

Optimiser la coordination Ville-Hôpital

Pour prévenir
des récurrences de
décompensation
cardiaque

TROPHÉES 2024

Production réalisée par EthicCare
Mise en page & illustrations :
www.camillefeuillelet.fr

Avec le
soutien de :



**L'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

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. Le projet « Optimiser la coordination Ville-Hôpital pour prévenir des récurrences de décompensation cardiaque » du CHRU de Nancy fait partie des lauréats de l'édition 2023-2024 des trophées. Le présent document constitue une véritable « boîte à outils » destinée à en permettre la diffusion et le déploiement à grande échelle en facilitant son adaptation par les équipes intéressées sur l'ensemble du territoire.

Optimiser la coordination Ville- hôpital pour prévenir des décompensations cardiaque



Porteur de la solution

 Elodie HUET, IPA

 e.huet2@chru-nancy.fr

Descriptif

L'organisation proposée vise à sécuriser le retour à domicile et d'éviter de nouvelles hospitalisations pour décompensation de l'IC.

En complément du PRogramme d'Aide au retour à Domicile (PRADO-IC), l'IPA du service de cardiologie organise la coordination et le suivi ambulatoire des patients en sortie d'hospitalisation. Son accompagnement s'adresse principalement aux patients n'ayant pas de cardiologue traitant libéral.

Bénéfices attendus

- Des patients informés et mieux entourés
- Une prise en charge graduée et coordonnée entre acteurs du territoire
- Une pertinence des soins associée à une montée des compétences des IDEL
- Une diminution du recours aux urgences et des réadmissions post-hospitalisations

Objectifs

- Réduire la morbi-mortalité liée à cette pathologie en améliorant la coordination des Professionnels de Santé ville-hôpital.
- Renforcer le suivi ambulatoire des patients
- Optimiser les délais de prise en charge des patients présentant des signes de décompensation
- Améliorer l'accès à l'expertise cardiologique

Populations cibles

- Tout patient hospitalisé dans un secteur de soins de cardiologie pour décompensation cardiaque
- Patient IC en sortie d'une réadaptation cardiaque

Partenaires impliqués

- Les acteurs du 1^{er} recours (IDEL, médecins généralistes du territoire)
- Les cardiologues libéraux
- La CPAM (PRADO)

Effort nécessaire

Faible **Modéré** Fort

Délais moyens observés

3 mois

Les facteurs clés de réussite

- Une bonne relation avec les conseillers PRADO avec des rencontres régulières
- Un respect des compétences propre à chacun des acteurs professionnels du parcours
- Un coordinateur disponible avec des capacités d'adaptation et de réorganisation
- Une bonne connaissance des parcours de soins des patients insuffisants cardiaques et de l'offre de soins hospitalière et libérale du territoire

Budget à prévoir

Pas de budget spécifique
Poste IPA financé dans le cadre d'une prise en charge globale au sein du CHRU

Présentation du projet, son origine



1.1 - Des constats	p6
1.2 - Une volonté, ...	p7
1.3 - Prise en charge de l'IC en sortie d'hospitalisation	p8
1.4 - Les outils mis en place	p9

1.1 Des constats

→ **Le retour à domicile des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque (IC), une période critique du fait d'une surmortalité et d'un risque élevé de réhospitalisation.**

 Une faible connaissance par les patients de leur pathologie, de leurs traitements et des conduites à tenir en cas de signes EPOF²

 **6%** des patients ne connaissent pas le diagnostic

 **36%** n'ont pas bénéficié d'une éducation relative à l'apport au sel

 **44%** expriment ne pas avoir reçu d'informations sur la nécessité d'une observance rigoureuse de leur traitement

 **52%** n'ont pas acquis la notion de l'importance d'une activité physique régulière

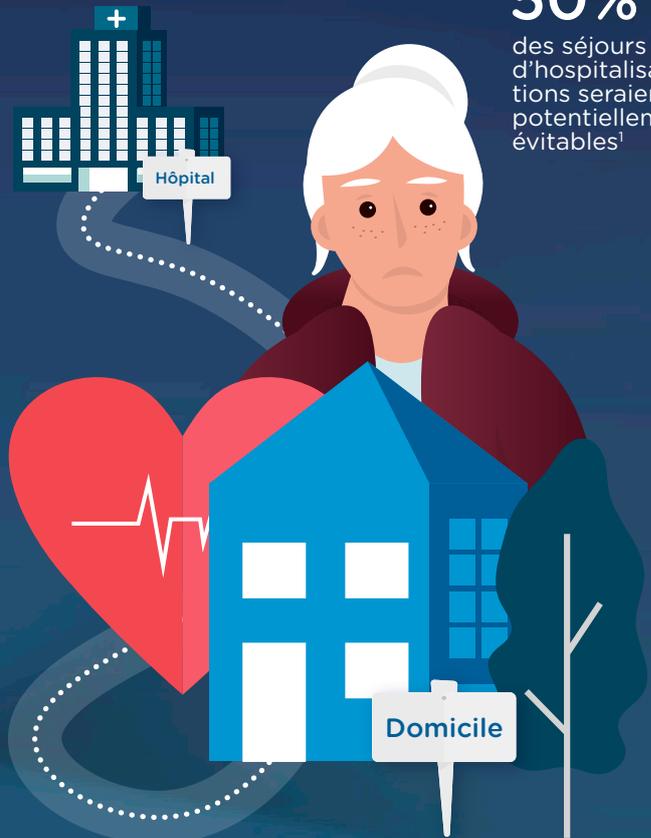
 **56%** n'ont pas été initiés à l'importance d'une mesure très régulière de leur poids



31% des patients hospitalisés sont réhospitalisés dans l'année et 15,5% dans les 3 mois¹

 Un nombre important de patients suivi par le programme PRADO* arrivent en consultation « décompensés »

50% des séjours d'hospitalisations seraient potentiellement évitables¹



¹La lutte contre les réhospitalisations, priorité pour améliorer la pertinence du parcours insuffisance cardiaque (Cnam).

²Étude du GICC (IC-PS2/2018)

→ **Une réalité observée par l'IPA lors de sa prise de poste au sein du CHRU de Nancy**

 Un manque d'implication dans la formation du PRADO IC, pourtant réalisée en distanciel. Le manque de temps étant l'argument principal → les IDE s'appuient sur les connaissances acquises lors de leur formation initiale en IFSI, parfois « lointaine ».

 Une non-maitrise des délais, voire des conduites à tenir en cas d'apparition de signes de décompensation à domicile (EPOF)

 Des difficultés à contacter les médecins généralistes et/ou les cardiologues traitants (libéraux et hospitaliers)

 Une méconnaissance des personnes ressources à contacter en cas d'indisponibilité du médecin traitant



Pas de consultation d'annonce formalisée et structurée au sein du service de cardiologie médicale du CHRU de Nancy

1.2 Une volonté, ...



→ ... Diminuer les risques de décompensations en post-hospitalisation notamment, ceux liés à la transition des soins et au suivi des patients qui ne sont pas optimaux.

- Création d'un logigramme simple, à destination des professionnels de santé du 1^{er} recours (IDEL, MG), transmis via le carnet PRADO déjà existant.
- Un support personnalisable à chaque patient regroupant l'ensemble des informations essentielles notamment l'identification des personnes ressources.



→ Le dispositif du PRADO IC*

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), en lien avec la Société Française de Cardiologie a initié depuis 2013 le **PRogramme d'Aide au retour à Domicile (PRADO-IC)**. Ce dispositif consiste à suivre **les patients pendant 2 à 6 mois après une hospitalisation pour IC**, par une infirmière formée à cette pathologie et par le médecin traitant, le cardiologue et avec l'appui du pharmacien d'officine, pour :

- dispenser les médicaments
- surveiller les constantes
- alerter en cas d'aggravation

La coordination des soins et des prises de rendez-vous est assurée par un personnel dédié formé par la CPAM. Tous les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque sont éligibles, la sélection des patients se fait par le médecin hospitalier responsable des soins en accord avec le coordinateur de la CPAM.

Le but de ce programme est d'améliorer la prise en charge, **c'est-à-dire de diminuer les réhospitalisations et la mortalité en luttant contre «l'inertie médicale» qui suit la sortie d'hospitalisation** avec des délais de RDV médicaux qui ne sont pas en accord avec les recommandations de l'HAS.

Rappel des fréquences

Patient stable NYHA I	Patient stable NYHA II	Patient stable NYHA III	Patient en sortie d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque
Médecin traitant Au moins tous les 6 mois	Médecin traitant Au moins tous les 3 mois	Médecin traitant Tous les mois à tous les 3 mois	Médecin traitant 1 ^{ère} consultation dans la semaine qui suit la sortie
Cardiologue Au moins 1x/an	Cardiologue Au moins tous les 6 mois	Cardiologue Tous les mois à tous les 3 mois	Cardiologue 1 ^{ère} consultation dans la semaine ou dans les 2 mois qui suivent la sortie en fonction du patient

1.3 Prise en charge de l'IC en sortie d'hospitalisation

1 Prise en charge de l'IC

- Découverte de la maladie
- Décompensation cardiaque
- IC Aigue nécessitant une déplétion hydro-sodée



Passage quotidien

- Inclusion des patients
- Sensibilisation des internes

2 Décision d'inclusion du patient ↔

3 Consultation IPA

- Information patient
- Réalisation des prescriptions
- Mise en place du Carnet PRADO
- Coordination du suivi ambulatoire



Gestion des RDV

- IDEL
- Médecin traitant



Gestion des RDV

- IDEL
- Médecin traitant
- Cardiologue traitant

Patient suivi par cardiologue libéral

- Consultations de suivi
- +/- télésurveillance
- +/- E.T.P.

Patient suivi par cardiologue et IPA hospitalier

IPA : suivi rapproché 15j post sortie hospitalisation

- Titration des médicaments
- Télésurveillance
- Suivi éducationnel du patient
- Orientation HDJ, HAD, ...

En lien avec l'équipe de télésurveillance pour les patients éligibles. Évaluation des fragilités, comorbidités et orientation si nécessaire.

*Si nécessaire
En cas d'absence
du médecin
généraliste /
cardiologue
traitant ou si
rendez-vous
> à 2 mois*



IDEL

- Surveillance Clinique
- Bilan sanguin
- Suivi éducationnel du patient



Médecin généraliste

- Consultations précoce et de suivi



IDEL

- Surveillance Clinique
- Bilan sanguin
- Suivi éducationnel du patient

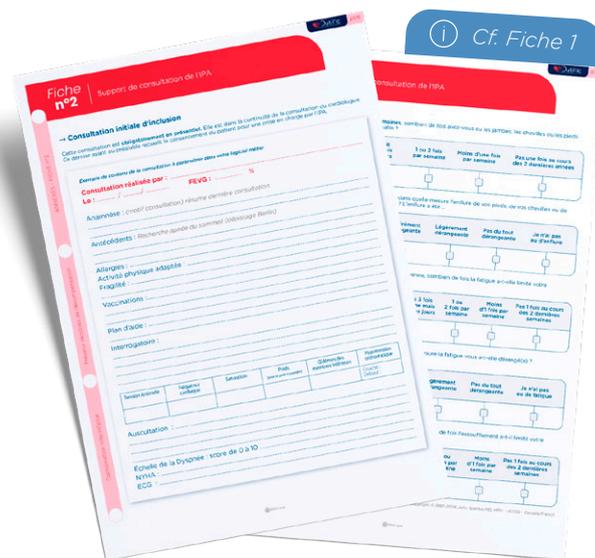


Médecin généraliste

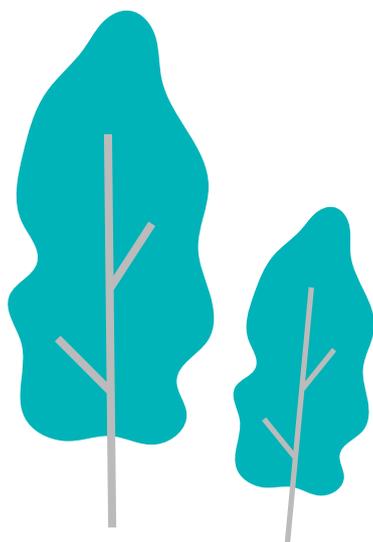
- Consultations précoce et de suivi

1.4 Les outils mis en place

→ Le support de consultation initiale de l'IPA



→ Le logigramme à destination des professionnels de santé au 1^{er} recours



L'évaluation de la démarche



La mise en œuvre de ces outils n'a pas fait l'objet d'une évaluation particulière. Il n'est donc pas possible de partager des résultats quantifiés.

→ **Cependant, dans le cadre de sa pratique, Elodie HUET, IPA a pu observer les éléments suivants :**

-  **Une franche réduction du nombre de patients présentant des signes avérés de décompensation** aux consultations de suivi.
-  **Une communication facilité et plus fluide** avec les acteurs du 1^{er} recours avec des appels fréquents d'IDE libéraux et de Médecin généraliste pour mise en place d'une prise en charge ambulatoire devant des signes mineurs de décompensation cardiaque.
-  Une réelle **optimisation des prises en charge** concernant la majoration des thérapeutiques ; le recours à de l'HDJ diurétique ou de l'HAD diurétique ; l'hospitalisation directe, dès que possible, si elle se justifie, dans le service de cardiologie sans passage aux urgences.
-  **Une satisfaction des professionnels et des patients**



Afin de donner un caractère tangible à ces observations, l'établissement avec les équipes impliquées va mettre en œuvre les indicateurs suivants :

Indicateurs de résultat

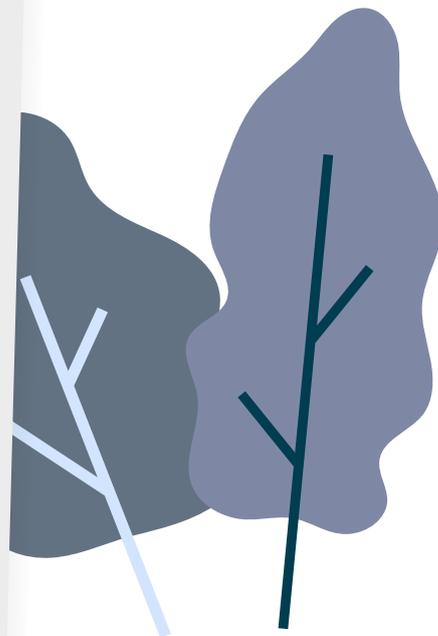
- Nombre de patients inclus dans le programme PRADO
- Taux de patients pris en charge par l'IPA par rapport au nombre total de patients éligibles PRADO
- Taux de patients arrivants en consultation IPA avec des signes de décompensation cardiaque
- Taux de patients avec une coordination ambulatoire
- Taux de réhospitalisation des patients suivis par l'IPA dans les 3 et 6 mois
- Taux de réhospitalisation des patients non suivis par l'IPA dans les 6 mois
- Taux de satisfaction des professionnels de santé (IDEL, cardiologues, médecins généralistes)
- Taux de satisfaction des patients

Indicateurs de suivi

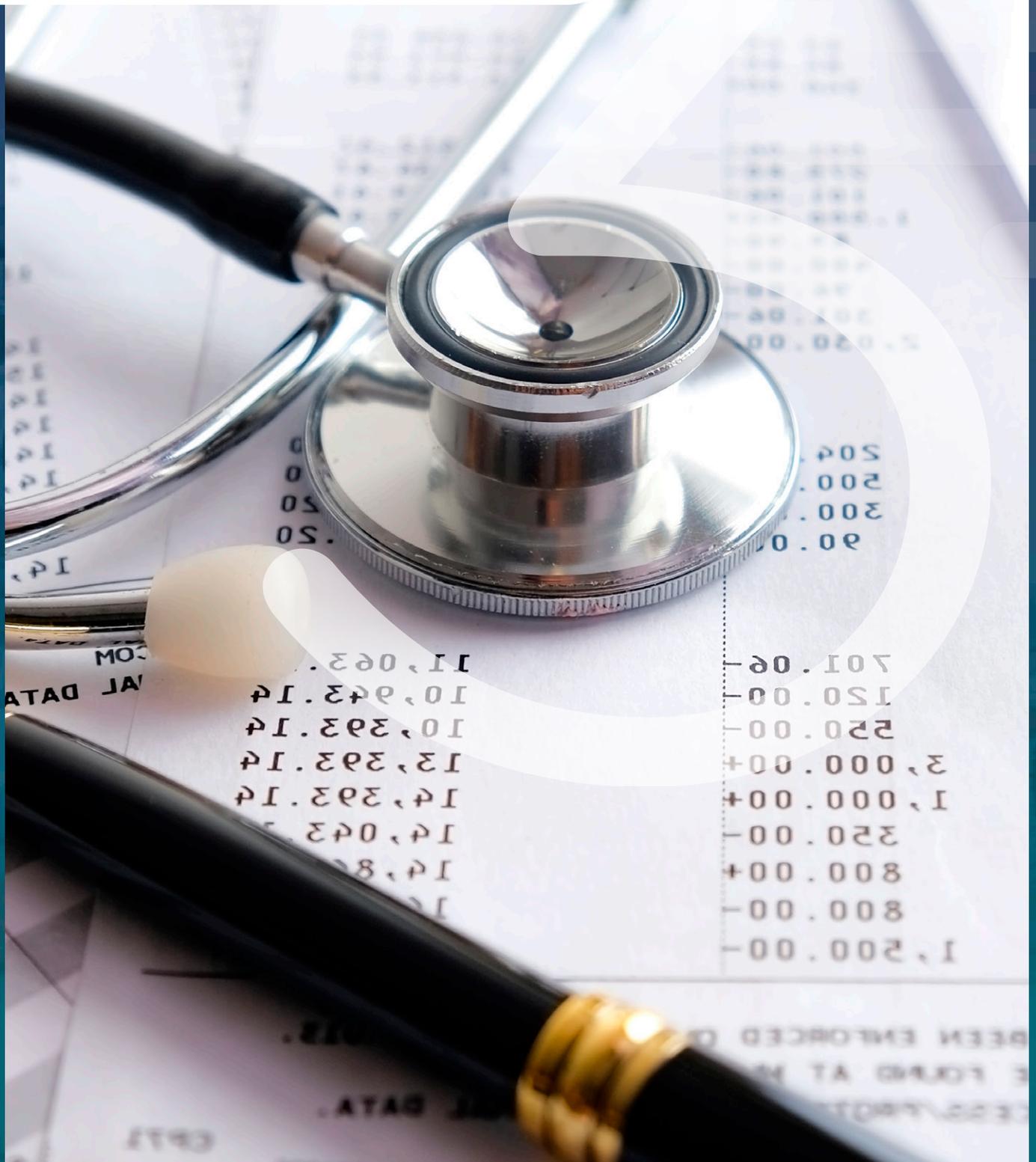
- Part de patients suivis par le médecin généraliste, après une hospitalisation pour IC, dans les délais préconisés par le CNP (14 j)
- Part des patients suivis par l'IDE, après une hospitalisation pour IC, dans les délais préconisés par le CNP (8 j)
- Part de patients suivis par le cardiologue, après une hospitalisation pour une IC, dans les délais préconisés par le CNP (2 mois)

Indicateurs de process

- Taux de réussite des IDEL à joindre le médecin traitant dans un délai raisonnable (-48h jours ouvrés)
- Taux d'appel des IDEL à l'IPA par défaut d'interlocuteurs (MT/ cardiologues) joignables



Le modèle économique



→ La mise en place de ce suivi renforcé est venue s'inscrire dans le cadre des missions globales de l'IPA au sein du service de cardiologie du CHRU.

Elle n'a donc pas fait l'objet d'un financement particulier.



BON À SAVOIR

Pour une file active de **164 patients** (soit env. 330 consultations par an), l'IPA consacre :

- 1h/jour pour la coordination PRADO
- 3 ½ journées par semaine pour le suivi des patients



Témoignages



→ Témoignages



Pr Olivier HUTTIN
Cardiologue CHRU
de Nancy



Elodie HUET
Infirmière en Pratique
Avancée service de
cardiologie CHRU de Nancy



Quelle est la genèse de ce projet et l'intérêt pour le service de cardiologie médicale du CHRU d'initier une telle démarche ?

En sortie d'hospitalisation pour décompensation cardiaque, nous nous efforçons d'inclure l'ensemble des patients dans le dispositif PRADO de l'assurance maladie. L'arrivée d'une infirmière en pratique avancée au sein de l'équipe a permis d'optimiser cette sortie et de rendre le suivi ambulatoire plus efficient. Les patients, qu'ils bénéficient d'un suivi par un cardiologue libéral ou hospitalier sont revus à 15 jours post sortie d'hospitalisation. La fréquence de suivi au sein du service est ensuite variable, selon la disponibilité du médecin traitant, de la marge de titration du traitement de l'insuffisance cardiaque, des fragilités du patient, de l'histoire de la maladie, du projet de soin, de la localisation géographique du patient (distance CHRU).

À travers ce parcours de suivi rapproché, nous avons constaté que malgré un accompagnement par le dispositif PRADO, un certain nombre de patients présentaient des signes de décompensation nécessitant parfois une hospitalisation conventionnelle qui aurait pu être évitée. Des patients sont également adressés au service des urgences pour ce même motif sans que le traitement diurétique ait été modifié. Mettre en place une voie de communication rapide, reprenant les signes EPOF, l'ensemble des acteurs du parcours de soins et leurs coordonnées tout en hiérarchisant leur niveau d'intervention en cas de décompensation semblait pertinent.

Le logigramme présenté a ainsi vu le jour. Concernant le mode de diffusion, le partage à travers le carnet de suivi PRADO est apparu comme une évidence.

Le programme PRADO est un dispositif d'accompagnement et de liaison entre professionnels hospitaliers et libéraux. Y insérer ce logigramme permet de l'enrichir en termes de ressources entre professionnels.

L'objectif premier de ce logigramme est de permettre aux IDEL de contacter rapidement un professionnel de santé pouvant agir dès le repérage de signes de décompensation cardiaque et aux médecins généralistes de pouvoir solliciter un avis rapidement, voire de coordonner des prises en charges hospitalières (HDJ diurétiques, hospitalisations conventionnelles) sans avoir recours aux services d'urgence.

Quels sont les bénéfices attendus pour les cardiologues du CHRU ? les cardiologues libéraux ? les infirmiers libéraux ? les patients ?

Une diminution du nombre de réhospitalisations conventionnelles pour décompensation cardiaque, en donnant aux professionnels de ville les moyens de contacter rapidement un service spécialisé, pour accroître les prises en charge ambulatoire de décompensation. Ce logigramme permet également de faciliter le repérage par l'IDEL des prémices d'une décompensation mais aussi de la place du médecin généraliste et du cardiologue libéral dans la gestion de la décompensation. La hiérarchisation proposée permet à l'IDEL d'avoir l'assurance d'une prise en charge de son patient où à minima d'une conduite à tenir, tout en permettant à l'ensemble des acteurs de s'identifier et de se contacter rapidement en cas de besoin. Le patient bénéficie alors d'une prise en charge précoce et ambulatoire, limitant ainsi l'altération de la qualité de vie et les complications en lien avec l'hospitalisation que nous connaissons chez nos patients insuffisants cardiaques âgés et fragiles (perte autonomie, dénutrition, confusion...).

Quel est le rôle de l'IPA dans la prise en charge ambulatoire du patient insuffisant cardiaque ? En quoi peut-il être facilitateur dans le lien avec les professionnels de ville ?

En hospitalisation, son rôle est de repérer les difficultés qui pourront être celles du patient à sa sortie et de coordonner l'ensemble des acteurs pour le retour à domicile. Dans le cadre de cette coordination à la sortie, il y a aussi la programmation du suivi cardiologique. L'IPA fait partie intégrante de ce suivi. Dans le cadre de la prise en charge en sortie d'hospitalisation, l'IPA revoit le patient de manière rapprochée (15j post retour à domicile) pour une évaluation globale : repérage des facteurs de risques et prise en charge, suivi régulier des comorbidités, dépistage des fragilités et orientation pour prise en charge spécifique, évaluation clinique et titration médicamenteuse, suivi biologique, programmation des examens de suivi si nécessaire.

L'IPA possède une connaissance des parcours de soins et des ressources de ville, ce qui permet une fluidité dans la mise en place de ces parcours. Avec le temps, des collaborations plus étroites se créent avec certains professionnels, ce qui facilite davantage le lien avec la ville et les possibilités d'orientations. Par sa disponibilité et ses compétences cliniques spécifiques, elle peut revoir le patient rapidement afin d'adapter la prise en charge, tout en ayant la possibilité de solliciter à tout moment l'avis du cardiologue.

L'IPA est un soutien, une ressource pour les IDEL et un intermédiaire de premier recours dans la programmation d'une prise en charge hospitalière.

Quelles sont les principales difficultés rencontrées et comment ont-elles été levées ? ou Quels sont pour vous les facteurs clés de réussite d'un tel projet ?

Un échange a été initié entre la CNAM et notre service. Nous avons dans un premier temps exposé notre projet à la conseillère PRADO de notre unité de soin, qui a été un relais du projet auprès des médecins conseils.

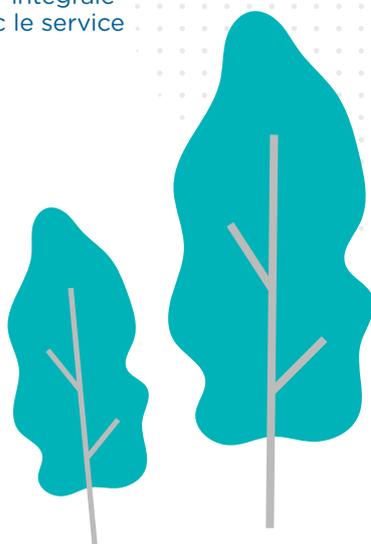
La CNAM comme le CHRU ont cet objectif commun qui est l'efficacité de la prise en charge des patients et la lutte contre les réhospitalisations. Il a donc été assez simple d'étayer le carnet de suivi PRADO en y glissant à l'intérieur le logigramme personnalisé pour chaque patient au format A4 dont l'impression, les informations transmises et la diffusion sont gérées intégralement par l'IPA qui effectuait déjà le lien avec le service PRADO.

Après plusieurs mois de fonctionnement, quel est votre retour d'expérience ? de votre point de vue, de cardiologue, d'IPA ? Quels sont les retours des patients ?

D'un point de vue général, nous avons le sentiment d'être plus facilement sollicité par nos confrères de ville. Ce qui nous permet davantage de gestion ambulatoire des épisodes de décompensation. Les épisodes repérés rapidement permettent l'optimisation rapide des thérapeutiques avec un suivi IPA rapproché le temps de l'épisode aigu, la mise en place d'HDJ diurétique ou encore d'une hospitalisation à domicile pour diurétiques IV. Les patients sont très satisfaits de ces prises en charges, permettant leur maintien à domicile tout en les assurant d'une expertise cardiologique rapide et le recours à un avis hospitalier.

Du point de vue IPA, cela a permis de renforcer la collaboration avec les IDEL. Ces dernières prennent plus facilement contact avec un pair sans crainte d'un jugement. Cela a également permis de faire connaître la place et les missions de l'IPA en cardiologie hospitalière aux professionnels médicaux libéraux, générant des collaborations (médecins généralistes / IPA, cardiologues libéraux / IPA) jusque-là inexistantes.

Du point de vue du cardiologue, cette collaboration a un rôle avant tout facilitateur. Elle permet de lever des freins notamment organisationnels et liés au manque d'encadrement et de relation direct avec la ville. Cela nous permet d'élaborer des stratégies de prise en charge spécifiques et adaptées en fonction de chaque profil de patient. En effet les profils cliniques, biologiques de sévérité mais également le contexte géographique et social ne nous permettent pas d'avoir une prise en charge similaire pour tous les patients. Seule une interaction permanente et facilitée comme c'est le cas avec ces outils nous permet d'améliorer la prise en charge. Enfin, cette approche permet de décloisonner les différents secteurs hospitaliers (conventionnels, HDJ et HAD) et d'établir une véritable relation de confiance.





Mme Lucie VALLON
Infirmière libérale
Cabinet avec 3 IDEL



En quoi le logigramme proposé par le CHRU de Nancy vous semble-t-il être un « plus » dans l'accompagnement des patients Insuffisants cardiaques ? A-t'il permis de lever certaines de vos difficultés ?

Il s'agit d'une alternative, nous permettant de mieux gérer l'insuffisance cardiaque au domicile et d'éviter une hospitalisation dans le cadre d'une nouvelle décompensation cardiaque. Malgré une bonne connaissance de la pathologie, le patient à domicile souffre d'un retard de prise en charge notamment au niveau des médecins traitants qui n'ont pas forcément les réflexes afin d'éviter cette hospitalisation.

Quels sont les éléments déclencheurs qui peuvent vous conduire à utiliser les voies de communications proposées ?

Lorsque le médecin traitant n'est pas assez réactif, mais également lors d'une prise de poids rapide du patient insuffisant cardiaque.

La prise en charge de vos patients en cas de signes de décompensation cardiaque en est-elle facilitée ?

Lorsque le patient est suivi par le CHRU cela est beaucoup plus fluide et rapide que lorsqu'il s'agit d'un patient suivi par un hôpital local et le médecin traitant. Dans ce cas, le patient peut avoir un retard de prise en charge parfois assez conséquent avant l'hospitalisation.

Comment s'articule votre intervention avec celle de l'IPA du service de cardiologie ? Quels sont les bénéfices d'une telle coopération ?

Grâce à L'IPA, cette hospitalisation éventuelle peut être évitée grâce à la majoration des thérapeutiques à domicile et la surveillance. Si une hospitalisation est nécessaire elle restera moins longue que lorsque le patient doit passer par son médecin traitant puis les urgences etc... Il s'agit d'une réelle collaboration au domicile du patient avec la possibilité de mettre en place une HAD de diurétiques ou d'instaurer des consultations rapprochées de l'IPA et/ou du cardiologue.

Après plusieurs mois de fonctionnement, êtes-vous satisfait(e) de la démarche d'accompagnement proposée par le service de cardiologie du CHRU et pourquoi ? Qu'en est-il pour de vos patients ?

Très satisfaite de la réactivité pour les patients connus du CHRU avec des délais d'intervention courts. Les prises en charge sont beaucoup plus longues et laborieuses concernant les patients suivis dans les hôpitaux de proximité pouvant aller jusqu'à la phase aiguë (OAP).



Mme Hayette Medareg-Narou
IDEL



En quoi le logigramme proposé par le CHRU de Nancy vous semble-t-il être un « plus » dans l'accompagnement des patients Insuffisants cardiaques ? A-t'il permis de lever certaines de vos difficultés ?

Dans le cadre d'un accompagnement du patient PRADO cardiologie, le logigramme m'a permis de trouver le bon interlocuteur, en particulier l'infirmière en pratique avancée et de la contacter pour un suivi plus rapproché du patient.

L'IPA, via notre intervention, est informée en temps réel :

- Des difficultés rencontrées lors de nos visites,
- Des résultats de la biologie quand il y a des anomalies,
- Des différentes constantes quand elles nous paraissent anormales.

Quels sont les éléments déclencheurs qui peuvent vous conduire à utiliser les voies de communications proposées ? La prise en charge de vos patients en cas de signes de décompensation cardiaque en est-elle facilitée ?

La communication est facilitée grâce à cet outil. Le fait de pouvoir joindre l'IPA, ou le médecin traitant nous permet de mieux appréhender la problématique rencontrée avec le patient et d'anticiper une éventuelle hospitalisation ou consultation. Pour ma part, je me sens moins seule face à des situations cliniques compliquées.

Comment s'articule votre intervention avec celle de l'IPA du service de cardiologie ? Quels sont les bénéfices d'une telle coopération ?

Pour ma part, il me paraît indispensable de pouvoir collaborer avec l'IPA. Les échanges sont fructueux, le patient se sent entouré, il n'a pas de sentiment d'abandon lors de son retour à domicile. Plus les relations ville-hôpital seront fortes, mieux le patient se sentira en confiance et plus à même de collaborer et d'être compliant aux différents soins.

Après plusieurs mois de fonctionnement, êtes-vous satisfait(e) de la démarche d'accompagnement proposée par le service de cardiologie du CHRU et pourquoi ? Qu'en est-il pour de vos patients ?

Je suis entièrement satisfaite de cette collaboration avec le CHU, et en particulier avec l'IPA, avec laquelle j'ai pu échanger plus facilement. Mon patient a été reconnaissant de cet accompagnement. Il m'a dit qu'il se sentait mieux, qu'il avait repris une activité physique.



Dr Marion Hinsinger
Médecin généraliste



Témoignage patient



La mise à disposition de ce logigramme est-elle un « plus » dans la prise en charge de vos patients présentant des signes de décompensation ? Quels plus-value percevez-vous ? Quel est le ressenti de vos patients insuffisants cardiaque ?

Oui. Cela permet un suivi plus adapté des patients fragiles à domicile et permet d'alerter rapidement en cas de dégradation. Les patients sont rassurés.

Quels sont les éléments déclencheurs qui peuvent vous conduire à utiliser cette voie de communication pour contacter la cardiologie du CHRU de Nancy ?

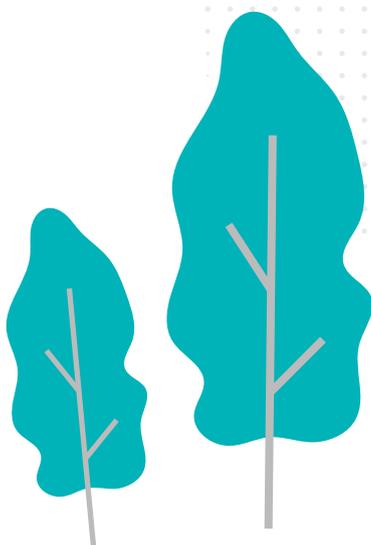
Chez les patients fragiles, la dégradation du bilan biologique, une prise de poids excessive et rapide...

Certains médecins sont parfois retissant à la collaboration avec une IPA. Quels bénéfices et/ou limitations percevez-vous à cette collaboration ? Quel est votre retour d'expérience ?

Un contact rapide avec l'hôpital et un lien direct sans passer par le standard avec une personne qui connaît bien le patient.

Après plusieurs mois de fonctionnement, êtes-vous satisfaite de la démarche d'accompagnement proposer par le service de cardiologie du CHRU et pourquoi ? Qu'en est-il pour vos patients ?

Oui ! Cela permet des hospitalisations rapides sans passer par les urgences et un suivi rapproché des patients fragiles.



Vous avez bénéficié d'une prise en charge en sortie d'hospitalisation par un infirmier en pratique avancé, comment cela s'est-il passé ?

C'est révolutionnaire. Je suis prise en charge dans les hôpitaux depuis plusieurs années dans différents services, là, l'accompagnement est personnalisé, avec une prise en charge complémentaire à celle du cardiologue. Je suis revue souvent, on adapte le suivi, je me sens accompagnée. Avant il y avait le PRADO, mais depuis 3 ans vraiment, avec l'arrivée de l'infirmière en pratique avancée j'ai vu l'évolution dans ma prise en charge.

Vous êtes-vous sentie en sécurité et rassurée par cet accompagnement ? Si oui, pourquoi ?

Oui, par la personnalisation du suivi, je peux poser toutes mes questions, m'épancher psychologiquement, sans percevoir les jugements de valeurs que l'on peut parfois rencontrer. Pour moi c'est formidable, je retrouve une humanité dans ma prise en charge. C'est plus que mon cœur, on m'aide psychologiquement aussi dans ma maladie. On ME prend en charge, pas ma pathologie.

Les critères humains reviennent alors qu'ils se perdaient. J'ai le sentiment d'avoir une « nounou » à l'hôpital en plus de mon cardiologue. À l'annonce de la maladie, on redevient enfant face à elle, avec des craintes. Le lien créé à travers cette nouvelle prise en charge est important, rassurant, on prend du temps pour moi.

Dans le cadre de la prise en charge ambulatoire, un document est communiqué à votre infirmier(ère) libéral(e) et votre médecin traitant pour faciliter la communication en cas de signes annonciateurs d'une décompensation cardiaque ? cela vous semble-t-il être un « plus » ? Les professionnels de ville qui vous accompagnent y ont-ils déjà eu recours ? Si oui, quels en ont été pour vous les bénéfices et limites ?

Cela permet d'avoir une référence directe et rapide. Pas besoin de courir. Cela limite l'angoisse en situation de décompensation. Le contact rapide c'est « double pouce levé », on a le sentiment de revenir à un temps où quand vous n'étiez pas bien le médecin traitant était en 15 min à vous côté à la maison. Moi, ça m'a épargné des passages aux urgences et c'est un grand soulagement. Ce document est bienfaiteur, il aide tout le monde en réalité. Je n'ai que de la satisfaction pour cette méthode, ça va beaucoup plus vite quand je ne vais pas bien, mon médecin, mes infirmiers se posent moins de questions. Je me sens en confiance, sereine après une hospitalisation et pour mon suivi au long court.

La boîte à outils

Fiche 1 - Support de consultation de l'IPA _____ p20-28

Fiche 2 - Logigramme intégré dans le carnet du PRADO IC _____ p29

→ Consultation initiale d'inclusion

Cette consultation est **obligatoirement en présentiel**. Elle est dans la continuité de la consultation du cardiologue. Ce dernier ayant au préalable recueilli le consentement du patient pour une prise en charge par l'IPA.

Exemple de contenu de la consultation à paramétrer dans votre logiciel métier

Consultation réalisée par :

Le : / / **FEVG :** %

Anamnèse : *(motif consultation) résume dernière consultation*

.....

Antécédents : *Recherche apnée du sommeil (dépistage Berlin)*

.....

Allergies :

Activité physique adaptée :

Fragilité :

Vaccinations :

.....

Plan d'aide :

.....

Interrogatoire :

.....

.....

.....

Tension Artérielle	Fréquence cardiaque	Saturation	Poids <i>(prise de poids à quantifier)</i>	Œdèmes des membres inférieurs	Hypotension orthostatique
					Couché : Debout :

Auscultation :

.....

.....

Échelle de la Dyspnée : score de 0 à 10

NYHA :

ECG :

Fiche n°1

Support de consultation de l'IPA

ANNEXES - FICHE n°1

Prévenir récides de décompensation

Coordination Ville-Hôpital

Hémoglobine	Créatinine	Hba1c	Ferritine	TSH	NT-proBNP	Albumine
Plaquettes	DFG	Glycémie à jeun	Coefficient de saturation en transferrine	CRP	Potassium/sodium	Préalbumine
TGO	TGP	GGT	LDL			

Mon traitement actuel :

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher
				

Mon traitement en fin de consultation :

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher
				

Conclusion

Récapitulatif :

Stabilité :

Examens complémentaires demandés :

Surveillances :

À faire avant ma prochaine consultation :

PROCHAIN RENDEZ VOUS AU CABINET DE CADIOLOGIE LE : / /

AVEC :

Fiche n°1

Support de consultation de l'IPA

→ La vaccination

La vaccination fait partie des **mesures prophylactiques disponibles et s'avère essentielle chez les patients atteints de maladies cardio-vasculaires.**

En effet, les patients présentant une pathologie cardio-vasculaire (hypertension artérielle, coronaropathie, insuffisance cardiaque, valvulopathies, cardiopathie rythmique, etc.) et/ou ayant bénéficié d'une chirurgie cardiaque ont un risque de décompensation au cours d'une infection aiguë (œdème aigu du poumon, ischémie myocardique, trouble du rythme paroxystique, etc.).

De ce fait, **il est recommandé que les patients concernés soient vaccinés contre les infections à pneumocoque, à la grippe et au Covid 19, en plus des vaccinations habituelles de la population adulte (diphthérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, etc.).**

Rappel du calendrier et du schéma vaccinal :



Tableau des vaccinations recommandées chez les adultes - 2023 (en dehors des vaccinations réalisées en milieu professionnel) Hors Covid-19

Vaccins contre :		18-24 ans	25 ans	35 ans	45 ans	65 ans	>65 ans
Recommandations générales	Diphthérie (d), Tétanos (T), Poliomyélite (P)		Rappel dTcaPou dTP si dernier rappel de dTcaP < 5 ans		Rappel	Rappel	Rappel à 75, 85 ans...
	Grippe					1 dose annuelle	
	Zona					Entre 65 à 74 ans : une dose	
Populations particulières et à risque	Pneumocoque	Pour les adultes à risque élevé d'infection					

Exemple d'ordonnance de vaccination

Faire pratiquer une vaccination antipneumococcique selon les modalités suivantes :

- **PREVENAR 20 (VPC20)** dose unique tous les 5 ans à partir de 2024 dès disponibilité
- **Sinon ancien schéma : PREVENAR 13 (VPC 13)**, puis à 2 mois plus tard, PNEUMOVAX (VPP 23)



N'oubliez pas de compléter le dossier DMP



Vaccination anti-grippal

Prescription et prise en charge du vaccin anti-grippal

N° d'immatriculation :

Bénéficiaire de la prise en charge :

Date et rang de naissance du bénéficiaire :

Code organisme :

A remplir par le professionnel de santé prescripteur		A remplir par le pharmacien qui délivre le vaccin	
Spécialité prescrite	Identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce	Date de délivrance	Identification du pharmacien
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date de prescription Signature Signature

Fiche n°1

Support de consultation de l'IPA

ANNEXES - FICHE n°1

Prévenir récurrences de décompensation

Coordination Ville-Hôpital

→ Consultation « Fragilité »

Exemple de contenu de la consultation à paramétrer dans votre logiciel métier

Dans le cadre du suivi cardiologique du Dr ,
M née le / / , âgé de ans,
a bénéficié d'une prise en soins par un infirmier en pratique avancée
M , dont voici le compte rendu :

Motif de consultation :

Anamnèse

Comorbidités :
.....
.....
.....

Traitements habituels :
.....
.....
.....

Allergies :
.....
.....
.....

Biologie :
.....
.....

Environnement

Vit : (marié, célibataire, concubinage) (autonomie du conjoint)

Enfants : (nombres d'enfants et lieux de résidences, conflits...)

Conduit : oui non ; (conjoint oui non)

Habitation : type d'habitation, plains pied, étage.....

Salle de bain : (baignoire/ douche).....

Autonomie : ADL=...../6 (préciser les dépendances)

IADL=...../8 (préciser les dépendances et qui gère à la place)

Score GIR :

Plan d'aide :

IDE : Aide-ménagère :

Auxiliaire de vie : Kiné :

Psychologue : Assistante sociale :

Ergothérapeute : Orthophoniste :

Téléalarme : Lit médicalisé :

Matériel d'aide : Autre :

Fiche
n°1

Support de consultation de l'IPA

Consultation

Score de fragilité : Robuste, pré-fragile, fragile (préciser les critères)**Alimentation** : (préciser si perte d'appétit / perte de poids)**Poids** : ce jour, poids de forme :**Taille** : **MNA** :**IMC** : (<22kg/m² dénutrition modérée, < 20kg/m² dénutrition sévère)**Calculer le % de perte de poids** :

- *Dénutrition modérée* : perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- *Dénutrition sévère* : perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois, ou $\geq 15\%$ en 6 mois, ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ; albuminémie ≤ 30 g/L

Risque de fausses routes : oui non**Texture** : normale tendre hachée mixée**Sensoriel** :

- **Prothèse dentaire** : haut et bas adapté(es)
- **Audition** : normale surdité débutante
- **Lunettes** : adaptées non adaptées non
- **État cutané** : rougeurs œdèmes lésion de grattage
- **BRADEN** :

Douleur :

- **EV** :
- **Algoplus** :
- **Localisation** :

Cognition :

- **Score MMS** : /30
(Temps /5 ; espace /5 ; apprentissage /3 ; rappel /3 ; langage /8 ; attention et calcul /5 ; praxies constructives /1)
- **Observance thérapeutique** :
- **Troubles du comportement** : oui non (score NPI) :
- **Protection juridique** :

Humeur :

- **Mini GDS** : normal probable syndrome dépressif traité
- **Anxiété** : oui non :
- **Trouble du sommeil** : oui non (dyspnée, réveil fréquents, difficultés d'endormissement) score de Berlin et Epworth :

Locomoteur : pas de chutes dans l'année, plainte vertiges

- **Test unipodal** = /2
- **Troubles de l'équilibre** :
- **Timed Up and Go Test** = /4
- **Recherche Hypotension orthostatique** : TA couchée : /..... TA debout : /.....

Synthèse

.....

.....

QUESTIONNAIRE SUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE (KANSAS CITY)

Ce questionnaire concerne votre **insuffisance cardiaque** et son impact sur votre vie. Veuillez lire et répondre aux questions suivantes. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Choisissez simplement la réponse qui correspond le mieux à votre cas.

1. **L'insuffisance cardiaque** affecte différentes personnes de différentes manières. Certaines personnes souffrent plutôt d'essoufflement, tandis que d'autres ressentent plutôt de la fatigue. Veuillez indiquer dans quelle mesure votre capacité d'entreprendre chacune des activités suivantes a été limitée par l'insuffisance cardiaque (p. ex., essoufflement ou fatigue) au cours des 2 dernières semaines.

Cochez (ou) une seule case par ligne

Activité	Extrêmement limité(e)	Assez limité(e)	Modérément limité(e)	Légèrement limité(e)	Pas limité(e) du tout	Limité(e) pour d'autres raisons ou n'ai pas fait cette activité
Vous habiller	<input type="checkbox"/>					
Prendre une douche/un bain	<input type="checkbox"/>					
Marcher la distance d'un coin de rue sur terrain plat	<input type="checkbox"/>					
Faire du jardinage, du ménage, ou porter des sacs d'épicerie	<input type="checkbox"/>					
Monter un étage par les escaliers sans vous arrêter	<input type="checkbox"/>					
Faire du jogging ou vous dépêcher (comme pour ne pas manquer un autobus)	<input type="checkbox"/>					

2. **Par rapport à il y a 2 semaines**, vos symptômes d'insuffisance cardiaque (p. ex., essoufflement, fatigue ou enflure des chevilles) ont-ils changé ?

Mes symptômes d'insuffisance cardiaque ...

Ont fortement empiré	Ont légèrement empiré	N'ont pas changé	Se sont légèrement améliorés	Se sont fortement améliorés	Je n'ai pas eu de symptômes au cours des 2 dernières semaines
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright © 1992-2006 John Spertus MD, MPH - KCCQ - Canada/French

3. Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu les jambes, les chevilles ou les pieds enflés en vous réveillant le matin ?

Tous les matins	Au moins 3 fois par semaine mais pas tous les jours	1 ou 2 fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Pas une fois au cours des 2 dernières semaines
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Au cours des 2 dernières semaines, dans quelle mesure l'enflure de vos pieds, de vos chevilles ou de vos jambes vous a-t-elle dérangé(e) ? L'enflure a été ...

Extrêmement dérangeante	Assez dérangeante	Modérément dérangeante	Légèrement dérangeante	Pas du tout dérangeante	Je n'ai pas eu d'enflure
<input type="checkbox"/>					

5. Au cours des 2 dernières semaines, en moyenne, combien de fois la fatigue a-t-elle limité votre capacité de faire ce que vous vouliez ?

Tout le temps	Plusieurs fois par jour	Au moins 1 fois par jour	Au moins 3 fois par semaine mais pas tous les jours	1 ou 2 fois par semaine	Moins d'1 fois par semaine	Pas 1 fois au cours des 2 dernières semaines
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Au cours des 2 dernières semaines, dans quelle mesure la fatigue vous a-t-elle dérangé(e) ? La fatigue a été ...

Extrêmement dérangeante	Assez dérangeante	Modérément dérangeante	Légèrement dérangeante	Pas du tout dérangeante	Je n'ai pas eu de fatigue
<input type="checkbox"/>					

7. Au cours des 2 dernières semaines, en moyenne, combien de fois l'essoufflement a-t-il limité votre capacité de faire ce que vous vouliez ?

Tout le temps	Plusieurs fois par jour	Au moins 1 fois par jour	Au moins 3 fois par semaine mais pas tous les jours	1 ou 2 fois par semaine	Moins d'1 fois par semaine	Pas 1 fois au cours des 2 dernières semaines
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fiche n°1

Support de consultation de l'IPA

ANNEXES - FICHE n°1

Prévenir récides de décompensation

Coordination Ville-Hôpital

8. Au cours des 2 dernières semaines, dans quelle mesure l'essoufflement vous a-t-il dérangé(e) ?
L'essoufflement a été ...

Extrêmement dérangeant	Assez dérangeant	Modérément dérangeant	Légèrement dérangeant	Pas du tout dérangeant	Je n'ai pas eu d'essoufflement
<input type="checkbox"/>					

9. Au cours des 2 dernières semaines, en moyenne, combien de fois avez-vous dû dormir assis(e) dans un fauteuil ou soutenu(e) par des oreillers à cause de problèmes d'essoufflement ?

Toutes les nuits	Au moins 3 fois par semaine mais pas toutes les nuits	1 ou 2 fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Pas une fois au cours des 2 dernières semaines
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Les symptômes d'insuffisance cardiaque peuvent empirer pour diverses raisons. Dans quelle mesure êtes-vous sûr(e) de savoir quoi faire ou qui appeler si vos symptômes empiront ?

Pas sûr(e) du tout	Pas très sûr(e)	Assez sûr(e)	Presque sûr(e)	Tout à fait sûr(e)
<input type="checkbox"/>				

11. Comprenez-vous bien ce que vous pouvez faire pour éviter que les symptômes liés à votre insuffisance cardiaque empiront (p. ex., vous peser régulièrement, suivre un régime pauvre en sel, etc.) ?

Je ne comprends pas du tout	Je ne comprends pas très bien	Je comprends bien	Je comprends plutôt bien	Je comprends très bien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Au cours des 2 dernières semaines, dans quelle mesure votre insuffisance cardiaque vous a-t-elle empêché(e) de profiter de la vie ?

Énormément	Beaucoup	Modérément	Légèrement	Pas du tout
<input type="checkbox"/>				

Copyright © 1992-2006 John Spertus MD, MPH - KCCQ - Canada/French

13. Si vous deviez passer le reste de votre vie dans votre état actuel d'insuffisance cardiaque, comment vous sentiriez-vous?

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

14. Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou déprimé(e) à cause de votre insuffisance cardiaque?

Tout le temps	La plupart du temps	Occasionnellement	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/>				

15. Dans quelle mesure votre insuffisance cardiaque affecte-t-elle votre mode de vie ? Veuillez indiquer de quelle façon votre insuffisance cardiaque a pu limiter votre participation aux activités suivantes, au cours des 2 dernières semaines.

Cochez () ou () une seule case par ligne

Activité	Extrêmement limité(e)	Assez limité(e)	Modérément limité(e)	Légèrement limité(e)	Pas limité(e) du tout	Limité(e) pour d'autres raisons ou n'ai pas fait cette activité
Passe-temps, activités de loisirs	<input type="checkbox"/>					
Activités liées à votre emploi ou tâches ménagères	<input type="checkbox"/>					
Rendre visite à de la parenté ou à des amis	<input type="checkbox"/>					
Relations intimes ou sexuelles	<input type="checkbox"/>					

Copyright © 1992-2006 John Spertus MD, MPH - KCCQ - Canada/French

Fiche n°2

Logigramme intégré dans le carnet du PRADO IC

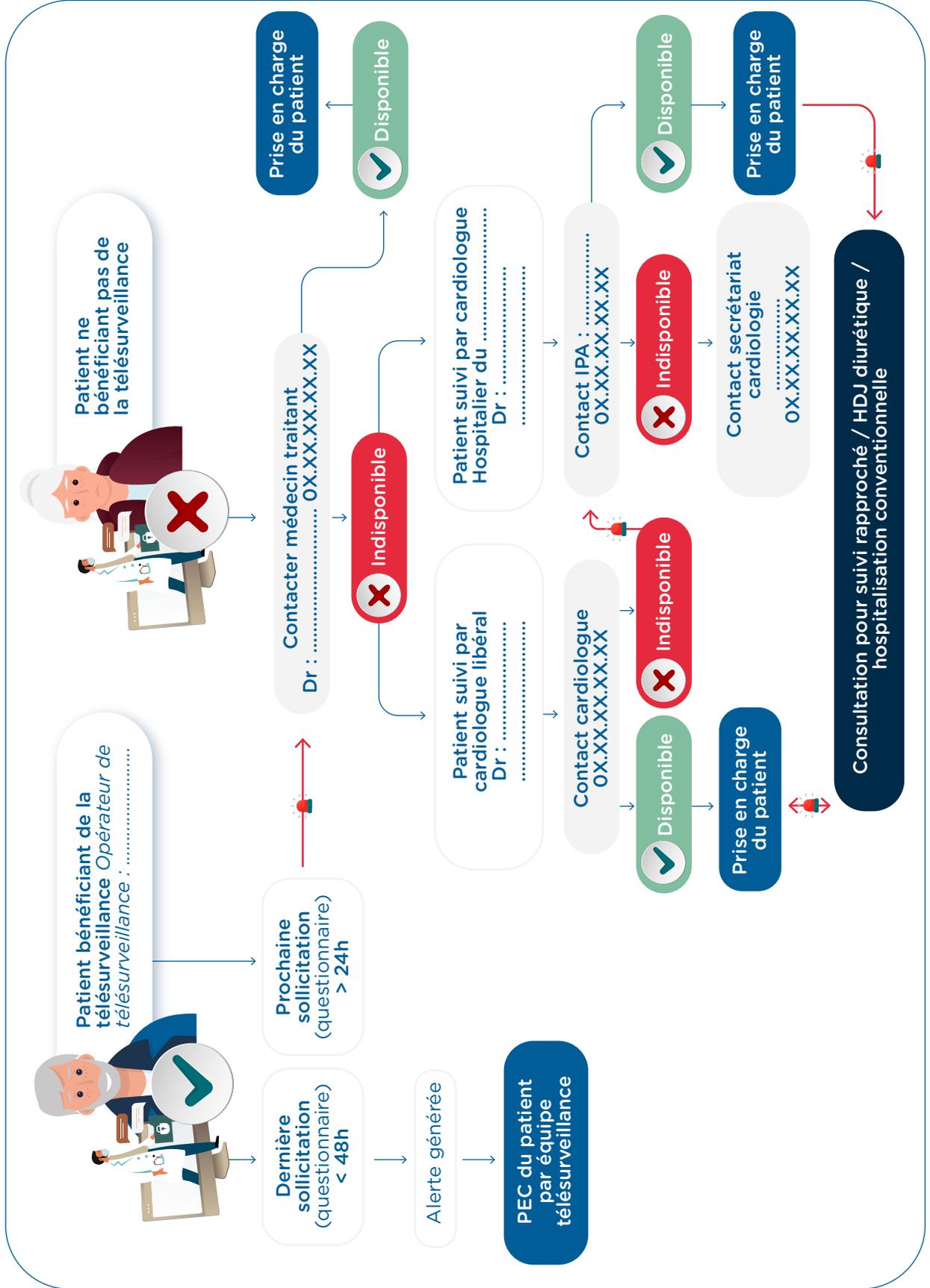
ANNEXES - FICHE n°2

Prévenir récurrences de décompensation

Coordination Ville-Hôpital

Parcours de soins ambulatoire patient insuffisant cardiaque coordination / réseau PRADO assurance maladie

En cas de signes évocateurs d'une décompensation cardiaque : dyspnée, prise de poids, oedèmes, orthopnée, fatigue anormale





Outil'ic

La boîte à outils de l'Insuffisance Cardiaque



EthiCare

www.ethicare.fr

direction@ethicare.fr