;
  - Maîtriser l'outil informatique et différents logiciels professionnels.

- **Savoir être**
  - Capacité à être autonome et à prendre des initiatives ;
  - Capacité à travailler en équipe ;
  - Capacité à actualiser ses connaissances et ses compétences ;
  - Sens relationnel, d'écoute et de dialogue ;
  - Capacités d'organisation et de synthèse des données ;
  - Capacité de rédiger et piloter des projets.

Fiche n°16

Fiche de poste IDE de parcours
Parcours de santé « Insuffisance Cardiaque »

→ Fiche de poste IDE de parcours

Cadre de référence du déploiement du parcours de santé « Insuffisance Cardiaque » : le projet régional de santé (PRS) 2018-2028 est composé d'un cadre d'organisation stratégique (COS), du schéma régional de santé (SRS) et du programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS). Le COS a 6 objectifs dont l'amélioration de la qualité et de l'efficience du système de santé par une organisation en parcours qui repose prioritairement sur l'ambulatoire et le soutien à domicile. Le SRS est également constitué de 6 objectifs dont le développement d'actions de prévention à destination des patients souffrant de pathologies chroniques et la promotion d'un parcours de santé adapté à la personne âgée et le renforcement des démarches de repérage précoce des fragilités ou des situations à risque. Enfin, le PRAPS a déployé des objectifs pour les personnes les plus vulnérables. Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en France et font l'objet de plans de lutte nationaux.

Intitulé du poste : IDE de parcours

▸ **Métier/fonction :** Infirmier(ère) en soins généraux

▸ **Fonction :** Infirmier(ère) de parcours

▸ **Horaires :** 35h/semaine ; 7.5h/jour ; Temps plein.

▸ **Position dans la structure :**

- **Liaisons hiérarchiques :**
  - Direction des soins ;
  - Cadre de santé service de cardiologie/établissement de santé ;
- **Liaisons fonctionnelles :**
  - Chef de service de cardiologie, Cardiologue référent parcours insuffisance cardiaque ;
  - Equipe pluridisciplinaire ;
  - Différents services médicotechniques, logistiques et techniques
    - En interne : les cadres de santé, les équipes opérationnelles, les équipes médicales des différents services, la direction ;
    - En externe : les structures de soins (hospitalières, médicosociales, ambulatoires), les coordinations de MSP et de CPTS ;

▸ **Missions du poste :**

Définition de la fonction : L'Infirmier(ère) de parcours réalise, dans le respect des règles professionnelles et éthiques, une prise en charge globale du patient insuffisant cardiaque. Cette prise en charge aboutit à l'élaboration d'un plan personnalisé de santé (PPS) pour une bonne intégration des soins.

Activités permanentes : L'Infirmier(ère) de parcours participe à la prise en charge globale du patient dans le cadre du parcours de santé « Insuffisance Cardiaque ».

- **Activités cliniques :**
  - Conduit un entretien pour recueillir les données cliniques de la personne soignée et/ou de son entourage ;
  - Réalise un repérage des comorbidités et des fragilités du patient ;
  - Participe à la rédaction, à la mise en œuvre et à l'évaluation du PPS ;
  - Recherche l'engagement thérapeutique du patient, veille au respect des objectifs du PPS ;
  - Participe à l'organisation logistique nécessaire à une bonne intégration des soins ;
  - Assure la traçabilité des actes réalisés ;
- **Activités de qualité des soins :**
  - Participe à des démarches d'amélioration de la qualité et aux différents groupes de travail institutionnels ;
- **Activités spécifiques :**
  - Adapte la prise en charge des patients en cas de gestion de crise
- **Activités d'intégration des soins :**
  - Participe aux réunions de rédaction du PPS ;
  - Réalise des actions d'information, de collaboration, de coordination avec les différents acteurs de l'établissement (collègues, IDE, directeur de garde, médecins et cadres de l'établissement...) ;
  - Réalise l'intégration des soins auprès de tous les acteurs qui prennent en charge le patient ;
- **Activités de formation :**
  - Participe à la formation « Parcours Insuffisance Cardiaque » déployée au sein de l'établissement à destination des professionnel(le)s de santé de la ville ;
- **Activités de recherche :**
  - Initie et/ou participe à des projets de recherche ;
  - Tenir à jour le recueil des données de prise en charge et de suivi des patients. Réalisé dans le cadre de protocole de recherche hors loi Jardé.

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°16

Fiche de poste IDE de parcours
Parcours de santé « Insuffisance Cardiaque »

Intitulé du poste : IDE de parcours

▸ Compétences requises pour le poste :

- **Formations, diplômes et/ou qualifications requis**
  - Diplôme d'Etat d'Infirmier ;
  - Formation à l'Insuffisance Cardiaque (pathologie, prise en charge globale préconisée) ;
  - Formation au repérage des fragilités de la personne âgée de 65 ans ou plus ;
  - Formation à l'intégration des soins
  - Formation à l'élaboration d'un PPS ;
  - Formation à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) souhaitable.

- **Expérience professionnelle requise :**
  - 5 années d'expérience professionnelle

- **Savoir :**
  - Connaissances :
    - Des soins infirmiers généraux et spécifiques (cardiologie et insuffisance cardiaque) ;
    - Des référentiels de bonnes pratiques de prise en charge de l'insuffisance cardiaque ;
    - De l'organisation territoriale des soins ;
    - De la politique de santé, du projet d'établissement, des protocoles spécifiques et organisations de l'établissement ;

- **Savoir-faire**
  - Réaliser le repérage des comorbidités et des fragilités ;
  - Maîtriser le PPS du patient,
  - Aider au développement d'un travail collectif interdisciplinaire ;
  - S'impliquer dans l'activité de recherche associée au déploiement du parcours IC ;
  - Participer à l'évolution et aux changements institutionnels ;
  - S'inscrire dans un processus de formation permanente ;
  - Maîtriser l'outil informatique et différents logiciels professionnels.

- **Savoir être**
  - Capacité à être autonome et à prendre des initiatives ;
  - Capacité à travailler en équipe ;
  - Capacité à actualiser ses connaissances et ses compétences ;
  - Sens relationnel, d'écoute et de dialogue ;
  - Capacités d'organisation et de synthèse des données ;
  - Capacité de piloter des projets.

Fiche n°17

Fiche de poste secrétaire médicale
Parcours de santé « Insuffisance Cardiaque »

→ Fiche de poste secrétaire médicale

Cadre de référence du déploiement du parcours de santé « Insuffisance Cardiaque » : le projet régional de santé (PRS) 2018-2028 est composé d'un cadre d'organisation stratégique (COS), du schéma régional de santé (SRS) et du programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS). Le COS a 6 objectifs dont l'amélioration de la qualité et de l'efficience du système de santé par une organisation en parcours qui repose prioritairement sur l'ambulatoire et le soutien à domicile. Le SRS est également constitué de 6 objectifs dont le développement d'actions de prévention à destination des patients souffrant de pathologies chroniques et la promotion d'un parcours de santé adapté à la personne âgée et le renforcement des démarches de repérage précoce des fragilités ou des situations à risque. Enfin, le PRAPS a déployé des objectifs pour les personnes les plus vulnérables. Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en France et font l'objet de plans de lutte nationaux.

Intitulé du poste : Secrétaire médicale

▸ **Métier/fonction :** Secrétaire médicale

▸ **Fonction :** Secrétaire médicale du parcours de santé Insuffisance Cardiaque

▸ **Horaires :** 35h/semaine ; 7.5h/jour ; Temps plein.

▸ **Position dans la structure :**

- **Liaisons hiérarchiques :**
  - Direction des soins ;
  - Cadre de santé service de cardiologie/établissement de santé ;
- **Liaisons fonctionnelles :**
  - Chef de service de cardiologie, Cardiologue référent parcours insuffisance cardiaque ;
  - Equipe pluridisciplinaire ;
  - Différents services médicotechniques, logistiques et techniques
    - En interne : les cadres de santé, les équipes opérationnelles, les équipes médicales des différents services, la direction ;
    - En externe : les structures de soins (hospitalières, médicosociales, ambulatoires), les coordinations de MSP et de CPTS ;

▸ **Missions du poste :**

Définition de la fonction : La secrétaire médicale du parcours de santé insuffisance cardiaque réalise, dans le respect des règles professionnelles et éthiques, la gestion administrative de la prise en charge globale du patient insuffisant cardiaque.

Activités permanentes : La secrétaire médicale assure la gestion administrative de la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de santé « Insuffisance Cardiaque ».

- **Activités administratives**
  - Prise de rendez-vous avec remplissage de la fiche d'état civil ;
  - Récupération des comptes-rendus de consultation, d'hospitalisation et examens complémentaires à la demande de l'IDE ou médecin ;
  - Envoi des convocations ;
  - Réalise l'admission administrative lors des consultations et HDJ ;
  - Donne l'auto-questionnaire aux nouveaux patients en salle d'attente ;
  - Prépare les courriers médicaux puis les envoie au DMP, MT et spécialistes qui suivent le patient par voie dématérialisée ;
  - Gestion des dossiers médicaux sur le logiciel médical de l'établissement ;
- **Activités de qualité des soins :**
  - Participe à des démarches d'amélioration de la qualité et aux différents groupes de travail institutionnels ;
- **Activités de recherche :**
  - Envoie les docs au domicile du patient pour la non opposition de garder les données de santé.
- **Activités spécifiques :**
  - Adapte la prise en charge des patients en cas de gestion de crise

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°17

Fiche de poste secrétaire médicale
Parcours de santé « Insuffisance Cardiaque »

Intitulé du poste : Secrétaire médicale

▸ Compétences requises pour le poste :

- **Formations, diplômes et/ou qualifications requis**
  - Diplôme de secrétaire médicale.
- **Expérience professionnelle requise :**
  - 3 années d'expérience professionnelle
- **Savoir :**
  - Connaissances :
    - De l'organisation territoriale des soins ;
    - De la politique de santé, du projet d'établissement, des protocoles spécifiques et organisations de l'établissement;

- **Savoir-faire**
  - Préparer les comptes-rendus de consultations et d'HDJ ;
  - Aider au développement d'un travail collectif interdisciplinaire ;
  - S'impliquer dans l'activité de recherche associée au déploiement du parcours IC ;
  - Participer à l'évolution et aux changements institutionnels ;
  - S'inscrire dans un processus de formation permanente ;
  - Maîtriser l'outil informatique et différents logiciels professionnels.
- **Savoir être**
  - Capacité à être autonome et à prendre des initiatives ;
  - Capacité à travailler en équipe ;
  - Capacité à actualiser ses connaissances et ses compétences ;
  - Sens relationnel, d'écoute et de dialogue ;
  - Capacités d'organisation.

Fiche n°18 | Consultation Parcours Insuffisance Cardiaque
Checklist de documents nécessaires pour les patients adressés par un service d'hospitalisation

CONSULTATION PARCOURS INSUFFISANCE CARDIAQUE

Checklist de documents nécessaires pour les patients adressés par un service d'hospitalisation

Pour tous les patients :

- ◯ Ordonnance de traitements en cours
- ◯ Dernier(s) bilan(s) sanguin(s) complet(s)
- ◯ Tout(s) résultat(s) d'examen(s) (pas uniquement cardiaque) en la possession du patient ou du médecin qui adresse le patient vers le parcours
- ◯ Tout(s) compte(s) rendu(s) d'hospitalisation(s) (pas uniquement cardiaque) en la possession du patient ou du médecin qui adresse le patient vers le parcours
- ◯ Derniers ECG

Pour les patients ayant déjà un suivi avec un cardiologue :

- ◯ Dernier(s) compte(s) rendu(s) de consultation cardiaque
- ◯ Dernier(s) compte(s) rendu(s) d'échographie cardiaque

Pour les patients ayant une(d') autre(s) pathologie(s) chronique(s) :

- ◯ Dernier(s) compte(s) rendu(s) de consultation de spécialiste(s)
- ◯ Dates de suivi du(des) spécialiste(s)

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°19

Fiche de poste médecin
Équipe Mobile de l'Insuffisance Cardiaque

→ Fiche de poste Médecin dédié à l'équipe mobile de l'insuffisance cardiaque

Intitulé du poste : Médecin dédié à l'équipe mobile de l'insuffisance cardiaque

▸ **Métier/fonction :** Médecin

▸ **Diplômes et formations requis :** Cardiologue ou médecin généraliste avec une expérience notable en cardiologie.

▸ **Temps de travail :** 60% avec possibilité de compléter le temps de travail avec un autre poste dans le service de cardiologie.

▸ **Horaires :** Organisation de travail en journées de 8h30 à 17h30, hors week-ends et jours fériés. Les horaires seront à adapter en fonction de l'activité générée par les besoins de la cohorte des patients suivis, les effectifs présents pour l'assurer et les organisations d'événements de sensibilisation.

▸ **Public cible :** Patients insuffisants cardiaques suivis par EFICAS

▸ **Missions générales :**

- Mission de surveillance clinique et suivi des patients en lien avec la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque.
- Missions de coordination concernant les patients suivis.
- Mission d'accompagnement thérapeutique des patients suivis.
- Mission de suivi de l'activité (traçabilité dans le DPI, participation à la réalisation du rapport d'activité annuel, du suivi de la démarche qualité, assurer et participer aux déclarations d'événements indésirables liés aux activités de l'EMIC).

▸ **Structure support :**

Travail au sein de l'Équipe et Filière de l'Insuffisance Cardiaque des Alpes du Sud EFICAS, entité du service de cardiologie du Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud (Établissement support du Groupement Hospitalier de territoire des Alpes du Sud).

- Liaisons hiérarchiques :
  - Le médecin de l'EMIC sera en lien avec le cardiologue chef de service de cardiologie.
- Liaisons fonctionnelles :
  - **Liaisons internes :** L'équipe médicale de cardiologie, personnels des unités d'hospitalisation, des consultations et de l'hôpital de jour de cardiologie, l'ensemble des services médico techniques du GHT, particulièrement les services tels que EMG, HAD, EMSP, diététiciennes.
  - **Liaisons externes :** Tous les professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins des patients suivis (IDEL, SSIAD...), correspondants extérieurs médicaux tels que médecins et cardiologues traitants, secrétaires médicales, professionnels des structures de soins et centre d'hébergements tel que SSR et EPHAD, laboratoires d'analyses intra et extrahospitaliers, représentants techniques et commerciaux des sociétés fournisseurs de matériel et de solutions de télésurveillances, contacts avec les différents promoteurs pour la recherche.

▸ **Composition de l'équipe :**

- 0,6 ETP médecin dédié à l'EMIC.
- 2 ETP IDE / ISPIC pour 2 postes différents sur l'EMIC (les IDE/ISPIC tournent en alternance 1 semaine sur 2 sur chaque poste).
- Travail en binôme médecin + IDE.

Fiche n°19

Fiche de poste médecin
Équipe Mobile de l'Insuffisance Cardiaque

Intitulé du poste : Médecin dédié à l'équipe mobile de l'insuffisance cardiaque

▸ Activités

- **9h - 10h :**
  - Debrief des alertes urgentes du jour et de la veille avec l'ensemble de l'équipe EFICAS.
- **A partir de 10h :**
  - Préparation de(s) l'intervention(s) en lien avec les IDE : étude des dossiers patients, prise de contact avec les médecins traitant et/ou IDEL si besoin...
- **Entre 10h et 16h :**
  - Déplacements à domicile, en EHPAD, sur les autres sites du GHT en binôme avec l'IDE/ISPIC en regroupant dès que possible les patients par secteur géographique pour optimiser les déplacements.

→ Examen clinique du patient, prise des constantes, réalisation d'une échographie d'évaluation de la congestion si besoin, interrogatoire du patient et de son entourage, prise de décision thérapeutique, rédaction des ordonnances, accompagnement thérapeutique du patient au plus près de ses besoins en fonction des constats effectués.

- **Fin de journée :**
  - Débriefing en équipe pluridisciplinaire des situations rencontrées.
  - Rédaction du compte rendu de l'intervention, informations transmises à tous les acteurs, réassort du matériel.
  - Traçabilité des interventions dans le DPI.
  - Organisation du programme de la journée du lendemain en lien avec l'équipe EFICAS.

→ La permanence téléphonique de l'EMIC sera assurée en lien avec les IDE (avis, conseils, adaptations thérapeutiques, suivi des patients vus dans les jours précédents...) ainsi que la gestion administrative, l'aide et le soutien à la télésurveillance pour la gestion des alertes.

→ En cas d'absence des IDE, la journée sera organisée en fonction des taches les plus urgentes à accomplir et la priorité sera donnée aux visites au domicile des patients que le médecin pourra effectuer seul.

▸ Missions transversales

- **Maintenir ses connaissances concernant les recommandations et la prise en charge de l'IC.**
- **Participation aux réunions, conférences, séminaires, présentations d'informations concernant la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque (Informations dans les CPTS, le DAC, séminaires, congrès ...).**
- **Participation à l'organisation de formations des acteurs libéraux (médecins généralistes, IDEL, aidants à domicile...).**
- **Participer en lien avec l'encadrement et l'équipe médicale à la rédaction des protocoles, la mise en place des procédures, les audits, le suivi qualité et l'évaluation de l'activité.**
- **Contribuer à la sensibilisation des professionnels de santé aux spécificités de prise en charge des patients IC en participant et/ou organisant des rencontres avec les médecins généralistes et / ou IDEL.**

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°20

Fiche de poste IDE / ISPIC
Équipe Mobile de l'Insuffisance Cardiaque

→ Fiche de poste Infirmier Spécialisé dans la Prise en Charge de l'Insuffisance cardiaque.

Intitulé du poste : Infirmier Spécialisé dans la Prise en Charge de l'Insuffisance cardiaque

▸ **Métier/fonction :** IDE / ISPIC

▸ **Diplômes et formations requis :**

- Infirmier DE avec une expérience notable en cardiologie.
- DIU prise en charge de l'insuffisance cardiaque.
- Formation au protocole de coopération de l'IC.
- Formation 40h Education Thérapeutique.

▸ **Temps de travail :** 2 postes à 100 %.

▸ **Horaires :** Organisation de travail en journées de 7h30, de 9h à 16h30, hors week-ends et jours fériés. Les horaires seront à adapter en fonction de l'activité générée par les besoins de la cohorte des patients suivis, les effectifs présents pour l'assurer et les organisations d'événements de sensibilisation.

▸ **Public cible :** Patients insuffisants cardiaques suivis par EFICAS

▸ **Structure support :**

Travail au sein de l'Équipe et Filière de l'Insuffisance Cardiaque des Alpes du Sud EFICAS, entité du service de cardiologie du Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud (Établissement support du Groupement Hospitalier de territoire des Alpes du Sud).

- Liaisons hiérarchiques :
  - Les infirmiers de l'EMIC sont en lien hiérarchique avec la cadre de santé de cardiologie et la cadre supérieur du pôle de soins critiques.
- Liaisons fonctionnelles :
  - **Liaisons internes :** L'équipe médicale de cardiologie, personnels des unités d'hospitalisation, des consultations et de l'hôpital de jour de cardiologie, l'ensemble des services médico techniques du GHT, particulièrement les services tels que EMG, HAD, EMSP, diététiciennes.
  - **Liaisons externes :** Tous les professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins des patients suivis (IDEL, SSIAD...), correspondants extérieurs médicaux tels que médecins et cardiologues traitants, secrétaires médicales, professionnels des structures de soins et centre d'hébergements tel que SSR et EPHAD, laboratoires d'analyses intra et extrahospitaliers, représentants techniques et commerciaux des sociétés fournisseurs de matériel et de solutions de télésurveillances, contacts avec les différents promoteurs pour la recherche.

▸ **Composition de l'équipe :**

- 2 ETP IDE / ISPIC pour 2 postes différents sur l'EMIC (les IDE/ISPIC tournent en alternance 1 semaine sur 2 sur chaque poste).
- 0,6 ETP médecin dédié à l'EMIC.

Fiche n°20

Fiche de poste IDE / ISPIC
Équipe Mobile de l'Insuffisance Cardiaque

Intitulé du poste : Infirmier Spécialisé dans la Prise en Charge de l'Insuffisance cardiaque

▸ Missions générales :

- Mission de surveillance clinique des patients en lien avec la télésurveillance.
- Missions de coordination concernant les patients suivis.
- Mission d'accompagnement thérapeutique des patients suivis.
- Mission de suivi de l'activité (traçabilité dans le DPI, réalisation du rapport d'activité annuel, du suivi de la démarche qualité, assurer et participer aux déclarations d'événements indésirables liés aux activités de l'EMIC).
- Missions spécifiques dans le cadre du protocole de coopération « *Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémédecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère)* » pour l'ISPIC :Assurer les prises en charge des patients et actes dérogatoires décrits conformément aux algorithmes et arbres décisionnels définis dans le protocole (cf Arrêté du 27 décembre 2019).

▸ Missions transversales

- Maintenir ses connaissances concernant les recommandations et la prise en charge de l'IC.
- Production et mise à jour de la documentation à destination des patients et des soignants.
- Participation aux réunions, conférences, séminaires, présentations d'informations concernant la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque (Informations dans les CPTS, le DAC, séminaires, congrès ...).
- Participation à l'organisation de formations des acteurs libéraux (médecins généralistes, IDEL, aidants à domicile...) et des futurs professionnels (IFSI, IFAS).
- Participer en lien avec l'encadrement et l'équipe médicale à la rédaction des protocoles, la mise en place des procédures, les audits, le suivi qualité et l'évaluation de l'activité.
- Contribuer à la sensibilisation des professionnels de santé aux spécificités de prise en charge des patients IC en participant et/ou organisant des rencontres avec les médecins généralistes et / ou IDEL, et par la rédaction et diffusion de la Newsletter « EFICAS INFO ».

Production : © www.cnpcv.org / www.ethicare.fr

Fiche n°20

Fiche de poste IDE / ISPIC
Équipe Mobile de l'Insuffisance Cardiaque

Intitulé du poste : Infirmier Spécialisé dans la Prise en Charge de l'Insuffisance cardiaque

▸ Activités

IDE EN POSTE EXTRAHOSPITALIER

→ *Déplacements à domicile, en EHPAD, sur les autres sites du GHT seul ou en binôme avec le médecin lorsqu'il est présent.*

Journée type Extrahospitalier

- **9h - 10h :**
  - Debrief des alertes urgentes du jour et de la veille avec l'ensemble de l'équipe EFICAS.
- **A partir de 10h :**
  - Préparation de(s) l'intervention(s) : étude des dossiers patients, disponibilité du véhicule, préparation de la mallette de prélèvements sanguins, mallette Nomadeec, concertation médicale, prise de contact avec les médecins traitant et/ou IDEL si besoin...
- **Entre 10h et 16h :**
  - Déplacements aux domiciles des patients en regroupant dès que possible les patients par secteur géographique pour optimiser les déplacements.

→ *Examen clinique du patient, prise des constantes, interrogatoire du patient et de son entourage, prise de décision en lien avec le médecin sur place ou en téléconsultation, rédaction des ordonnances, accompagnement thérapeutique du patient au plus près de ses besoins en fonction des constats effectués*

- **Fin de journée :**
  - Débriefing en équipe pluridisciplinaire des situations rencontrées.
  - Rédaction du compte rendu de l'intervention, informations transmises à tous les acteurs, réassort du matériel.
  - Transmissions au reste de l'équipe.
  - Organisation du programme de la journée du lendemain.

IDE EN POSTE INTRA HOSPITALIER

→ *Permanence téléphonique de l'EMIC (avis, conseils, adaptations thérapeutiques, suivi des patients vus dans les jours précédents...), rdv en intra, gestion administrative, aide et soutien à la TSIC, gestion des dossiers transversaux.*

Journée type Extrahospitalier

- **9h - 10h :**
  - Debrief des alertes urgentes du jour et de la veille avec l'ensemble de l'équipe EFICAS.
- **A partir de 10h et au fil de la journée**
  - Appels aux patients (et / ou acteurs libéraux) pour lesquels des nouvelles doivent être prises, organisation des sorties pour le lendemain et anticipation de l'organisation pour l'IDE d'extra.
  - Gestion de la ligne téléphonique de l'EMIC.
  - Gestion administrative (codage des interventions, envoie des courriers...) Avis sur site du CHICAS lorsque le médecin est présent.
  - Inclusions des patients dans le programme de télésurveillance des patients hospitalisés dans un service du CHICAS.
  - Organisation de sorties en urgence le jour même si besoin.
  - Gestions de dossiers transversaux (rédactions des projets, des présentations, des formations...)
- **16h - 16h30**
  - Briefing avec le reste de l'équipe pour le programme de la journée du lendemain.

→ *Lorsque l'un des IDE est absent, la journée sera organisée en fonction des taches les plus urgentes à accomplir et la priorité sera donnée aux visites au domicile des patients.*

EthiCare
www.ethicare.fr
direction@ethicare.fr