

# **1° webinaire - Projet « Améliorer le parcours des personnes âgées insuffisantes cardiaques pour éviter leur passage aux urgences »**

**Mardi 4 février 2025**

# Ordre du jour

**Introduction** : M. Eric Bongrand (ARS IDF – DA) et Dr Sophie Bataille (ARS IDF – DOS)

**I. Présentation du projet** : Dr Sophie Bataille (ARS IDF – DOS)

- Contexte
- Objectifs
- Bilan régional

## **II. 3 RETEX**

- Centre Cardiologique du Nord (93) : Dr Thierry Laperche et Mme Catherine Allard
- Institut Mutualiste Montsouris (75) : Dr Clémence Roig et Dr Christophe Caussin
- Centre Hospitalier Sud Francilien (91) : Dr Fatiha Bouaraba, Dr Pascal Goube et leur équipe

**III. Présentation de l'article 51 – CECICS** : Mme Armelle Duchenne (AP-HP)

**Conclusion et perspectives** : Dr Sophie Bataille (ARS IDF – DOS)

# I. Présentation du projet

## Contexte

**Le cadre du projet : Mesure 5 du Pacte de refondation des urgences (2019)** qui vise pour les personnes âgées à réduire le nombre de passages aux urgences évitables et à favoriser les admissions directes en hospitalisation

- Des exemples d'actions soutenues dans le cadre de cette mesure 5
  - Le renforcement de l'activité des filières de soins gériatriques (34 filières en IDF)
  - La couverture intégrale de la région par des équipes mobiles gériatriques externes (création de 14 équipes en 2020)
  - L'amélioration de la prise en charge des situations d'urgence relative en EHPAD (projet ASSURE)
  - .....
  - **L'amélioration du parcours des personnes âgées insuffisantes cardiaques pour éviter leur passage aux urgences**

### Les financements dédiés

- Montant régional : 2M d'euros
- Financements pérennes

### Le suivi du projet réalisé conjointement par

- Direction de l'Autonomie
- Direction de l'Offre de soins
- Délégation Départementale

## Présentation du projet (1/2)

### **Le projet poursuit les actions d'amélioration du parcours de soins des patients insuffisants cardiaques mises en place en IDF depuis 2016**

- Mise en place de consultations semi-urgentes dédiées aux patients en début de décompensation cardiaque dans le cadre d'un AAP ARS
- Animations territoriales dans le cadre du 1° CAQES
- Engagement dans la délégation de tâche dès la publication du protocole de coopération de l'insuffisance cardiaque (fin 2019)
- Participation à l'article 51 CECICS (début 2020)
- ...

### **Objectifs : améliorer le parcours de personnes âgées insuffisantes cardiaques en**

- Développant la synergie territoriale (ES, CPTS, EHPAD,...)
- Développant la coopération gériatrique et cardiologique
- Incitant les ES du projet à
  - S'engager dans la délégation de tâches
  - Développer la télésanté (télésurveillance, téléexpertise, téléconsultation)
    - Entre autres, pour organiser et faciliter l'accès à l'expertise cardio hospitalière pour la ville si besoin
  - Mobiliser l'HAD
  - ...
- En accompagnant les ES à mettre en œuvre la CECICS

## Présentation du projet (2/2)

### 4 actions soutenues par l'ARSIF dans le cadre de ce projet sont

- Le recrutement d'un IDE de Coordination
  - Mission intra-hospitalière
  - Mission extrahospitalière : liens avec les CPTS et EHPAD, ...
- La mise en œuvre d'une consultation semi-urgente en cas de début de décompensation cardiaque portée par l'ES
- La mise en œuvre d'une consultation de titration à la sortie du MCO +/- pour la ville portée par l'ES
- La formation d'un IDE au protocole de coopération de l'insuffisance cardiaque

**ES sélectionnés :** ES engagés dans l'amélioration du parcours des patients insuffisants cardiaques (connus de l'ARSIF) et ne participants pas à la CECICS

### Suivi du projet

- Pour :
  - Accompagner chaque ES dans l'élaboration de son plan d'action
  - Evoluer progressivement et collectivement en région vers un parcours complet en partageant les initiatives des ES
- Par des visios régulières bilatérales entre les ES et l'ARSIF (DA-DOS-DD) (200 visios réalisées à date)
- *A noter : en 2024 faute de participation au projet, 2 ES sont sortis et le financement récupéré a été réparti sur 3 nouveaux ES*

## Liste des 23 établissements participants à date

Dpt	Statut juridique	Etablissement	Actions choisies par les ES en 2022				Date d'entrée dans le projet
			Recrutement d'une IDE de coordination	Consultations semi-urgentes	Consultations de titration	Formation IDE au protocole de coopération	
75	ESPIC	GH PARIS SITE SAINT JOSEPH	x	x			2022
75	ESPIC	INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	x	x	x	x	2022
75	Privé	CLINIQUE CHIRURG ALLERAY LABROUSTE	x		x	x	2022
77	Public	CH DE MEAUX SITE SAINT FARON	x	x		x	2022
77	Public	GHEF MARNE LA VALLEE SITE JOSSIGNY		x	x		2022
77	Public	CH MELUN	/	/	/	/	2024
77	Public	CH PROVINS	/	/	/	/	2024
78	Public	CHI POISSY ST GERMAIN SITE DE POISSY	x			X	2022
78	Privé	CH PRIVE DE L'EUROPE	x		x	X	2022
78	Public	CH DE VERSAILLES SITE ANDRE MIGNOT	x				2022
78	ESPIC	CH PORTE VERTE	/	/	/	/	2024
91	Public	CH SUD FRANCILIEN SITE JEAN JAURES	x	x		x	2022
91	ESPIC	CENTRE HOSPITALIER DE BLIGNY	x	x		x	2022
92	Privé	CLINIQUE CHIRURGICAL AMBROISE PARE		x	x	x	2022
93	Public	GHI LE RAINCY MONTFERMEIL	x		x		2022
93	Privé	CENTRE MEDICO CHIRURGICAL FLOREAL		x	x	x	2022
93	Privé	CENTRE CARDIOLOGIQUE DU NORD	x			x	2022
93	Privé	HOPITAL PRIVE DE L'EST PARISIEN	x		x		2022
94	Public	CHI LUCIE ET RAYMOND AUBRAC	x	x	x	x	2022
95	Public	CH VICTOR DUPOUY	x		x	x	2022
95	Public	GHEM SIMONE VEIL SITE EAUBONNE	x		x	x	2022
95	Public	CH GENERAL DE GONESSE	x	x	x	x	2022
95	Public	CH RENE DUBOS	X		x	x	2022
<b>AU TOTAL</b>			<b>17</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	

## Bilan régional à date (2 ans de projet)

### Bilan sur les actions financées dans les 23 ES à date

- 10 ES ont mis en place toutes les actions choisies
- 10 ES sont encore en cours de mise en œuvre
- 3 ES viennent de commencer en 2024 et ont un financement global

### En complément

- 5 ES ont associé une ou plusieurs IPA dédiées au projet
- 2 ES ont créé une équipe mobile intra d'insuffisance cardiaque
- 11 ES utilisent déjà la TS et 7 sont en cours
- 7 ES utilisent déjà la TC / TE et 5 sont en cours
- 15 ES ont noué un fort lien avec une équipe mobile de gériatrie externe et / ou les EHPAD de leur territoire
- 2 ES indiquent chercher à renforcer ce lien.

Pour les 20 ES impliqués depuis 2022	Nb d'actions financées	Nb d'actions mises en place à date
Recrutement d'une IDE de coordination	17	14
Consultations semi- urgentes	10	15
Consultations de titration	13	14
Formation IDE au protocole de coopération	15	15

### Atteinte des objectifs à date

- Chaque plan d'action est unique
- Le projet embarque les ES vers la construction du parcours global IC, au-delà des actions financées
- Le projet inclut l'ensemble des patients IC



## II. RETEX

# À propos du projet de *Coordination du Parcours Insuffisance Cardiaque au CCN*

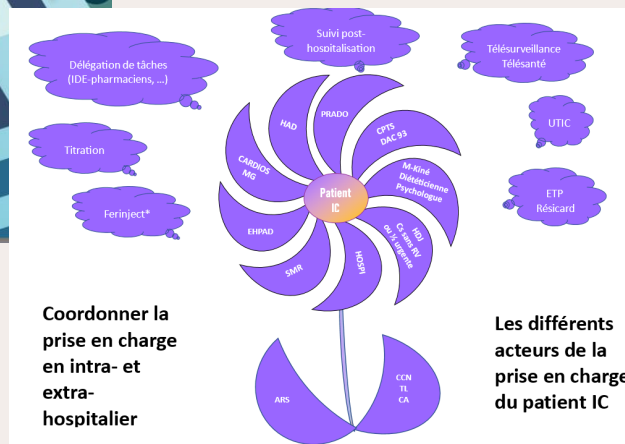
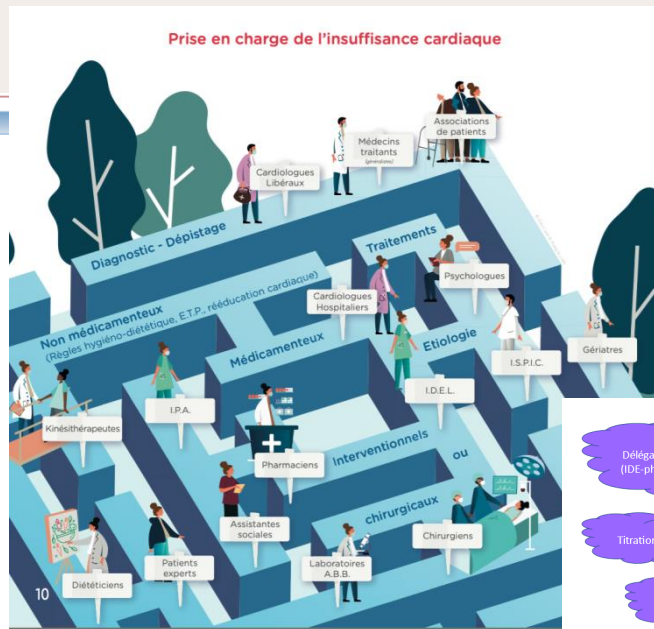
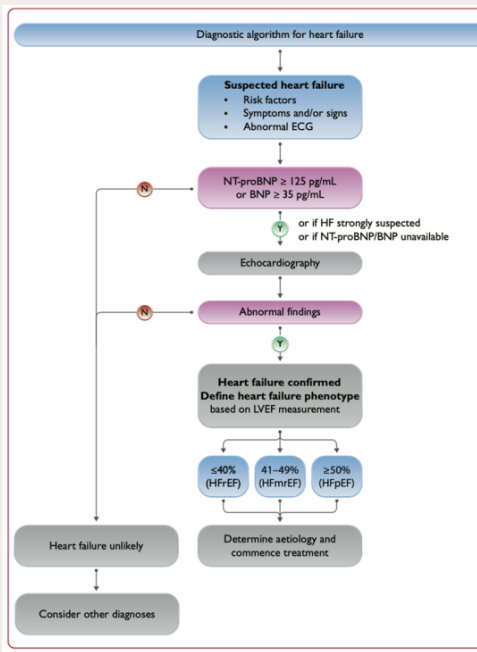
Dr Thierry LAPERCHE  
Catherine ALLARD

Centre Cardiologique du Nord – 93200 Saint-Denis  
Février 2025

*«Comment améliorer le  
parcours des personnes  
âgées insuffisantes  
cardiaques pour éviter leur  
passage aux urgences ? »*

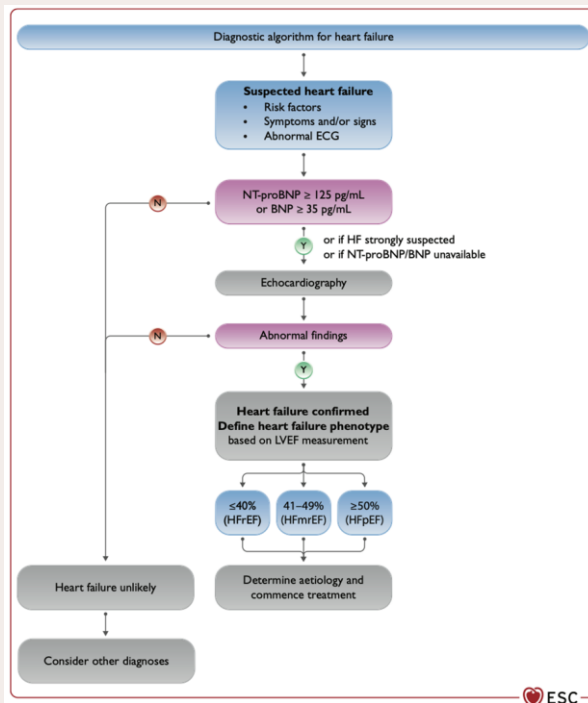
- La présentation de la démarche adoptée
- La chronologie des étapes mises en œuvre
- La typologie des patients suivis

# Une approche multidimensionnelle...



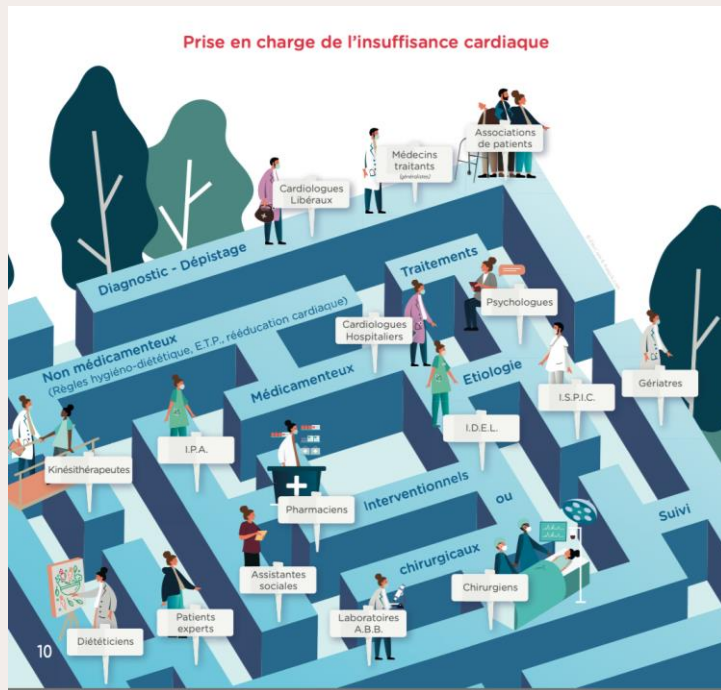
vers de nouveaux horizons...

# Une approche multidimensionnelle...



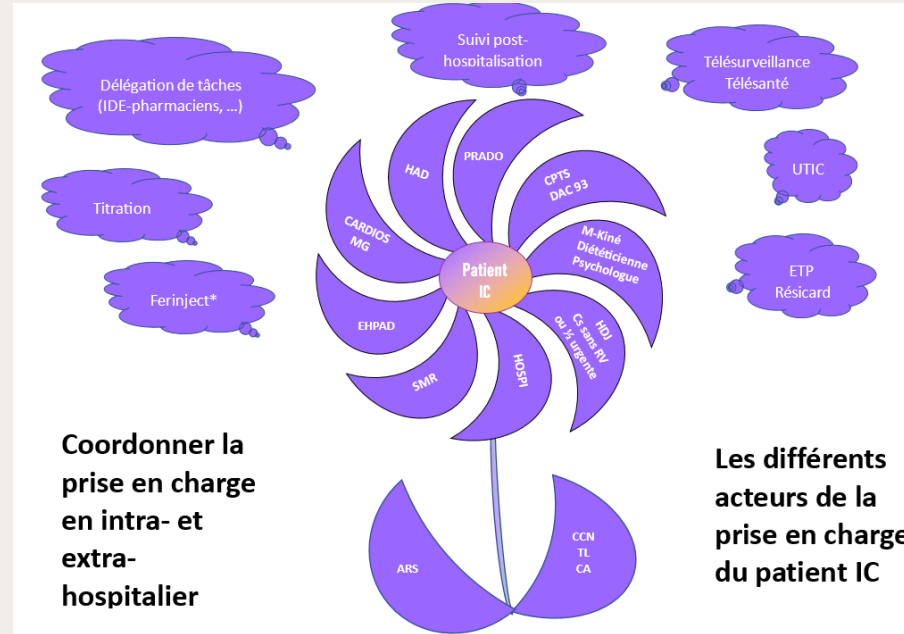
vers de nouveaux horizons...

# Une approche multidimensionnelle...



vers de nouveaux horizons...

# Une approche multidimensionnelle...



vers de nouveaux horizons...



### **Objectifs prioritaires fixés**

- Simplifier et clarifier la communication sur les rôles des différents professionnels autour de l'IC
- Renforcer les compétences des patients et de leurs proches
- Adapter l'environnement du patient pour mieux répondre à ses besoins
- Créer des liens solides avec les partenaires locaux pour un accompagnement de qualité
- Concevoir des outils pratiques et accessibles pour faciliter le suivi et la prise en charge

## **Communiquer, éduquer, former, créer**

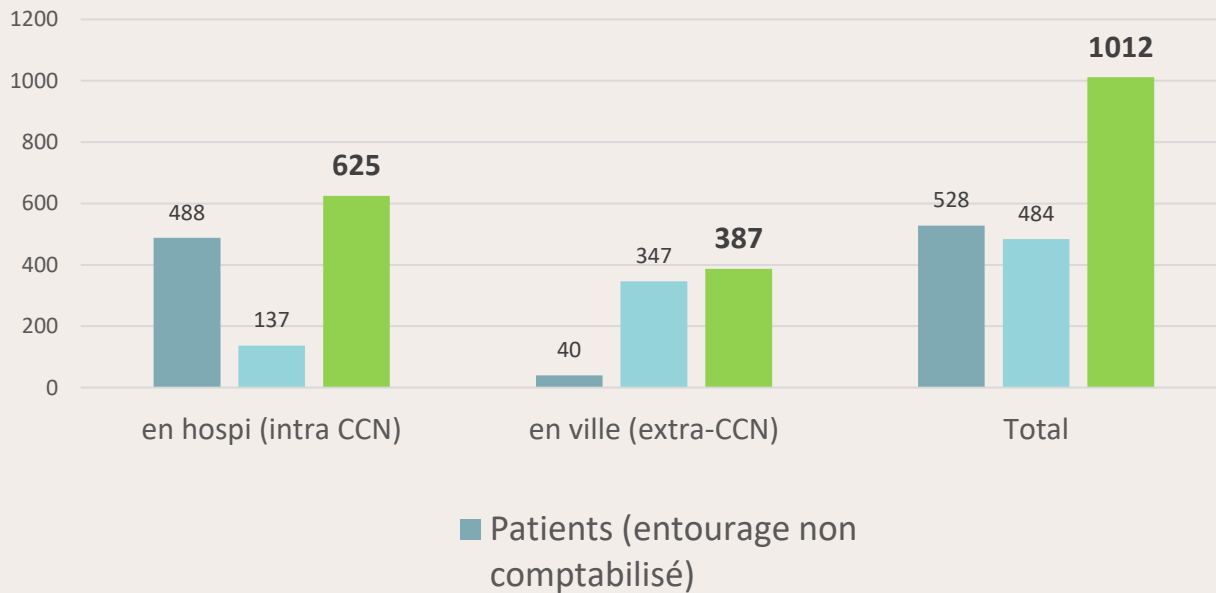


# Chronologie

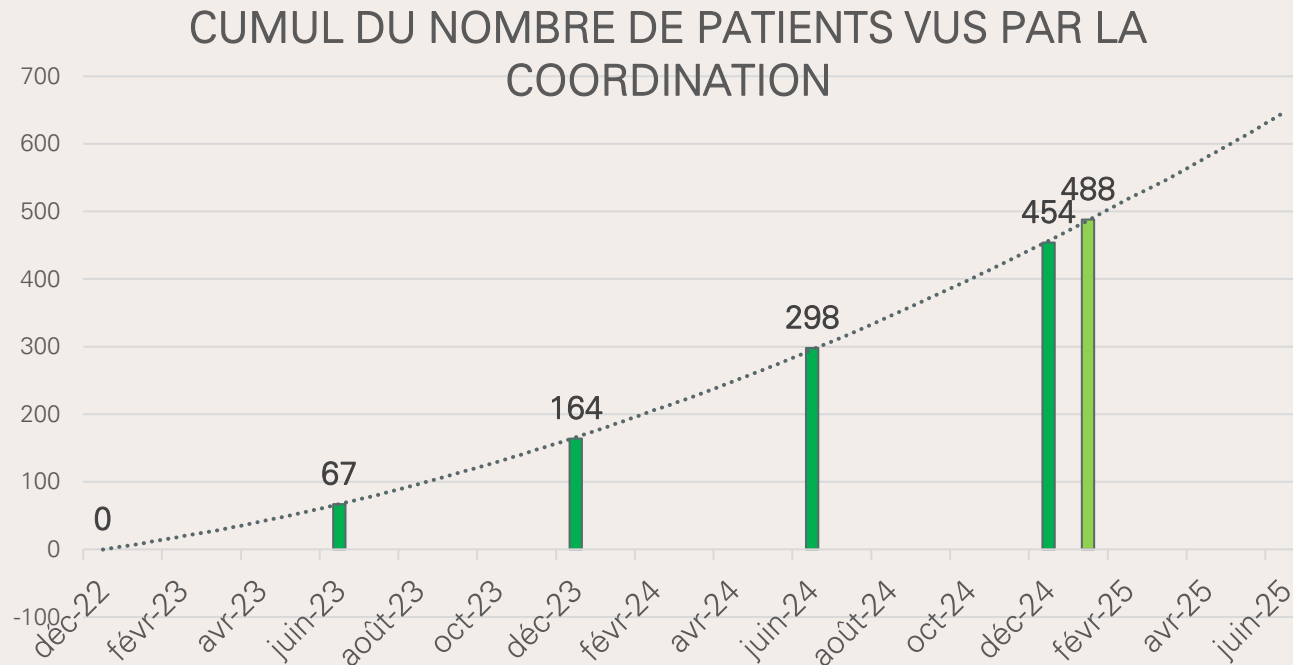
	déc 2022 à juin 2023	juil 23 à déc 23	janv 24 à juin 24	juil 24 à déc 24	janv 25 à juin 25
Réunions en visio avec Dr Bataille et Dr Laperche et + (●)	●●●	●	●●	●	●●
Communication sur la fonction de coordination	Médecins CCN rencontre individuelle 4 réunions CCN (Dr TL-Drs CASAR- DSI) (01-03/23)	Staff médical CCN du Dr TL (11/23) Description du parcours pour la Certification CCN (Dr TL/CA)	OK DRH pour intervention psychologue dans le suivi Article journal du CCN (05/24)	Abstract à la JFIC (09/24) Journée IC au CCN (09/24) Profil LinkedIn (07/24)	Webinaire (02/25)
Patients suivis	1er patient (médecine-CASAR)	+ USC			+ USC
	Classeur de suivi Excel avec rappels patients (02/23)	Stop rappels patients (950 appels)			Santélien ?
	PowerPoints (02/23)	Version EHPAD et CCN → V2 (05/23) → V3 (09/23) → V3 → V4 (06/24)			
Outils	Livret patients (V1 = 02/23)	V2 → V3 → V4 (06/24)			'+ équiv en sel (08/24)
	Livret IDE/AS (fiches A4)	V1 (08/24)			
	Questionnaire satisfaction Patients et oersonnels formés (03/23)	Stop recueil (01/24)			
	Autres	Doc Consult en Cion sans RV (09/23)	Fiches réflexes IDE/AS (02/24)	Affiches "Préparer sa consultation" (07/24) Activité sexuelle et IC (09/24)	
Télesurveillance (par TL)			Opérateur n°1 (01/24), Opérateur n°2 (03/24)		Opérateur n°3 (01/25)
Nouveaux parcours	HAD (TL et médecins du CASAR - 01 et 03/23)		Airlife (médecins du CASAR)		
Prado	Contact/réunion (02/23) Formation 2 agents CCN (03/23)		Réunion hebdo formalisée (01/24) Formation de tous les agents CPAM 93		
Formation personnels	Au CCN	C2 + C3 + B2	Secrétaires + C3 + ARC	B2	USC3 et UCA + diététiciennes + SMR
	Hors CCN	6 EHPAD	4 EHPAD	3 EHPAD	
CPTS	Adhésion, réunion groupe IC (12/22) Journée IDE (lib, CMS, DAC, IPA) pour communication + formation IC (02 et 05/23)	Réunion groupe IC (03/23) Formation 1 journée de 3 IPA de St-Denis Rencontre S.Jullien (Résicard-07/23) + réunions/ organisation Réponse AAP Télésanté 93/ARS Webinaire CPTS-CCN-CH(12/23)	1ers ateliers RESICARD (01/24) Réunion groupe IC (04/24)	Réunion / AAP - CPTS- Dr TL (01/25) Déploiement des dépistages préventifs en officine (02/25)	
AAP télésanté/téléexpertise			Réunions pour choix solution numérique	Rencontre gériatres Hôp Casanova	
Hôpital	Visite équipe Dr Dormagen à Eaubonne	Stage IPA CH St-Denis (01 à 03/24)	Travail / AAP télésanté	Rencontre Cheffe de projet Télésanté 93 (Ba Kadiatou - 11/24)	
Mairie	Réunion formation pour construction protocole local	Conférence Maison des Séniors St-Denis (09/23) Réunion Contrat Local de Santé (10/23)	Rencontre IPA Nord 93 (04/24)	Conférence X2 à la Maison des Séniors de Villetaneuse (11/24) Interv.Forum sur la Santé des femmes (11/24)	
DAC	Aide Dr Hennegar (ARS) pour prise contact (03/23)	Rencontre partenariale (11/23) Vue Conférence débat / fin de vie	Rencontre équipe du DAC Nord 93 (03/24)	1er patient PEC/ parcours complexe	

# Activité intra et extra-CCN

## NOMBRE DES PERSONNES FORMÉES À L'IC

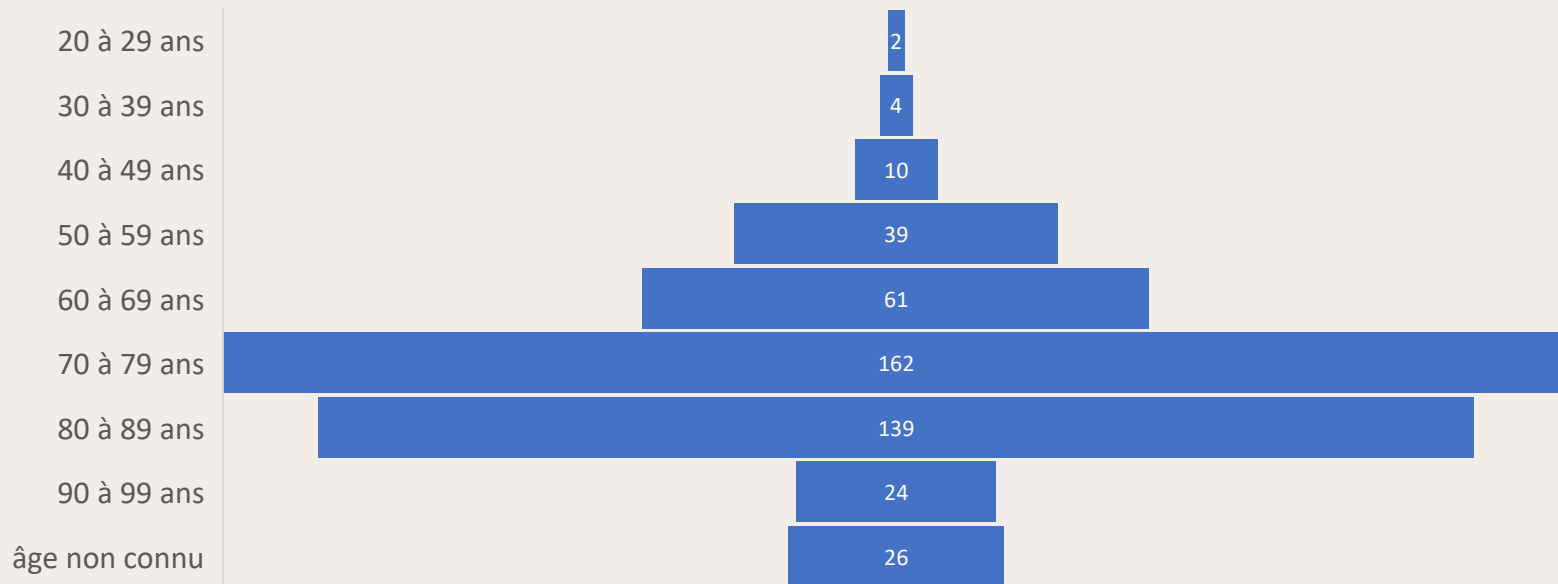


# Activité intra et extra-CCN



# La typologie des patients IC suivis

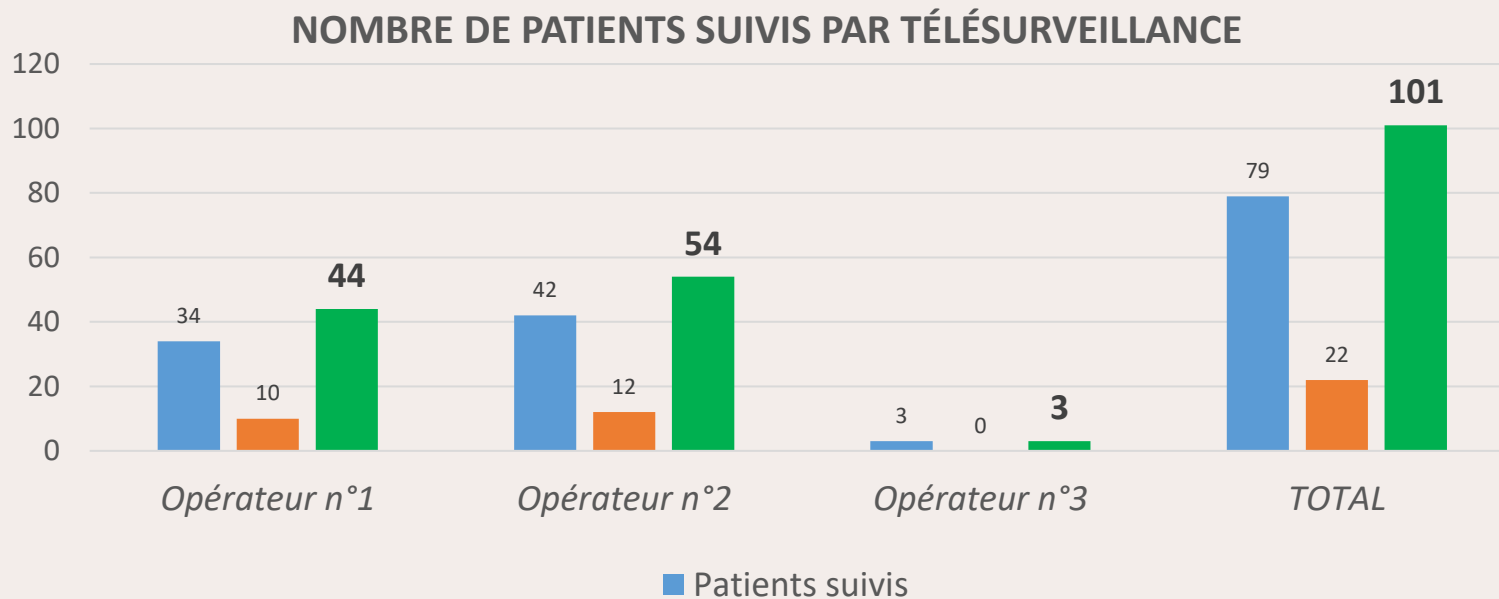
Nombre de patients en fonction de leur âge



L'âge **médian** des patients est **75 ans**

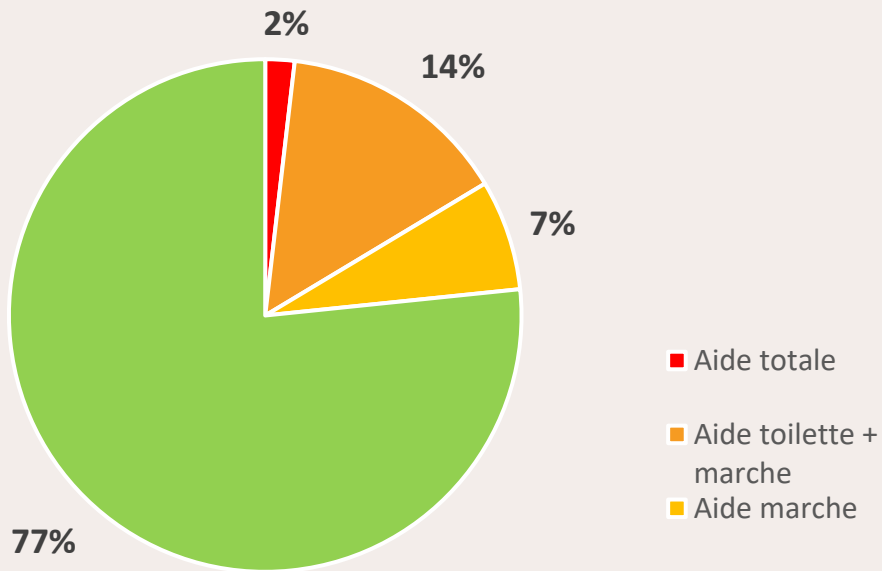
L'âge **moyen** des patients est **70 ans**

# La typologie des patients IC suivis

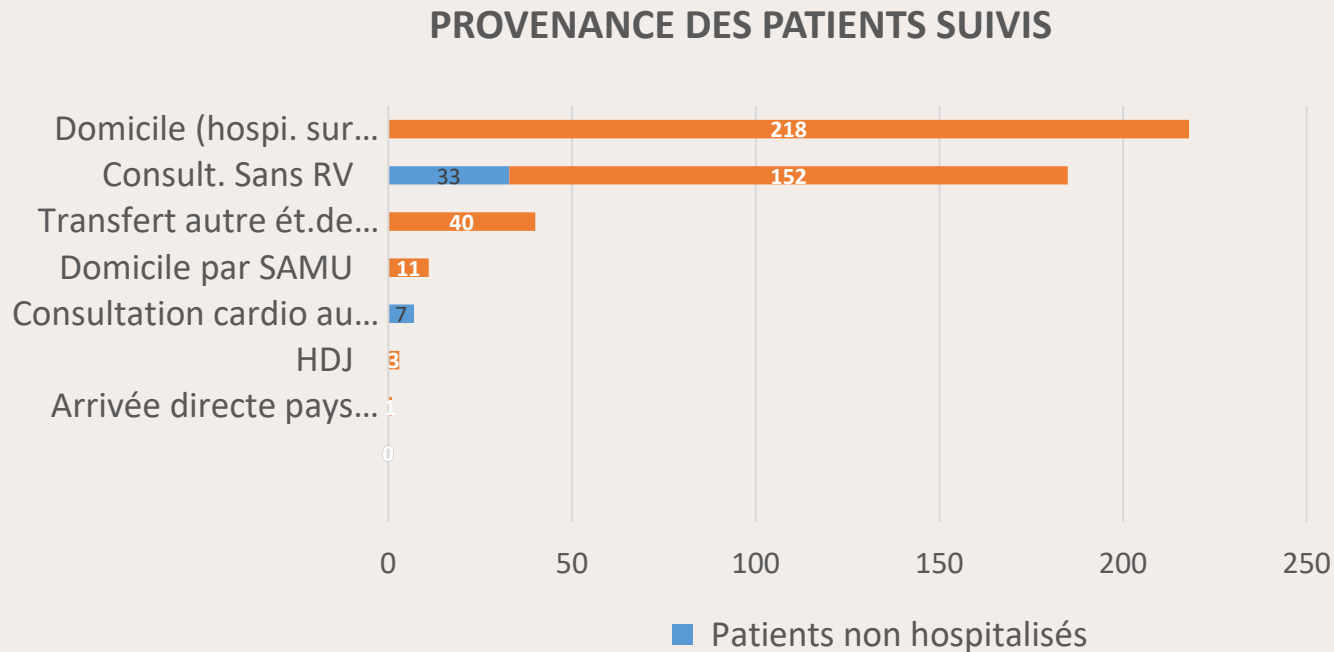


# La typologie des patients IC suivis

Degré d'autonomie des patients suivis nombre de patients



# La typologie des patients IC suivis



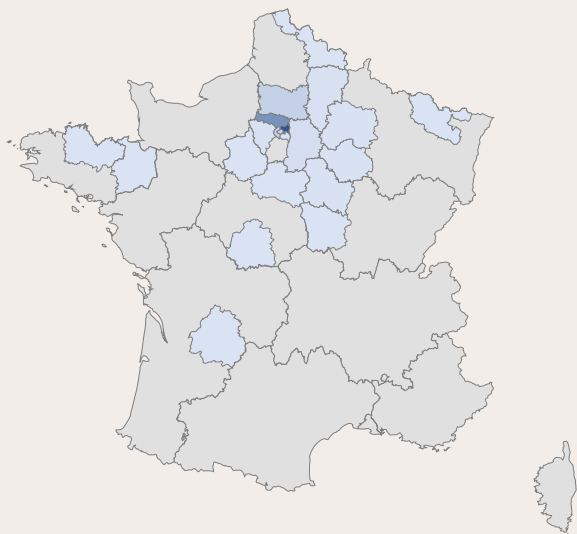
# La typologie des patients IC suivis

## PROVENANCE GÉOGRAPHIQUE DES PATIENTS SUIVIS

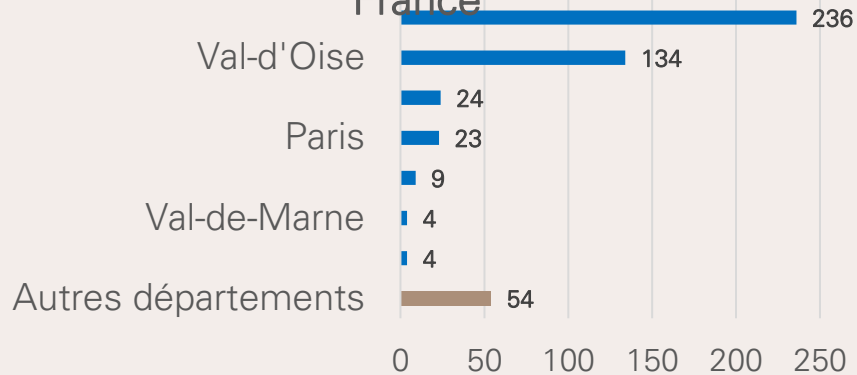
Nombre de patients

1

236

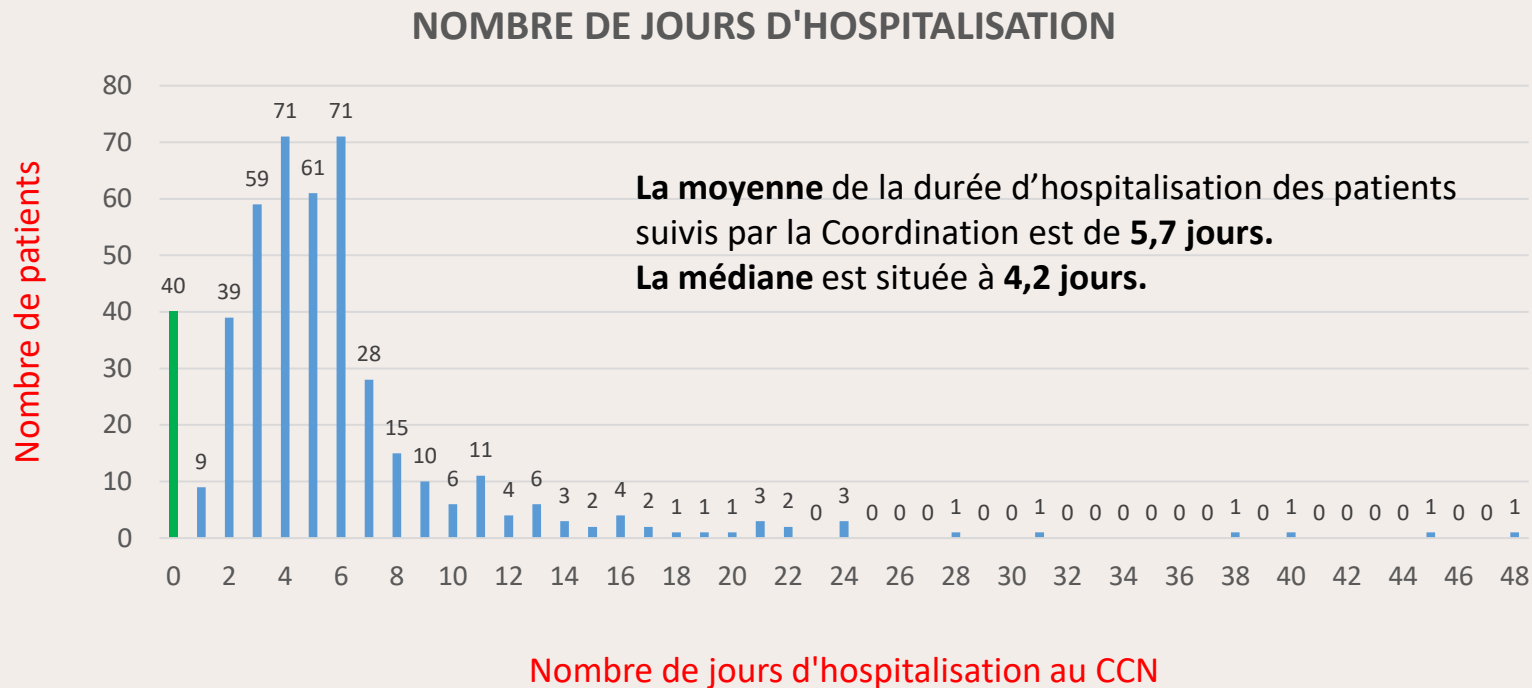


### Répartition géographique en Ile de France





# La typologie des patients IC suivis



# Conclusion



- Un lien innovant avec la ville pour tisser des relations encore plus fortes !
- Et gardons le contact, le lien de proximité, c'est essentiel ! Plus on se connaît, mieux on travaille ensemble !
- Pour un impact fort avec les patients et leur entourage
- Échanger avec les médecins généralistes ? Un vrai défi !
- Je suis toujours là... et ça attire les sollicitations !
- Une fonction gratifiante, remplie de sourires et de reconnaissance... et peut-être un peu de café !



# Mise en œuvre et évaluation d'un parcours d'Insuffisance Cardiaque

Institut Mutualiste Montsouris, Paris

Dr Clémence Roig





# Partie 1.

## *Mise en œuvre*



Etat des lieux



Un parcours en gestation



Un parcours de soins coordonnés



Frise chronologique

Mise en oeuvre

# Etat des lieux



- USIC : 18 lits
- Cardio med : 14 lits
- Rythmo : 10 lits
- HDS : 24 lits
- HDJ : 18 postes
- Chirurgie cardiaque : 25 lits



2024

- Coro/dilat : 3372/1664
- TAVI : 550
- Mitraclip: 56
- Ablation FA : 1048
- Ablation TV/ESV : 81
- CRT-P/D : 151/97 (248)
- DAI : 63
- CEC : 716
  - 60 % PAC
  - 40 % valves

Pas de Service d'Accueil des Urgences



En moyenne 250 hospitalisations pour insuffisance cardiaque par an

# Un parcours en gestation

## Structurer un parcours = nécessité

- Activité historiquement interventionnelle/chirurgicale
- Insuffisance cardiaque trame de fond
- Enjeu de santé publique
- Nouvelles recommandations
  - PEC bien codifiée mais souvent sous optimale

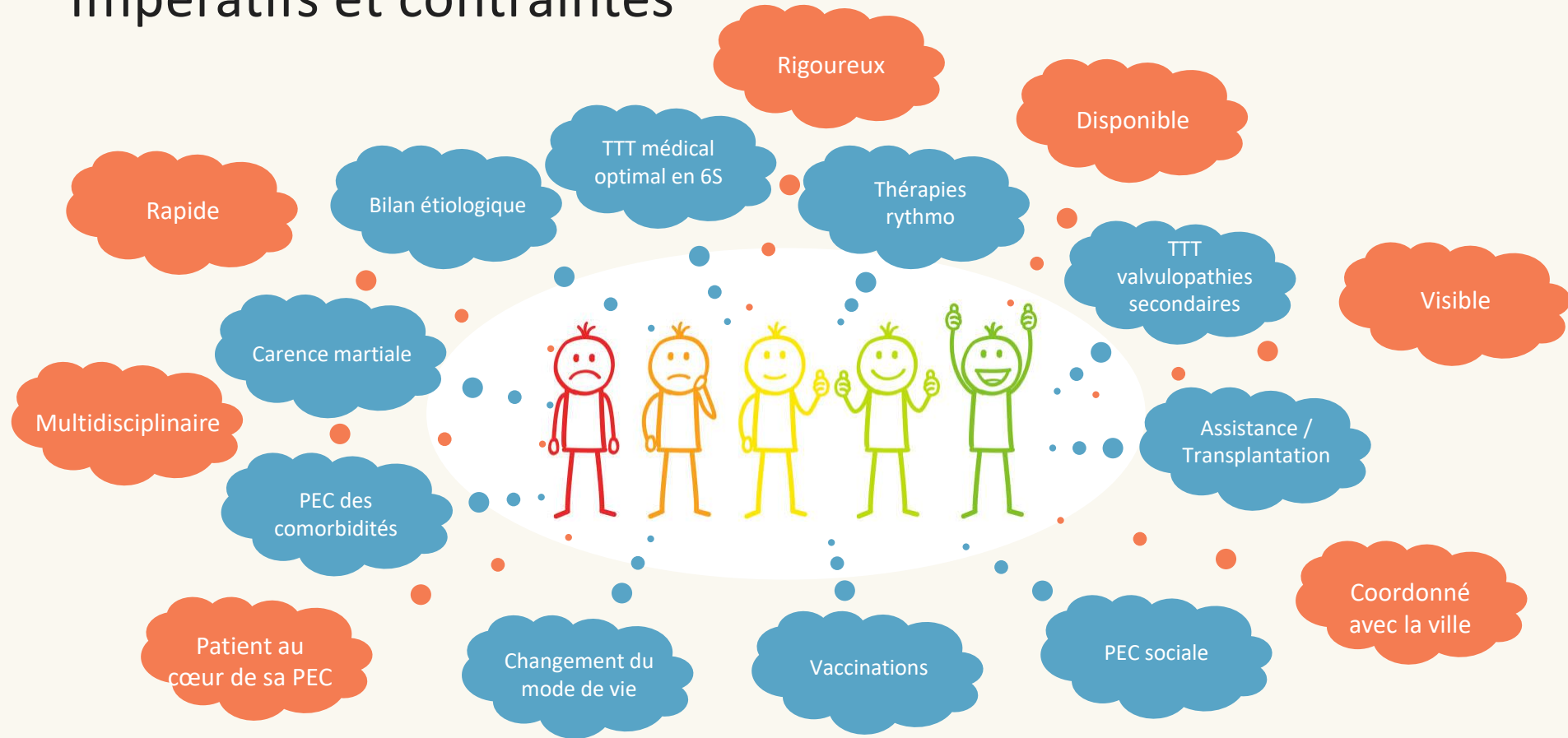
## Activité insuffisance cardiaque à l'IMM avant 2021

- Pas de réseau de soins coordonnés
- Télésurveillance en 2018
  - Dr Dibie + Dr Ingreneau
  - Mme Armelle Lamovaltay

2021 : création de la t'IMM IC

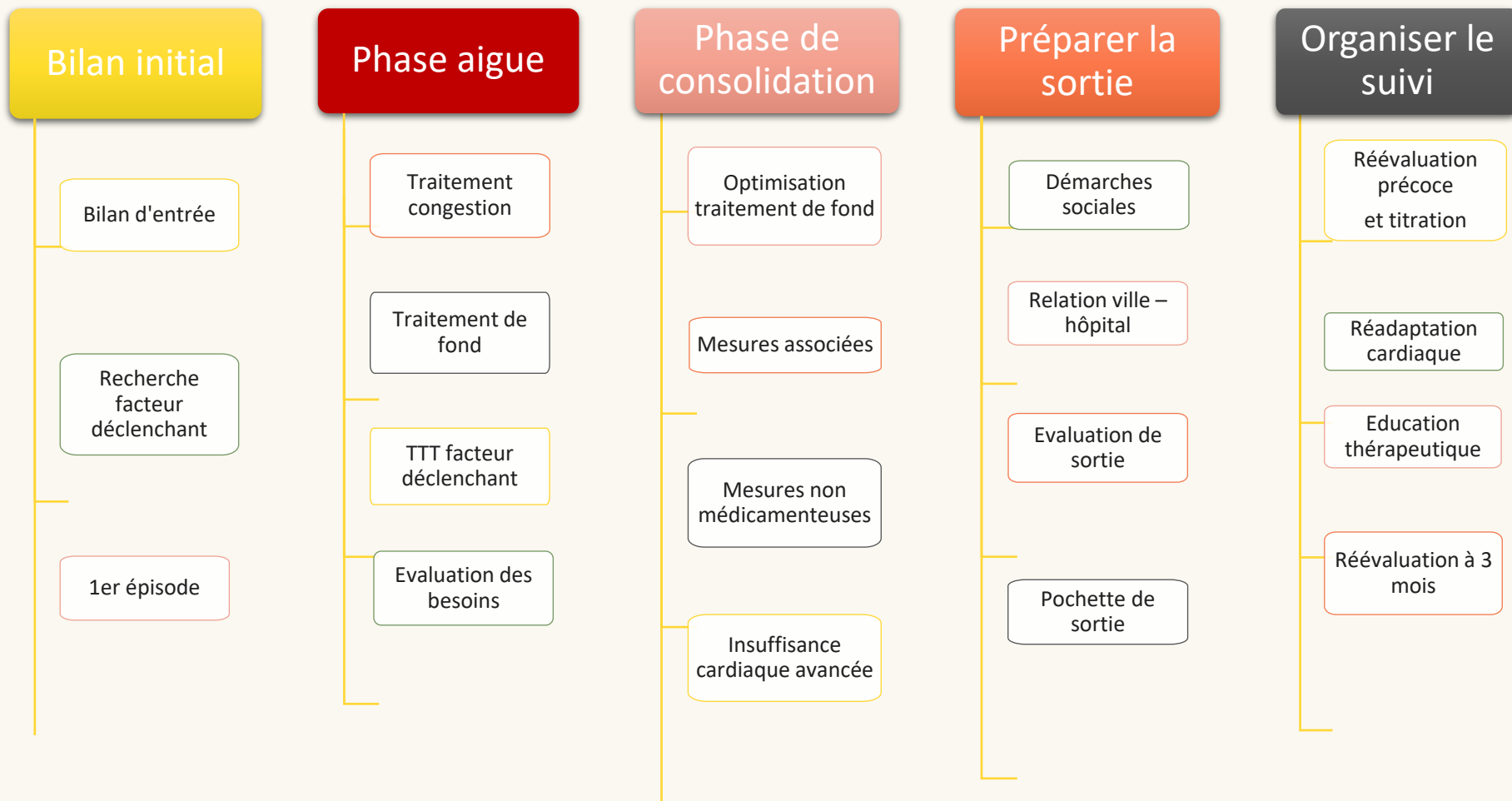


# Impératifs et contraintes





# Vers un parcours coordonné : de l'admission à la sortie



# Vers un parcours coordonné : de l'admission à la sortie

## Bilan initial

### Bilan d'entrée

- Poids + Taille + poids habituel
- Bio : NFP, hémostase, iono, Ca, P, BH, albumine +/- préalbumine, CRP, NT-proBNP, troponine, CPK ferritine, CST, TSH, HbA1c, bilan lipidique.
- GDS + lactates selon gravité
- Radio de thorax

### Recherche facteur déclenchant

- Infection infectieuse
- Anémie
- Dysthyroïdie
- Cardiopathie sous-jacente :
  - Ischémique : coronarographie
  - Arythmie : ralentissement / CEE/-ablation
  - Valvulaire

### 1er épisode

- Consultation d'annonce
- bilan complémentaire
  - IRM cardiaque
  - Coroscanner / coronarographie
- Bio 2<sup>ème</sup> intention :
  - +/- biopsie endomyocardique
  - +/- consultation génétique
- FE préservée : bilan d'amylose

## Phase aiguë

### Traitement symptomatique

- Déplétion IV
- +/- Dobutamine (USIC)
- Surveillance :
  - TA + FC + télémétrie
  - Diurèse /8h
  - Poids quotidien
  - Iono, urée, créatinine

### Traitement de fond

- A maintenir au maximum

### TTT facteur déclenchant

- Evaluation des besoins :
  - Questionnaire gériatrique (IDEC)
  - Evaluation des besoins
  - Assistante sociale

## Phase de consolidation

### Optimisation traitement de fond

- Bétabloquants
- IEC ou sacubitril/valsartan (ou ARA II)
- Antialdostérone

### Mesures associées

- Prise en charge des comorbidités (gériatrie, diabète, néphro, BPCO...)
- Correction des FRCV
- Consultation diététique
- +/- consultation addicto
- Fer carboxymaltose : ferritine < 100 ou entre 100-299 + CST < 0,2

### Mesures non médicamenteuses

- Lifevest (cf annexe)
- DAI : FEVG ≤ 35 % + QRS < 130 ms
- CRT :
  - FE ≤ 35 % + QRS ≥ 150 (I)
  - FE ≤ 35 % + BBG ≥ 130 (IIa)
  - FE ≤ 35 % + non BBG ≥ 130 (IIb)

### Insuffisance cardiaque avancée

- Quand adresser : anée IMS
- Symptômes persistants malgré TTT optimal
- Echec d'optimisation
- Hospitalisation dans les 12 mois (diurétiques fortes doses, amines ou TDR malins)
- Options :
  - Transcathétarisation

## Préparer la sortie

### Démarches psychosociales

- Consultation de consolidation
- Education brève (IED ETP)
- Dépistage dépression / soutien psychologique (à venir ?)

### Relation ville -hôpital

- Télésurveillance (Armelle Lamovaltay)
- PRADO : IDE/sem pdt 2 m (cste + ETP)
- Information cardiologue traitant (IDEC)

### Evaluation de sortie

- Poids + TA + médicaments
- ECG
- Nt-proBNP + créatinine
- Test de marche des 6 minutes
- ETT

### Pochette de sortie

- CRH type IC
- Checklist de sortie
- ECG
- Bilan biologique entrée/sortie
- Examens effectués
- Ordonnance médicaments
- Ordonnance bilan biologique à J7

- Convocation consultation précoce
- +/- Convocation hospitalisation programmée (coro, rythmo, HDJ)
- Brochures d'éducation (IDE)

## Organiser le suivi

### Réévaluation précoce

- Contact téléphonique à J7 et M1 (Béatrice Lagadec)
- Médecin traitant J7
- Titration (ts les 15 jrs pdt 2 mois) :
  - Cardiologue traitant
  - Consultation de titration IMM
- HDJ IC IMM

### Réadaptation cardiaque

- Si SSR : programmer
- cf annexe
- VO2 max de référence

### Education thérapeutique

- IDE PRADO
- Par équipe de télésurveillance
- Au cours de la réadaptation
- Ateliers sur l'IMM (à venir ?)

### Réévaluation à 3 mois

- HDJ IC
- ETT
- VO2 max
- Test de marche des 6 minutes
- +/- Consultation rythmo
- Evaluation ETP

# L'hospitalisation

- **Tournant évolutif** dans la vie d'un patient IC
- **Mode d'entrée** principal dans le parcours
- **Tremplin** pour l'optimisation :
  - Prise en charge cardio selon les **recommandations**
  - Implication de la **pharmacie** : conciliation médicamenteuse
  - Evaluation **diététique** : dénutrition, adaptation régime alimentaire
  - Evaluation **autonomie** : kiné
  - Evaluation **globale** : gériatrique, comorbidités
  - Implication des soins **palliatifs**, directives anticipées (difficile...)
  - Élément manquant : **psychologue** +++
- **Staff insuffisance cardiaque** hebdomadaire



**Face visible de l'iceberg**



Parcours de soins coordonnés

# Préparer la sortie

## *Rôle clé de l'IDEC*

---

Béatrice  
LAGADEC

IDEC/ISPIC

# Préparer la sortie d'hospitalisation

## ENTRETIEN IDEC

- Evaluer les besoins, ressources, difficultés
- Mise en relation des différents intervenants (AS +++, diet, kiné)
- Choix du mode de sortie (patient/famille/équipe médicale)

### Sortie SMR

- ✓ Choix du type SMR ajusté au patient
- ✓ PEC sociale et organisation RAD déléguées
- ✓ Difficulté de suivi post-SMR
- ✓ HDJ réévaluation à 3 mois

### Sortie RAD

- ✓ PRADO +/- formation IDEL
- ✓ Télésurveillance
- ✓ Mise en place d'aides si besoin
- ✓ Organisation du suivi +++
- ✓ Réadaptation cardiaque externe

**EDUCATION BREVE** de sortie d'hospitalisation

# Préparer la sortie : lien ville-hôpital

## TRANSMISSION D'INFORMATIONS

- CRH type : rédaction, correspondants, envoi...
- Checklist de sortie : doublon avec CRH, qui remplit, transmission...
- Transmission directe : Par qui ? Comment ?



## Une implication à tous les niveaux

- Internes, seniors
- Secrétariat
- IDEC
- Patients

Check list de sortie d'hospitalisation du sujet insuffisant cardiaque - Institut Mutualiste Montsouris -			
<b>Résumé de l'hospitalisation :</b>			
Nom / Prénom : .....		Âge : .....	Hospitalisation du : .....
Mode d'admission : cardiologue traitant <input type="checkbox"/> autre hôpital <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>		Cardiologue : .....	
Etiologie de la cardiomyopathie sous-jacente : .....		Décompensation d'IC : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Motif d'hospitalisation : .....		Corrigé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Facteur déclenchant identifié : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		CRT : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
DAI : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
<b>Modalités de sortie :</b>		<input type="checkbox"/> Retour à domicile	
		<input type="checkbox"/> SSR	
		<input type="checkbox"/> Autres : .....	
<b>Etat cardiovasculaire avant la sortie :</b>			
Symptomatologie d'IC stabilisée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Dernière FEVG : .....	
PA : ..... / ..... mmHg → contrôlée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		NT-proBNP : ..... ng/L	
FC : ..... /min		Fonction rénale (DFG) : ..... mL/min	
Poids de sortie : ..... kg		Créatinémie : ..... µmol/L	
TM6 : ..... m			
<b>Traitements de l'insuffisance cardiaque et optimisation à la sortie :</b>			
<b>Traitements de l'insuffisance cardiaque :</b>			
• IEC/ARAII : ..... CI ou mal toléré <input type="checkbox"/> prescrit <input type="checkbox"/> dose de sortie : ..... /j à titrer <input type="checkbox"/> à instaurer ultérieurement <input type="checkbox"/>			
• Sacubitril/Valsartan : CI ou mal toléré <input type="checkbox"/> prescrit <input type="checkbox"/> dose de sortie : ..... /j à titrer <input type="checkbox"/> à instaurer ultérieurement <input type="checkbox"/>			
• β Bloquant : ..... CI ou mal toléré <input type="checkbox"/> prescrit <input type="checkbox"/> dose de sortie : ..... /j à titrer <input type="checkbox"/> à instaurer ultérieurement <input type="checkbox"/>			
• Anti-aldo : ..... CI ou mal toléré <input type="checkbox"/> prescrit <input type="checkbox"/> dose de sortie : ..... /j à titrer <input type="checkbox"/> à instaurer ultérieurement <input type="checkbox"/>			
• iSGLT2 : ..... CI ou mal toléré <input type="checkbox"/> prescrit <input type="checkbox"/> dose de sortie : ..... /j à instaurer ultérieurement <input type="checkbox"/>			
• Diurétiques : ..... dose de sortie : ..... /j			
• Fer inject : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date : .....			
<b>Vaccination :</b> Grippe > Effectuée <input type="checkbox"/> à faire <input type="checkbox"/> Pneumocoque > Effectuée <input type="checkbox"/> à faire <input type="checkbox"/> COVID > Effectuée <input type="checkbox"/> à faire <input type="checkbox"/>			
<b>Suivi du patient</b>			
<b>Education du patient et de l'entourage :</b>			
• Education brève : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
• Consultation diététique : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
<b>Examens prescrits :</b>			
• Bilan biologique : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Imagerie : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Hospitalisation programmée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
<b>Continuité des soins :</b>			
<input type="checkbox"/> Médecin traitant à 8 J <input type="checkbox"/> Cardiologue traitant à 30 J <input type="checkbox"/> Consultation cardiologue hospitalier			
<input type="checkbox"/> Appel téléphonique de suivi ETP <input type="checkbox"/> Infirmière à domicile <input type="checkbox"/> Autres spécialistes : .....			
<input type="checkbox"/> Réadaptation CV : ..... <input type="checkbox"/> PRADO <input type="checkbox"/> Télésurveillance			
<b>A réévaluer :</b>			
.....			
.....			
.....			
Pour adresser un patient en consultation de titration à l'Institut Mutualiste Montsouris, merci de nous envoyer un mail à <a href="mailto:insuffisance.cardiaque@imm.fr">insuffisance.cardiaque@imm.fr</a> avec : Le nom et le prénom du patient, sa FEVG, son traitement habituel et son poids.			

Un parcours de soins coordonnés

# Offre ambulatoire



Consultations spécialisées IC  
Consultation de titration



Hôpital de jour  
insuffisance cardiaque



Consultations semi-urgentes  
(dont insuffisance cardiaque)

# Offre ambulatoire



## CONSULTATIONS SPECIALISEES

- **3 cardiologues**
- Disponibilité dans les 15 jours
- Consultations rapprochées jusqu'à titration complète / stabilisation
- Sortie d'hospitalisation ou demande de cardiologues
- Réadressé au cardiologue traitant

## CONSULTATIONS DE TITRATION

- **ISPIC depuis nov 2024**
- Délégation médicale
- Jusqu'à titration complète
- Accord avec cardiologue traitant



## CONSULTATIONS SEMI-URGENTES

- Pas exclusivement thématique insuffisance cardiaque
- Ouverture des créneaux 15 jours à l'avance
- Consultations par **assistants de cardiologie**
- Patients de l'IMM
- A la demande du médecin traitant
- A la demande de cardiologues
- Intégration à l'ESS cardio IDF (Dr Assyag)





# Hôpital de jour insuffisance cardiaque

❖ Bilan initial patients stables

❖ Réévaluation après optimisation thérapeutique +/- réadaptation  
cardiaque

❖ Réévaluation post-décompensation cardiaque (patients fragiles)

## IMAGERIE

- ETT
- Coroscanner
- IRM cardiaque
- Doppler
- Autres...

## TESTS FONCTIONNELS

- VO2 max
- TM6 (kiné)
- EFR

## EDUCATION

- Education brève
- Cs diététique

## AVIS SPECIALISES

- Cs rythmo
- Médecine interne
- Diabétologie
- Pneumologie...

## THERAPEUTIQUE

- Fer carboxymaltose
- Optimisation TTT IC

Synthèse avec élaboration d'un plan personnalisé de soin

# Elargissement du champ d'action

## OUVERTURE A LA VILLE

- Diagnostic précoce
- Eviter les passages aux urgences
- Eviter les réhospitalisations
- Difficultés :
  - Disponibilité
  - Transmission d'informations
  - Qui fait quoi ?
  - Responsabiliser les patients

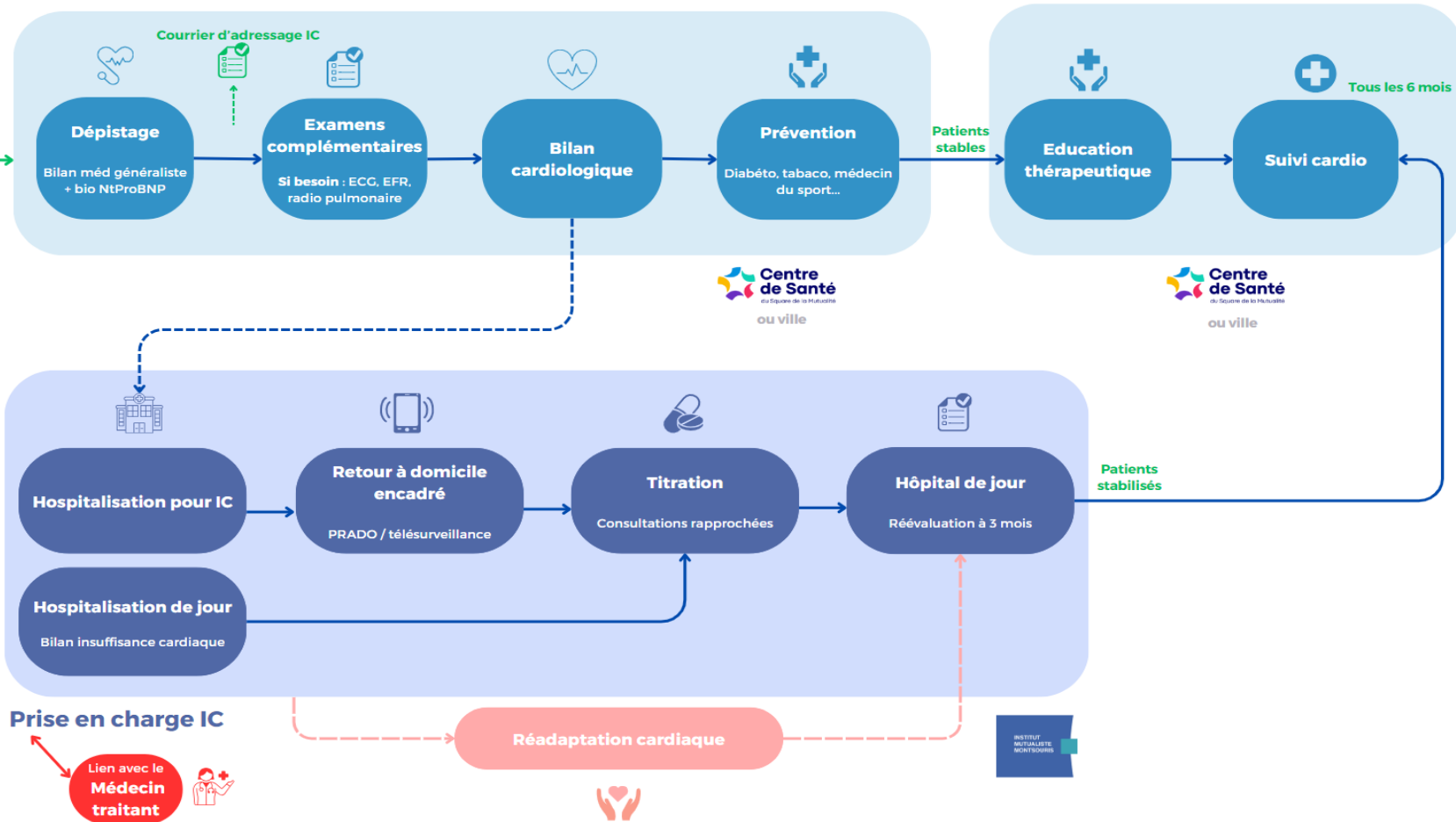
- **Animations territoriales** : soirée insuffisance cardiaque, flyers
- **Collaboration** avec le centre de santé du Square de la Mutualité
- Rôle clé des **CPTS** : « livret du patient IC dans le sud de Paris »
- Rôle du **PRADO** : coordination des rdv médicaux et paramédicaux
- Rôle des centres de **réadaptation cardiaque**
- **Téléconsultation / téléexpertise** à développer...



## Dépistage (coordonné par un MG)

Lien avec le  
Médecin  
traitant

## Suivi

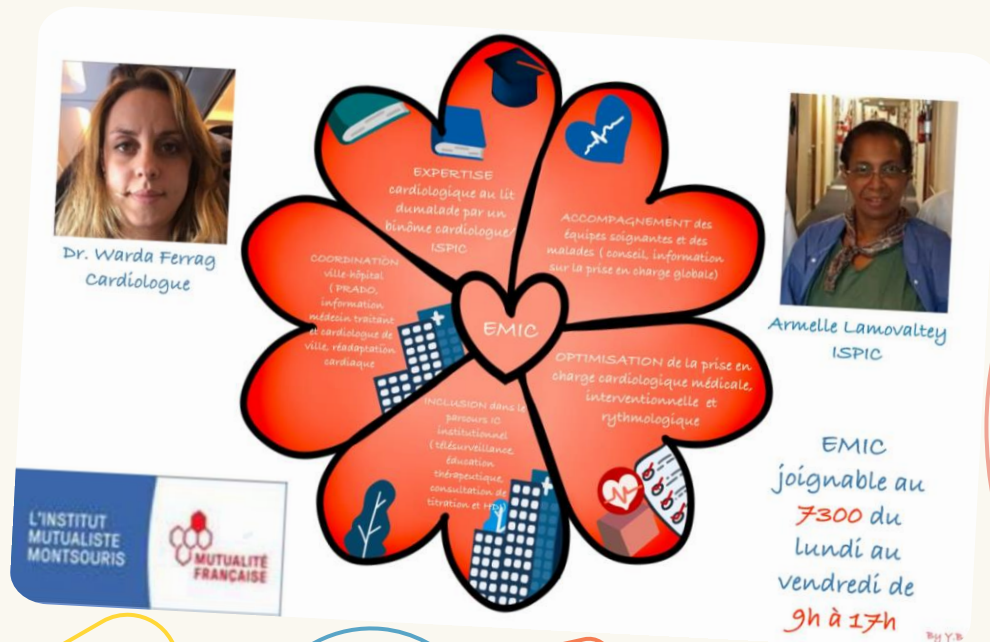


Elargissement du champ d'action

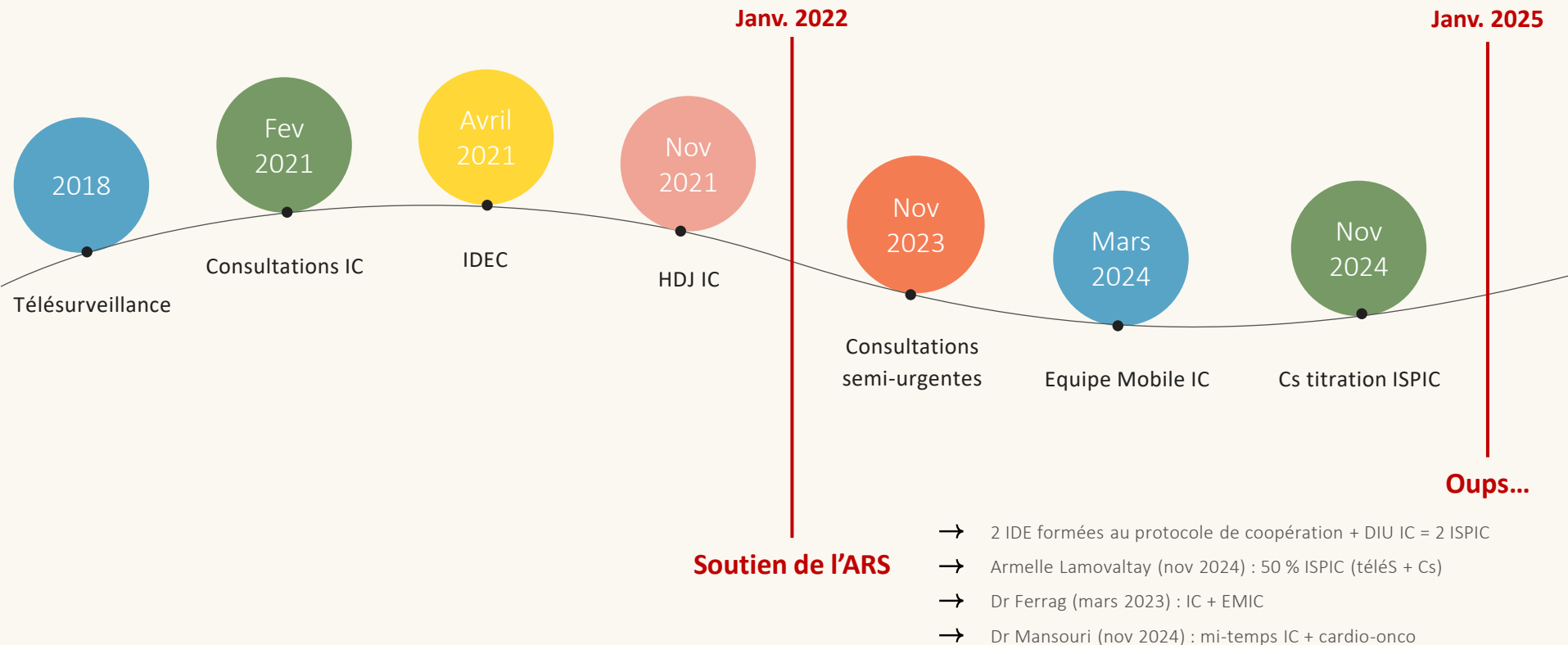
# Equipe mobile insuffisance cardiaque

## Aller chercher les patients insuffisants cardiaques

- Expertise
- Optimisation
- Inclusion dans le parcours
- Coordination avec la ville
- Accompagnement des équipes



# Un travail de longue haleine





## Partie 2.

### *Evaluation du parcours*



# Population : hospitalisation 2023

	Votre Etab	Etab Région	Etab Compar
Nb de patients de 40 ans et +	280	27 793	36 503
Age médian	76.0	83.0	84.0
Patients provenant d'un EHPAD	1%	10%	7%
Durée moyenne de séjour (en jrs)	7.3	11.7	9.9
Entrée par un service d'urgence	✖	62%	51%
Entrée en état d'urgence médicale	13%	23%	32%
% patients avec un score de co-morbidité de Charlson > à 2	57%	64%	56%

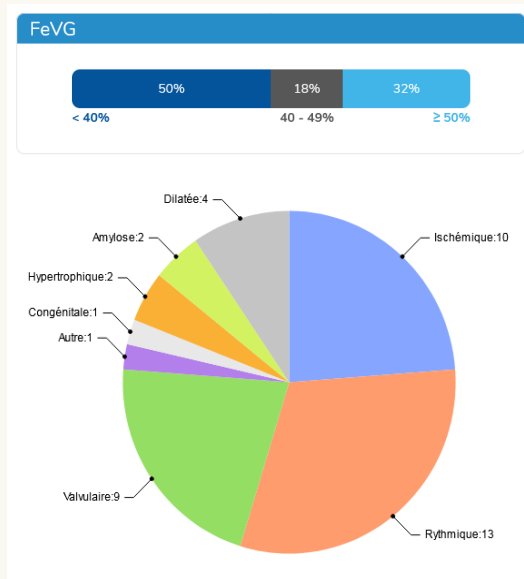
Répartition des patients selon leur FEVG\*

	Votre Etab	Etab Région	Etab Compar
Nb de patients avec FEVG renseignée	261	17 451	25 406
< 40%	49%	36%	35%
Entre 40% et 50%	16%	17%	18%
>= 50%	35%	47%	47%

# Population : télésurveillance



- Initiation en post-hospi >> cs/HDJ
- 2 plateformes de télésurveillance
- File active totale : **70 - 90 patients**



53

Patients en file active

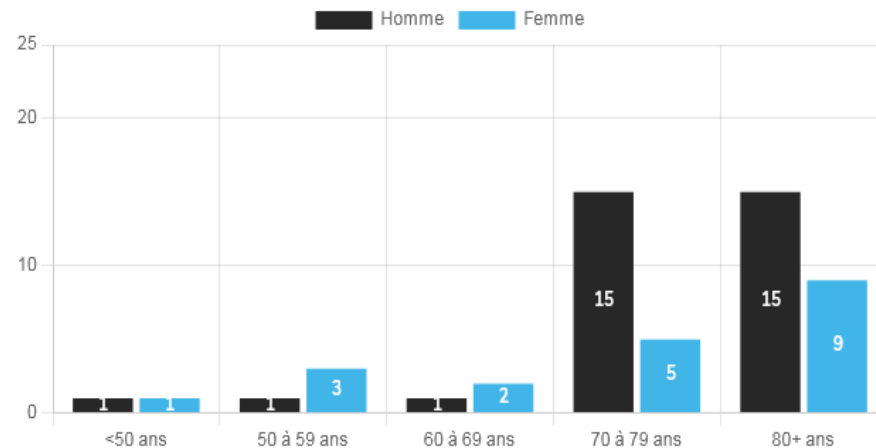
♀ 37.7% ♂ 62.3%

24

Patients de +80ans

♀ 37.5% ♂ 62.5%

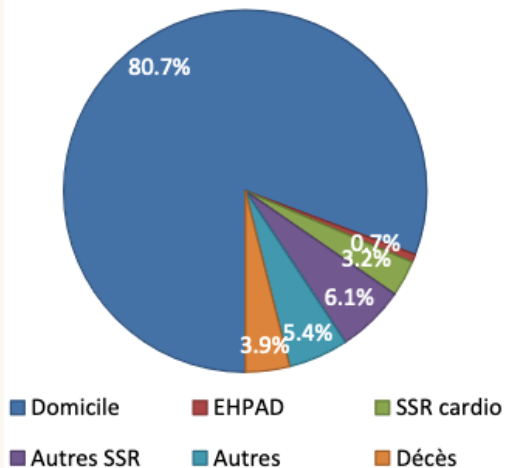
## Répartition par tranche d'âge



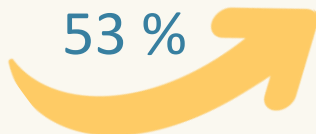


# Sortie d'hospitalisation 2023

Orientation à la sortie de votre éstab.




53 %



**149 demandes 2023**

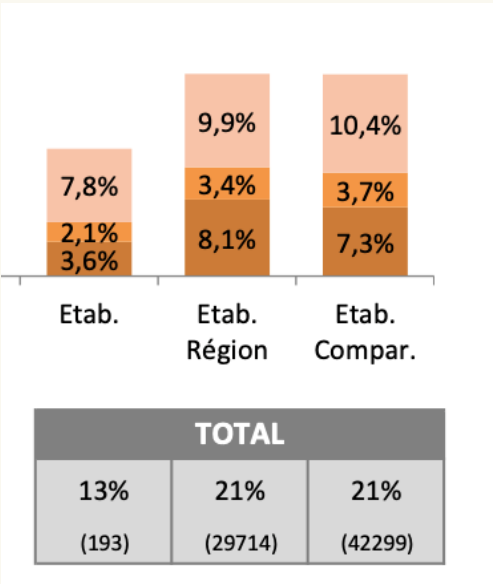
= 70 % des demandes de l'hôpital

→ En hausse : 

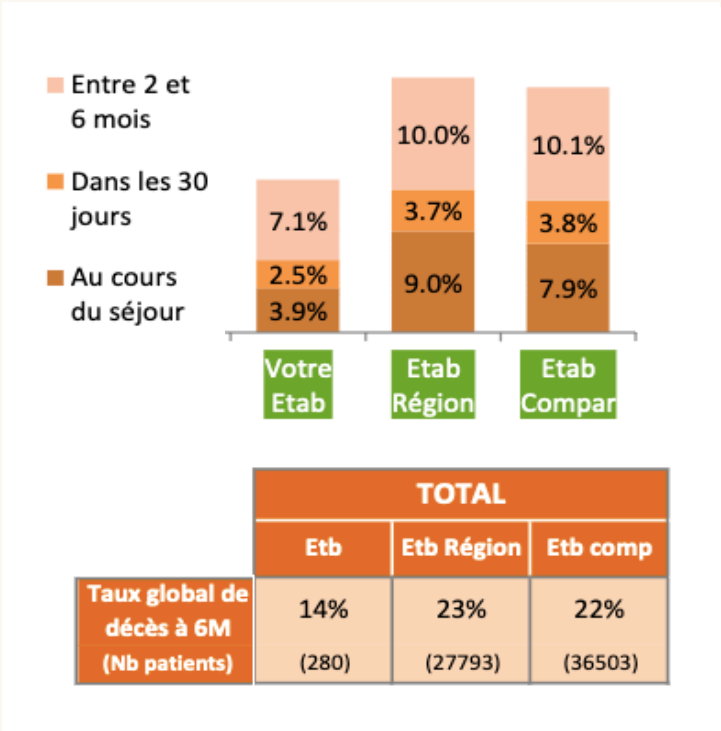
- 60 demandes 2022
- 171 demandes 2024

# Mortalité 2019 - 2023

2019



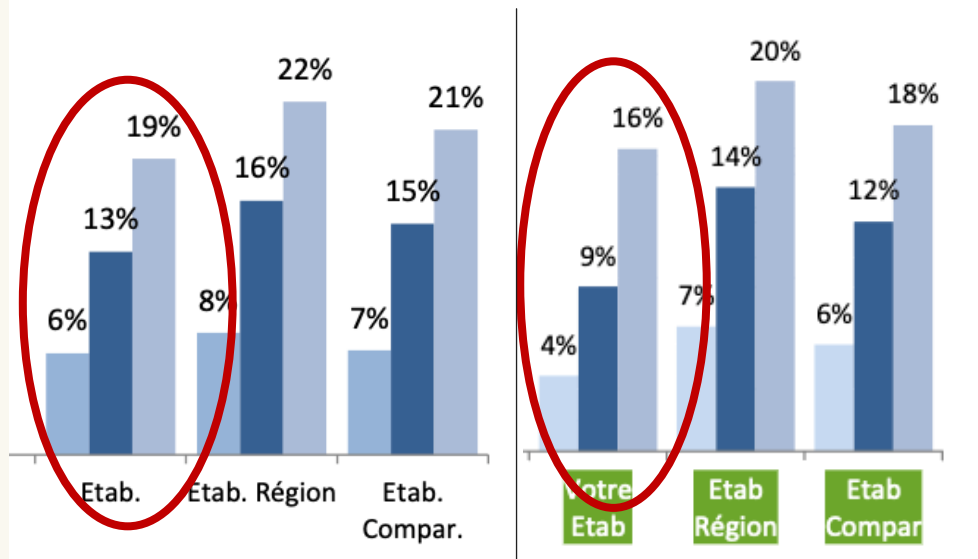
2023



# Réhospitalisation 2019 - 2023

Taux de réhospitalisation à 30 jours, à 3 mois et à 6 mois et co-morbidité des patients

■ Taux à 30 jours ■ Taux à 3 mois (\*) ■ Taux à 6 mois



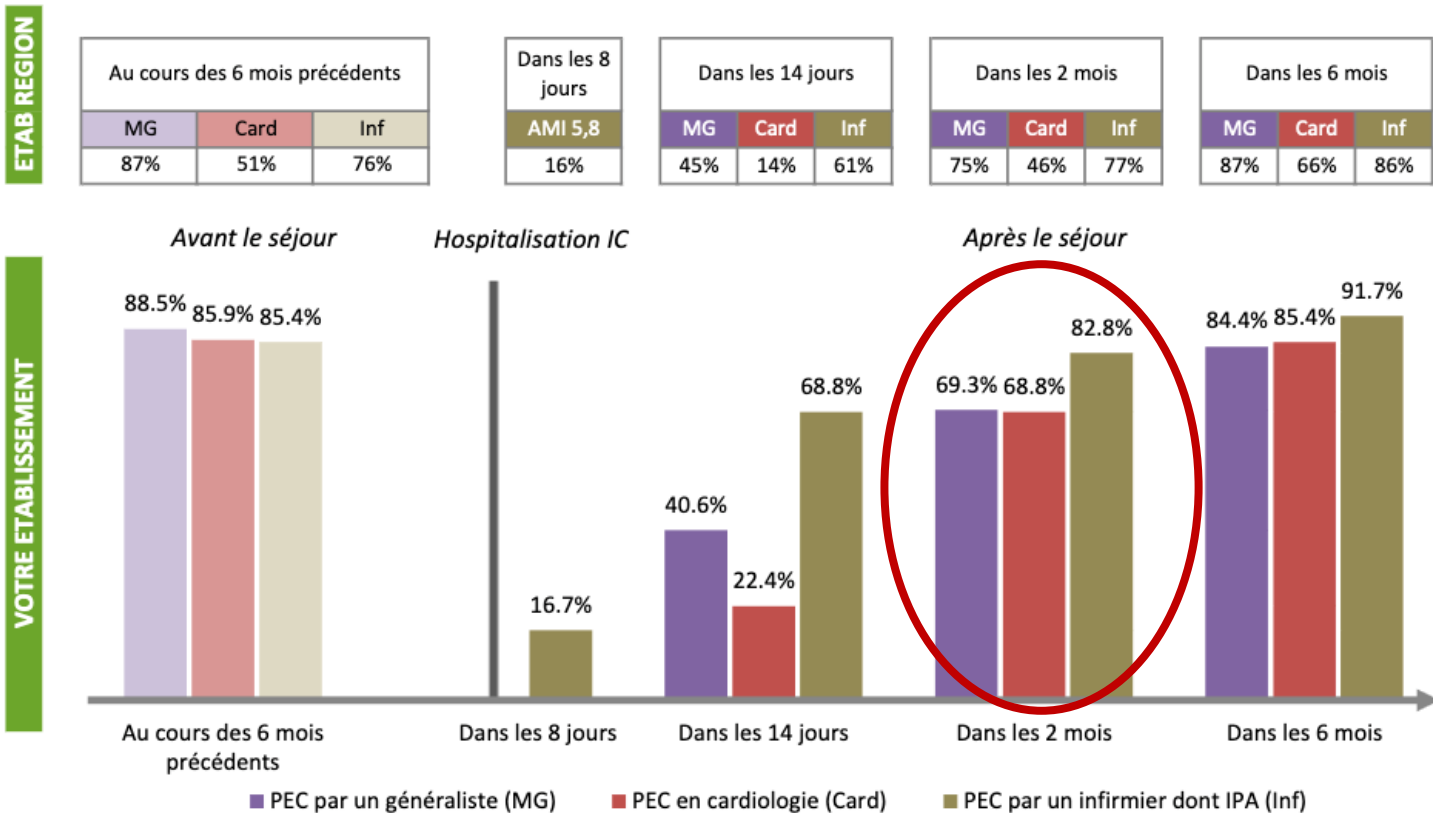
2019

2023

Taux d'entrée par un SAU parmi l'ensemble des réhospitalisations dans les 6 mois

	TOTAL		
	Votre Etb	Etb Région	Etb comp
2023	19% (57)	56% (7175)	56% (8032)
2019	26% (47)	26% (8928)	15% (11134)

# Prise en charge médicale et paramédicale



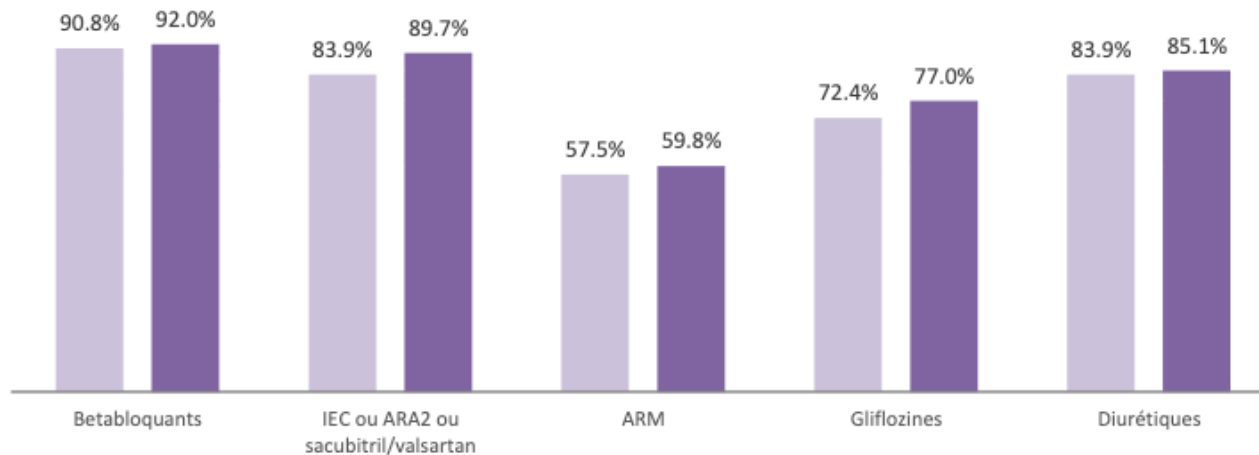
# Optimisation thérapeutique

**Taux de patients avec FEVG altérée (<40%) ayant au moins un des traitements médicamenteux recommandé dans les 3 mois (3M) ou 6 mois (6M) suivant le séjour IC**

ETAB REGION

Bétabloquants		IEC ou ARA2 ou sacubitril/valsartan		Antagonistes des Récepteurs aux Minéralocorticoïdes		Gliflozines		Diurétiques	
3 M	6 M	3 M	6 M	3 M	6 M	3 M	6 M	3 M	6 M
84.3%	86.4%	76.9%	79.3%	47.9%	51.1%	71.0%	74.1%	87.6%	89.4%

VOTRE ETABLISSEMENT



# Optimisation thérapeutique

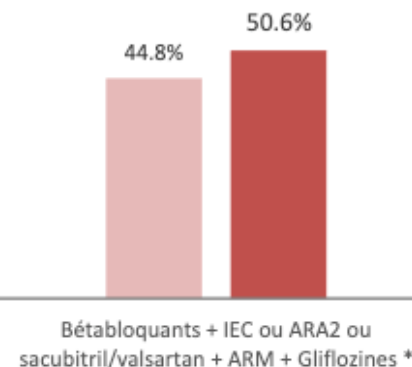
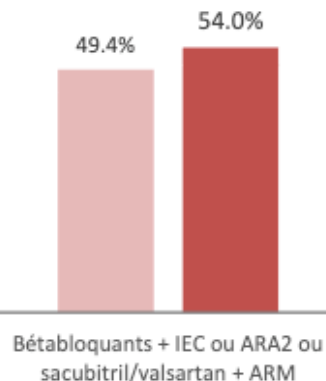
ETAB REGION

Bétabloquants + IEC ou ARA2 ou sacubitril/valsartan	
3 M	6 M
69.6%	72.7%

Bétabloquants + IEC ou ARA2 ou sacubitril/valsartan + ARM	
3 M	6 M
41.0%	44.5%

Bétabloquants + IEC ou ARA2 ou sacubitril/valsartan + ARM + Gliflozines*	
3 M	6 M
37.3%	41.0%

VOTRE ETABLISSEMENT



Encore insuffisant....



# Vaccination



**COUVERTURE INSUFFISANTE**

## Taux de vaccination anti-grippale

Votre Etab	Etab Région
67%	64%

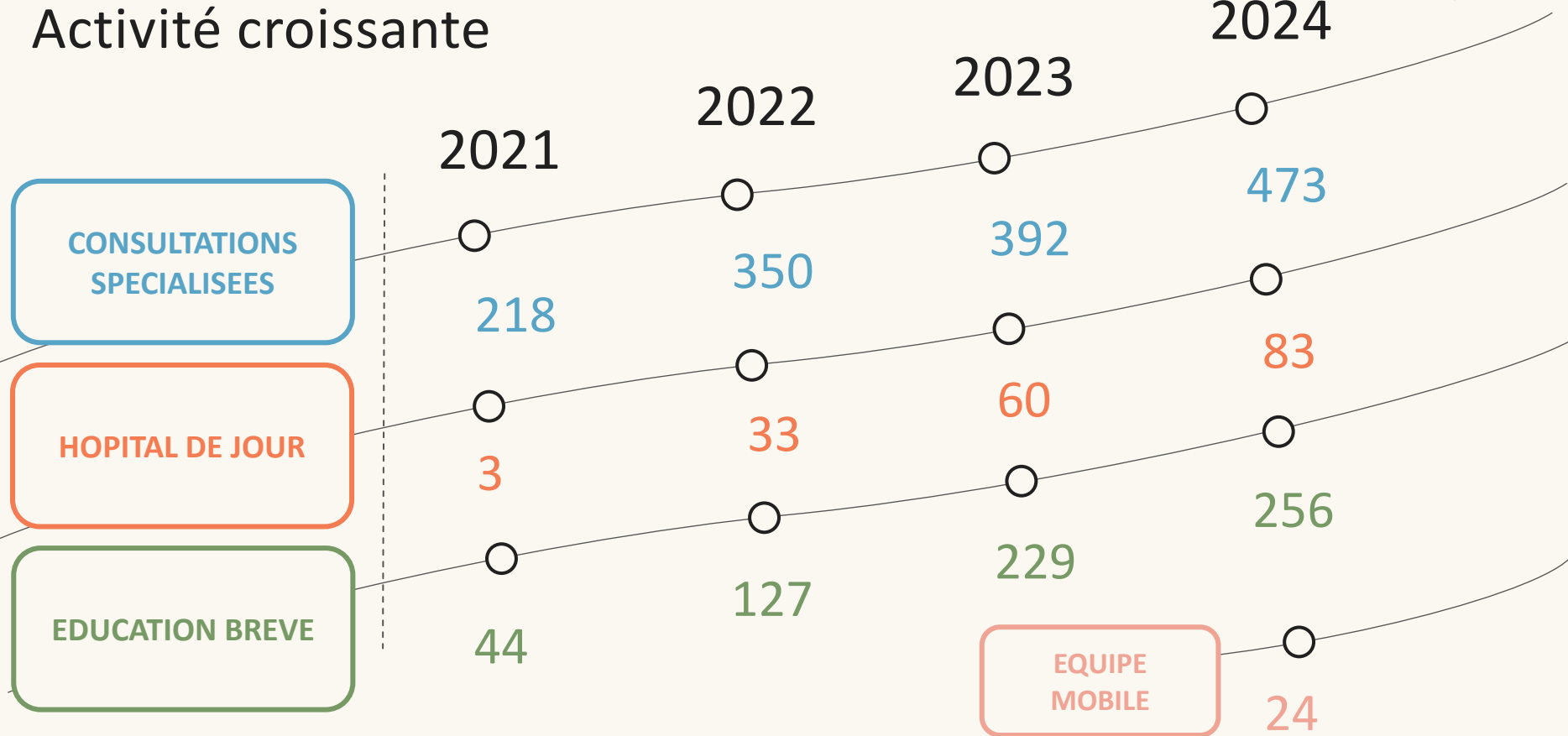
*Au moins 1 vaccination sur les 2 campagnes  
2021-2022 et 2022-2023*

## Taux de vaccination anti-pneumococcique

Votre Etab	Etab Région
20%	17%

*Au moins 1 vaccination sur 5 ans*

# Activité croissante





# Pour conclure

Une **nécessité** pour une prise en charge optimisée

**Hospitalisation** : partie visible de l'iceberg

**Préparer la sortie** : période de vulnérabilité

**Lien ville-hôpital** : fondation de la prise en charge



**MERCI** au service qualité de l'IMM

- Livret d'informations patient
- Pair-aidance
- Consultation d'annonce
- COPIL expérience patient



## T'IMM IC 2025



# Annuaire t'IMM insuffisance cardiaque



## Contacts

Pour toute question ou avis

→ [insuffisance.cardiaque@imm.fr](mailto:insuffisance.cardiaque@imm.fr)

### Hospitalisation en urgence

USIC : 01 56 61 65 27

Service d'hospitalisation : 01 56 61 65 31



### Programmation HDS / HDJ

[Secretariat.hospicardio@imm.fr](mailto:Secretariat.hospicardio@imm.fr)

Tel : 01 56 61 65 55



### Consultation titration / spécialisée / semi-urgente

[cardiordj@imm.fr](mailto:cardiordj@imm.fr)

Tel : 01 56 61 65 52 / 01 56 61 65 51



### Dépistage IC au Centre de Santé du Square de la Mutualité

[coordination@centresante-squaremutualite.fr](mailto:coordination@centresante-squaremutualite.fr)

Tel : 01 83 79 88 80



## L'équipe

Les référents du parcours, en coordination avec le reste de l'équipe :



**Dr Clémence ROIG** **Dr Warda FERRAG** **Béatrice LAGADEC** **Armelle LAMOVALTAY**  
Cardiologues                      Infirmières de coordination (IDEC)

# MERCI POUR VOTRE ATTENTION



# UNITE THERAPEUTIQUE INSUFFISANCE CARDIAQUE

PRESENTATION ARS 04 FEVRIER 2025



Dr AIT YAHIA Fatiha Cardiologue référente  
Mme TABAN Müge IPA  
Mme CABARET Valérie IDEC Filière cardio gériatrique

# Le pôle cardiologique du CHSF

Hôpital de jour  
multi-disciplinaire

Hospitalisation conventionnelle  
40 lits

Unité de Soins Intensifs de  
Cardiologie (USIC) 16 lits

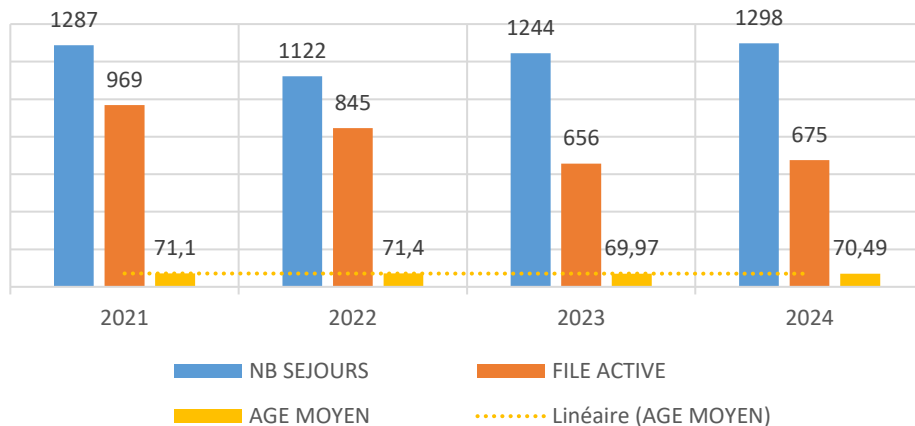
Cardiologie  
interventionnelle :  
coronarographie et  
rythmologie

Unité Thérapeutique  
d'Insuffisance Cardiaque

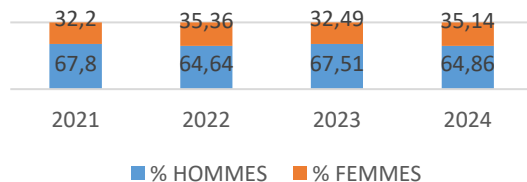
Explorations  
fonctionnelles cardiaques

# Quelques Chiffres :

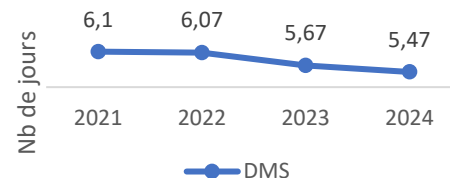
## Hospitalisation pour IC au CHSF



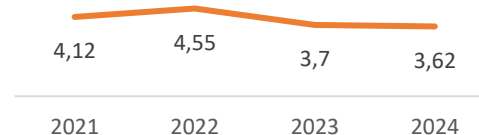
## SEXE en %



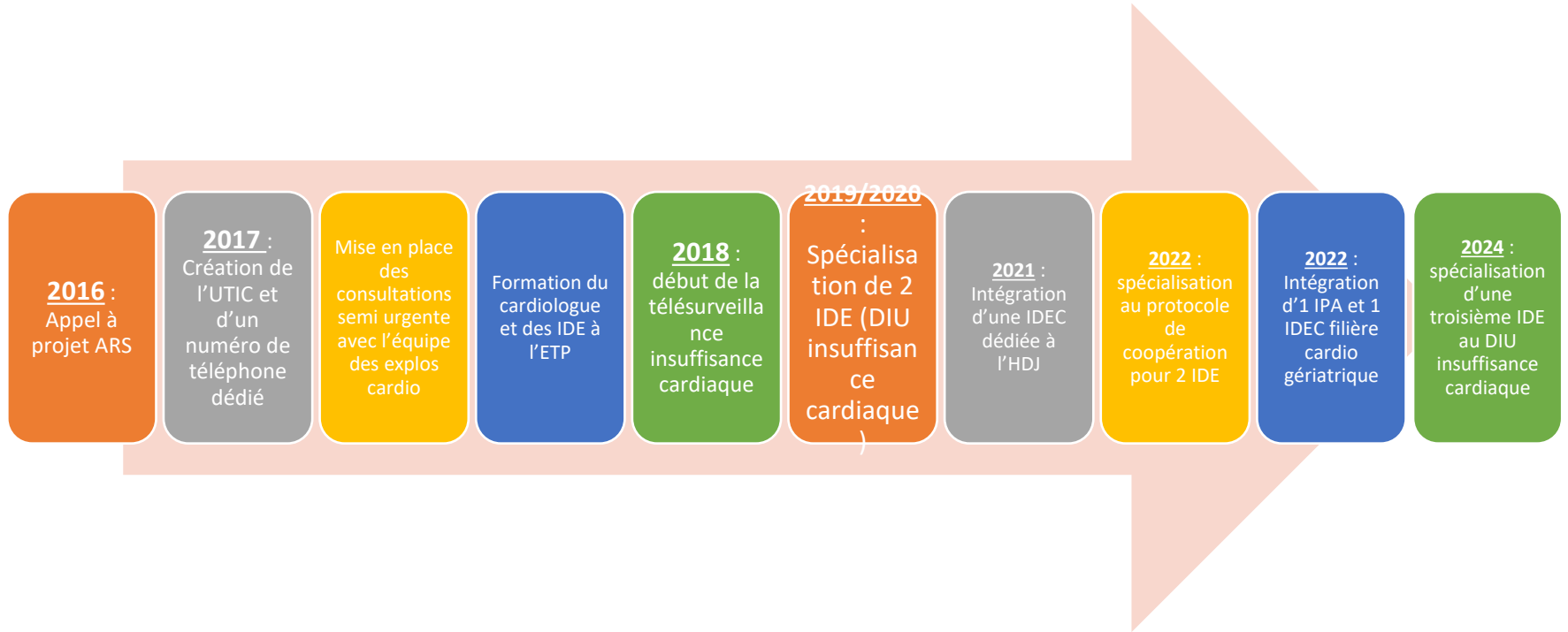
## Durée moyenne de séjours



## TAUX DECES en %



# Historique UTIC

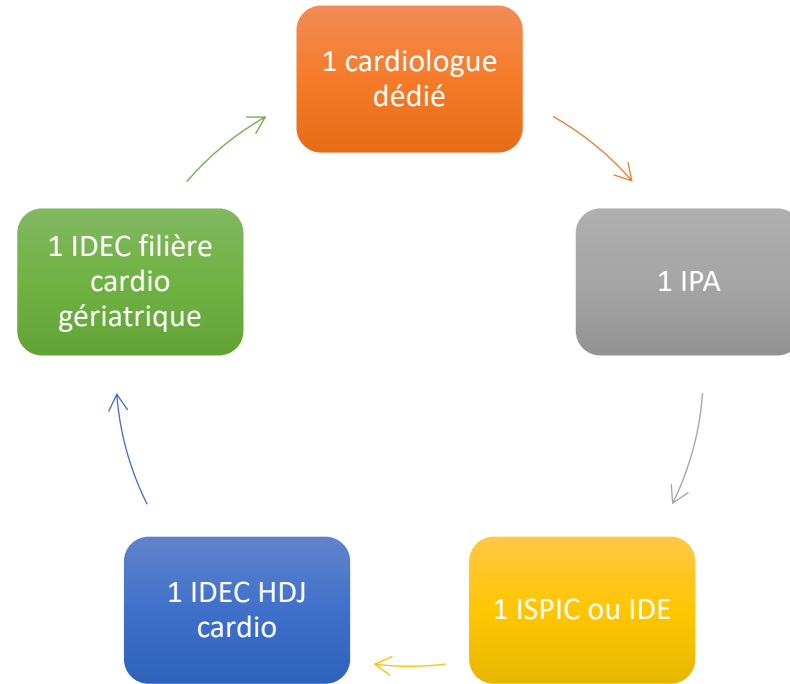


# Composition de l'équipe

- 1 cardiologue référente
- 1 cadre de santé référente
- 1 cardiologue dédié à l'unité
- 1 IPA
- 2 ISPIC
- 1 IDE (DIU IC)
- 1 IDEC HDJ cardio
- 1 IDEC filière cardio gériatrique



# Organisation quotidienne





# Activités

HDJ cardiologique (7 à 9/semaine)

HDJ UTIC +/- ETT (6/semaine) et HDJ intermédiaire (semi urgence)

Consultations ou HDJ IPA ( 6/sem)

Consultations de titrations

Télésurveillance

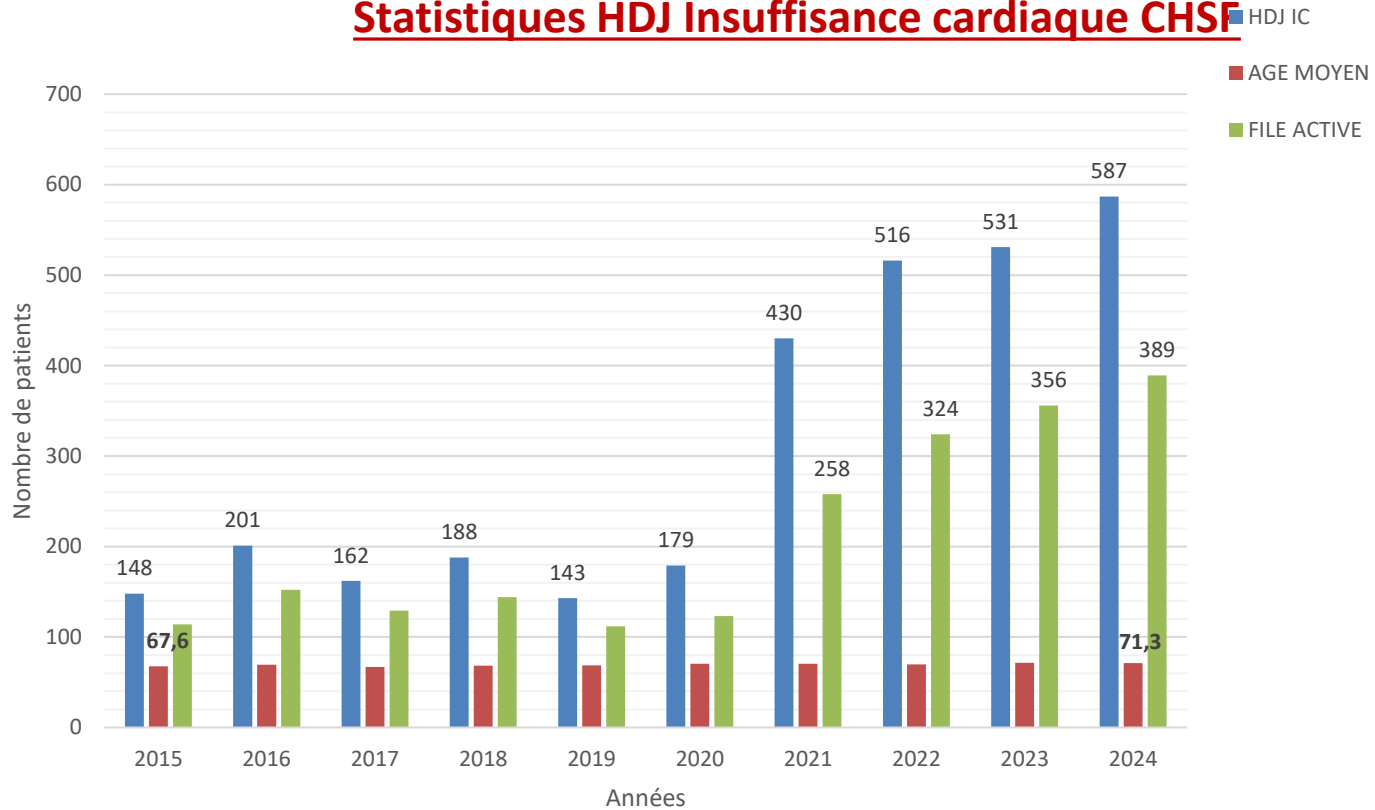
Bilan génétique

Filière amylose

Filière cardio gériatrique

Filière MAVACAMTEN®

## Statistiques HDJ Insuffisance cardiaque CHSF



# Filière cardio gériatrique

Création de poste en 2022  
S'approprier les missions  
Création de supports  
Créer le lien avec l'équipe en place et l'équipe mobile de gériatrie  
Créer le lien ville/hôpital

Coordination  
Communication pluridisciplinaire  
Collaboration avec l'équipe complète de l'UTIC  
Collaboration avec la CPTS, le PRADO  
Elargissement des activités avec les bilans génétiques et le protocole MAVACAMTEN<sup>®</sup>

- Patients à partir de 75 ans
- Recruté au CHSF pour décompensation cardiaque
- Recueil de donnée
- Inclusion filière
- Recherche des fragilités
- accompagnement de la sortie, PRADO, inclusion à la télésurveillance
- Suivi téléphonique sur 3 mois
- Surveillance et organisation du parcours de soins

# Objectifs :



Sécuriser la sortie du patient, mise en place d'aide si nécessaire



Optimiser le parcours de soin



Créer un lien de confiance avec le patient ou les aidants pour détecter rapidement les débuts de décompensation cardiaque et anticiper les hospitalisations directes



Si nécessaire, organisation d'un HDJ cardio ou d'hospitalisation directe

# Concrètement

Contact par médecin pour me donner le nom d'un patient ou recrutement dans le service directement

Exploration du dossier et de l'historique médical du patient

Interrogatoire du patient, dépistage des fragilités et évaluation des besoins socio-éducatifs

Anticipation des demandes pour les aides à la sortie

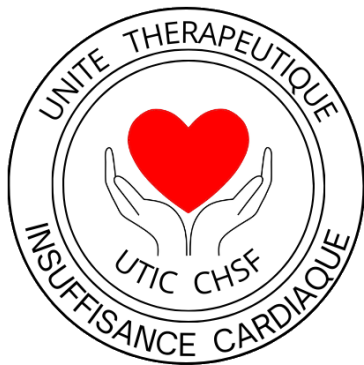
Organisation PRADO, ETP en salle/ville, télésurveillance

Distribution du dépliant de l'UTIC et du guide de sortie

Appel à 8 jours, puis chaque mois jusque 3 mois.

Fréquence variable selon le patient et le besoin exprimé et/ou ressenti

# Dispositifs de sortie



Dépliant UTIC

Guide de sortie

HDJ consultation post  
hospitalisation

PRADO

Télésurveillance

Orientation ateliers ETP  
en ville

Suivi téléphonique pour  
la filière cardio  
gériatrique

## ORGANISATION

### HOSPITALISATION

Education thérapeutique par infirmière  
Organisation de la sortie  
Télésurveillance / PRADO

### AMBULATOIRE

#### TÉLÉSURVEILLANCE

Balance connectée  
Bilan éducatif, surveillance symptôme  
Inclusion au 01.61.69.37.93

#### CONSULTATIONS INSUFFISANCE CARDIAQUE

Education thérapeutique par infirmière  
Titration médicamenteuse  
Accompagnement parcours de soin

#### HOPITAL DE JOUR

Echographie cardiaque  
Test de marche  
Consultation diététique  
Education thérapeutique par infirmière  
Synthèse médicale

#### FILIERE CARDIO-GERIATRIQUE

Lien ville-hôpital pour + de 75 ans  
Evaluation de la fragilité  
Suivi téléphonique pendant 3 mois

## CONTACTS

### CONSULTATIONS SEMI-URGENTES

#### TITRATION

Infirmières Spécialisées IC  
01.61.69.33.45  
utic.cardio@chsf.fr

### BILAN INSUFFISANCE CARDIAQUE

#### AMBULATOIRE

Infirmière coordinatrice  
Justine : 01.61.69.36.53  
idec.ic@chsf.fr

### CONSULTATIONS INSUFFISANCE

#### CARDIAQUE

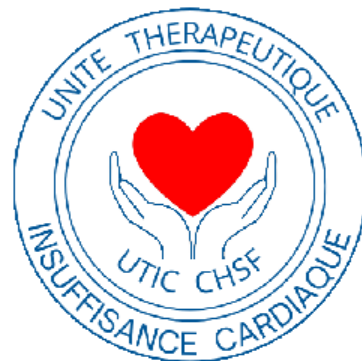
Infirmière de Pratique Avancée  
Müge : 01.61.69.37.01  
muge.taban@chsf.fr

### FILIERE CARDIO-GERIATRIQUE

Infirmière de coordination  
Valérie : 01.61.69.37.93  
valerie.cabaret@chsf.fr

### EDUCATION EN HOSPITALISATION

Infirmières  
01.61.69.34.38  
Les Mardis et Vendredis



Cardiologue référent : Dr Fatiha AIT YAHIA  
Cadre de santé : Mme Sandrine CHERTIER

Centre Hospitalier Sud Francilien  
40 avenue Serge Dassault  
91100 Corbeil-Essonnes

Tel : 01.61.69.33.45  
Pôle C-RDC



#### 4 SIGNES D'ALERTE EPOF



**E**  
Je suis plus Essoufflé que  
d'habitude



**P**  
Je prends du Poids  
rapidement  
2-3 kg en moins d'une  
semaine



**O**  
J'ai les pieds/chevilles qui  
gonflent plus que  
d'habitude (**O**edèmes)



**F**  
Je me sens plus  
Fatigué que d'habitude



#### QUE FAIRE SI SIGNES D'ALERTE ?

⇒ Prendre RDV rapidement  
chez le médecin traitant ou le  
cardiologue

⇒ Si non disponible

Appeler l'UTIC au  
**01.61.69.33.45**

Lundi au Vendredi de 8h30 à 17h30

Evaluation par infirmière  
Consultation semi-urgente  
si besoin

⇒ Si signes graves :  
**URGENCES ou  
APPEL 15 SAMU**



#### 4 RÈGLES DE VIE EPON



**E**  
Je fais de l'Exercice  
Physique adapté



**P**  
Je surveille mon Poids  
régulièrement



**O**  
Je suis **O**bservant  
Je prends mes  
médicaments tous les  
jours



**N**  
Je **N**'utilise pas ou peu  
la sa lière  
J'évite les aliments salés



## Les signes d'alerte

### CHAQUE JOUR, JE SURVEILLE MES SYMPTÔMES



#### Essoufflement

J'ai des difficultés à respirer ou je m'essouffle plus que d'habitude.



#### Prise de poids

Je constate une prise de poids de plus de 2kg en 3 jours.



#### Oedèmes

Je constate un gonflement de mes chevilles ou de mes pieds.



#### Fatigue

Je me sens plus fatigué que d'habitude sans raison particulière.



Si vous constatez l'aggravation ou l'apparition de ces symptômes :

- Prenez rapidement rendez-vous avec votre médecin.
- S'il n'est pas disponible, appelez l'UTIC au **01.61.69.33.45**

En cas de signes graves, appelez le **15**

## Conseils au quotidien

### QUE DOIS-JE FAIRE AU QUOTIDIEN?



#### Exercice

Je fais de l'Activité Physique Adaptée.



#### Poids

Je surveille mon poids régulièrement.  
Je peux être suivi à distance par de la télésurveillance.



#### Observance

Je respecte ma prescription médicale.  
J'évite l'automédication.



#### Ne pas saler

Je n'utilise pas ou peu le salière.  
J'évite les aliments salés.

### Service de Cardiologie

Centre hospitalier Sud Francilien

40 avenue Serge Dassault  
91100 Corbeil-Essonnes



Centre Hospitalier  
Sud Francilien

## MON GUIDE DE SORTIE



CPTS  
Val d'Essonne et des Deux Vallées

## Mon équipe soignante

### Mon Médecin traitant

NOM: .....

TELEPHONE: .....



### Mon Cardiologue

NOM: .....

TELEPHONE: .....



### Mon Infirmière

NOM: .....

TELEPHONE: .....



### Mon Laboratoire

NOM: .....

TELEPHONE: .....



### Mon Pharmacien

NOM: .....

TELEPHONE: .....



Sortie

Jour J

#### En quittant le service

- ☐ Je vérifie mes documents de sortie:
  - la lettre de liaison
  - l'ordonnance

#### Mon traitement

- ☐ Je prends mes médicaments tous les jours.
- ☐ J'anticipe le renouvellement de mon ordonnance.

J+15

#### RDV Cardiologue

- ☐ Je présente ma lettre de liaison et mon ordonnance actuelle si elle a été modifiée par mon médecin traitant

## À MA SORTIE

- ☐ Je passe à la pharmacie prendre mes médicaments.
- ☐ Je prends un rendez-vous chez mon médecin traitant rapidement (dans les 7 jours).
- ☐ Je prends un rendez-vous chez mon cardiologue dès que possible (dans les 15 jours).
- ☐ Je prends rendez-vous au laboratoire si j'ai une ordonnance pour une prise de sang.
- ☐ Je prends contact avec un(e) infirmier(e) libéral(e) si j'ai une ordonnance.

J+7

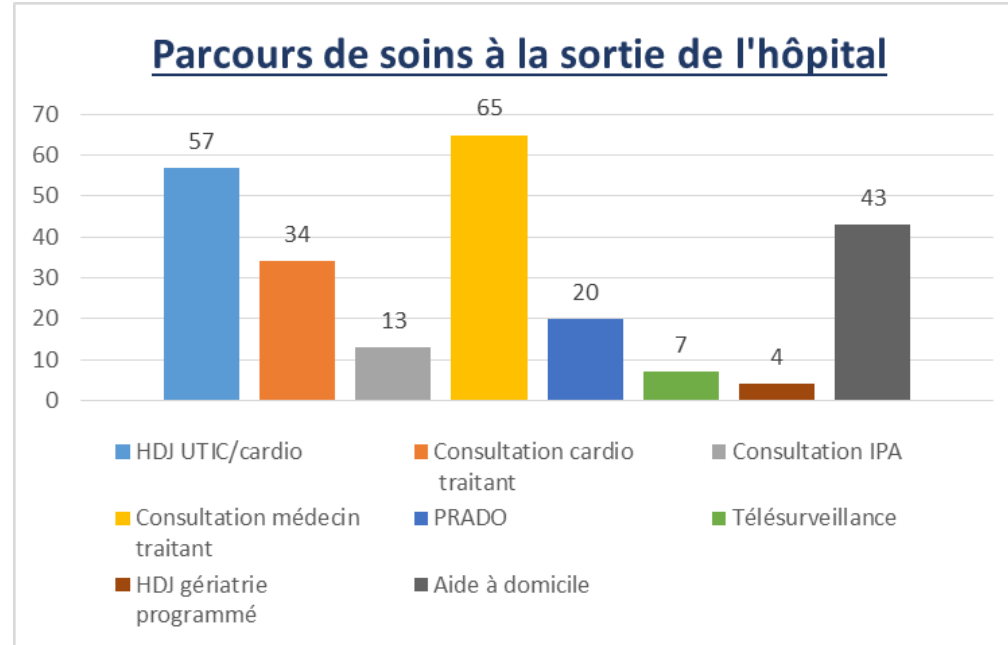
#### RDV médecin traitant

- ☐ Je présente ma lettre de liaison.
- ☐ Je fais remplir la demande d'ALD 100%
- ☐ Je montre mon ordonnance de sortie d'hospitalisation

#### Et après?

Je consulte régulièrement mon médecin traitant et mon cardiologue (au moins 1 fois/an).

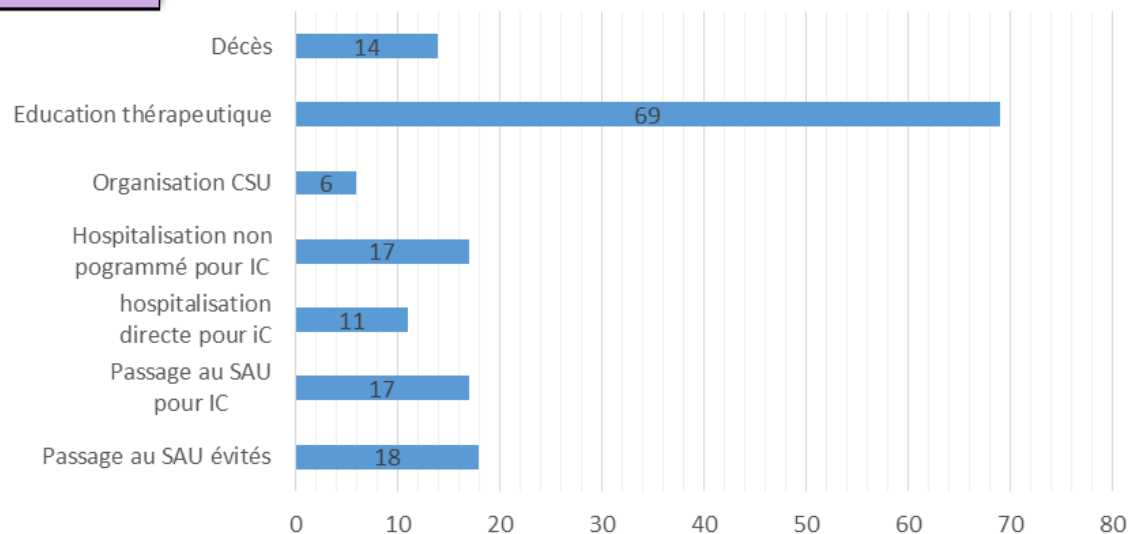
En 2023 :



- 107 patients inclus dont 40 déjà connus au CHSF pour insuffisance cardiaque
- Seulement 6 n'avaient pas de médecin traitant,
- 65 ont un cardiologue traitant.
- 31 demandes avis gériatrique pendant l'hospitalisation

195 appels dans le cadre du suivi

### Indicateurs à 3 mois



17 patients verront leur médecin traitant dans les 8 jours suivant l'hospitalisation et 24 leurs cardiologues dans le mois qui suit leur sortie

# L'équipe de l'UTIC vous remercie pour votre attention



# III. Présentation de l'article 51 – CECICS



1er webinaire du projet parcours insuffisance  
cardiaque des personnes âgées (ARS-IdF)

Les nouvelles organisations pour les patients  
IC chroniques : les CECICS



Le 03 Février 2025

Pr Thibaud Damy, (HUHM )

Armelle Duchenne - Cadre supérieur de santé - Cheffe de projet article51-CECICS



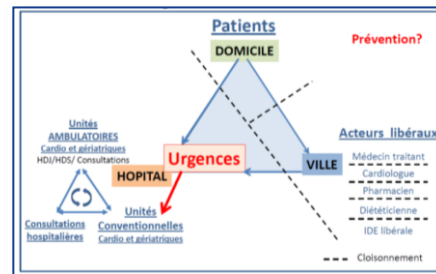
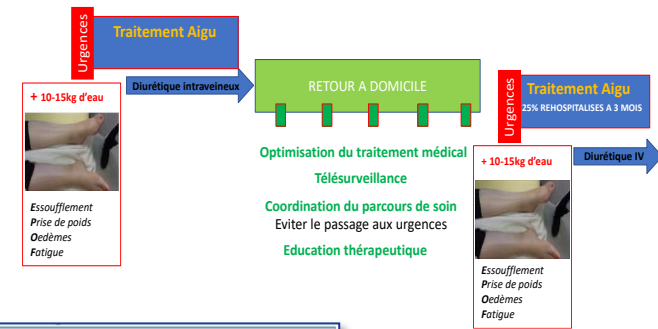
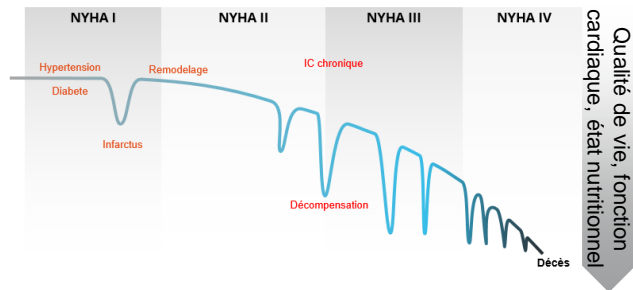
# CONTEXTE et ENJEUX de l'Insuffisance Cardiaque Chronique

- ❑ Une **maladie chronique** : aggravation progressive faite d'une succession de décompensations / stabilisations
- ❑ **2,3% de la population** adulte française
- ❑ **50% des patients** ont l'ensemble des traitements recommandés et la moitié d'entre eux seulement à dose efficace
- ❑ **10% sévères** non stabilisés => 25% seront réhospitalisés à 3 mois et 45% à 1 an.
- ❑ Entrée dans l'hôpital en décompensation cardiaque :
  - ✓ **59% par les urgences** = 17% patient + 42% SAMU/pompiers
  - ✓ **41,5%** = 22% Généraliste + 19.5% Cardiologue
- ❑ **Pour 47% les symptômes étaient connus** plus de 15 jours avant les urgences

SFC-GICC Etude ICPS2 – Beauvais F et al. Clin. Cardiol. 2021

⇒ Une maladie grave...mais pas désespérée si prise à temps.

⇒ Des situations **évitables** ++



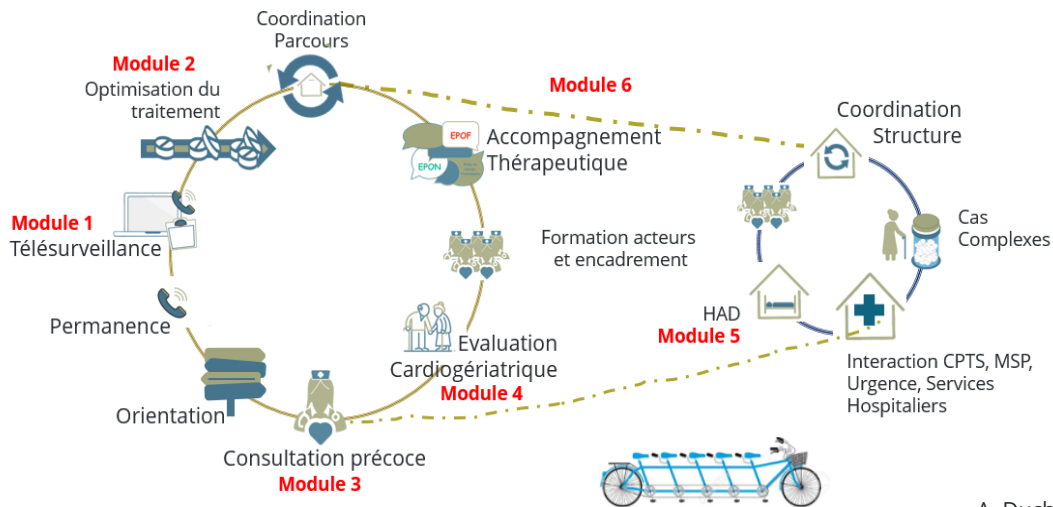




# CECICS : Cellule d'Expertise et de Coordination pour l'Insuffisance Cardiaque Sévère

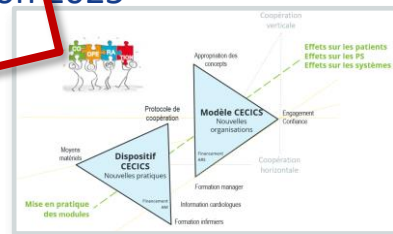
- Une solution venue du terrain pour soutenir la mise en œuvre des recommandations de prise en charge de l'IC en tenant compte des contraintes.
- S'appuyant sur un protocole de coopération (PC national insuffisance cardiaque, promoteur APHP, 2019)
- Mobilisant des modules en fonction des besoins des patients, avec pour socle la coordination des soins et l'accompagnement
- Unité de soins dans les murs prenant quotidiennement en charge des patients hors les murs

=> Une nouvelle manière de travailler à l'hôpital



- Une mise en œuvre expérimentale Art51 avec un financement forfaitaire dérogatoire => généralisation 2025

DÉMONSTRER L'XP ÉVALUÉ ET VALIDÉ



# Nos armes collectives face à l'ICC

## *Mots d'introduction au congrès CNCH*

- Pourquoi peut-on dire que « Les lignes bougent dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque », qu'est-ce qui bouge et comment ça bouge ?
  - 4 axes de mouvements
    - Par la coopération .... médecins-Infirmières ... mais pas que
    - Par la coordination .... Ville-Hôpital ... et pas que
    - Par la prévention .... des maladies intercurrentes ... mais aussi...
    - Par la collaboration entre les différents acteurs
- Que se passe-t-il dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ?
- Qu'est-ce que cette affaire de coopération ?

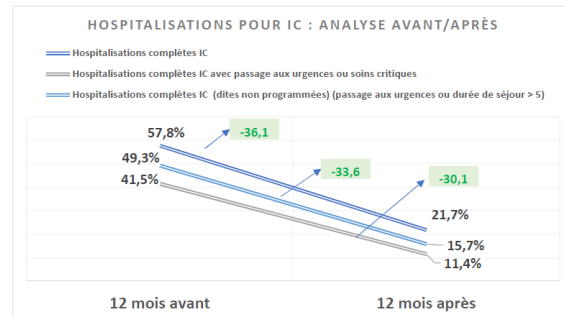




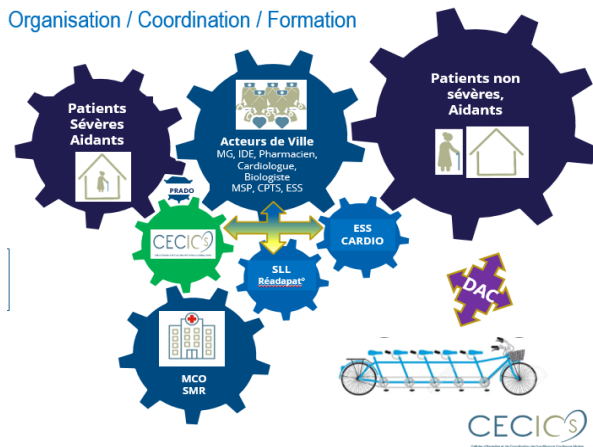
# Bilan d'expérimentation

- **Une évaluation externe positive** : Rapport final mars 2024
  - Avis favorable pour généralisation ; 12 points saillants
- **Pour les patients**
  - Faisabilité démontrée, souplesse du modèle
  - Patients satisfait
  - Traitement optimisé
  - Impact hospitalisation et mortalité précoce
- **Pour les professionnels et l'institution**
  - Très bonne adhésion avec des impacts positifs observés
  - pour les IDE : montée en compétences, expertise, autonomie, responsabilités, valorisation, attractivité
  - Pour les cardiologues : changement de pratiques, meilleure coordination et relation de travail, recentrage sur les patients graves.
  - Pour l'hôpital : fonctionnement structuré, flux mieux gérés cardiologie et SAU.
- **Un modèle efficace parce que**
  - ciblant des patients graves (=> PEC de patients IC sévères)
  - Reposant sur des infirmiers formés à la pathologie et l'accompagnement de maladie chronique
  - Impliquant l'apprentissage d'un travail en coopération (formation et accompagnement)
  - S'insérant dans le fonctionnement hospitalier

Figure 13. Réhospitalisations pour insuffisance cardiaque - Analyse avant-après pour les patients des CECICS  
(Source : SNDS)



## Organisation / Coordination / Formation



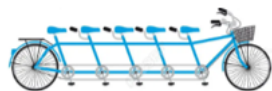
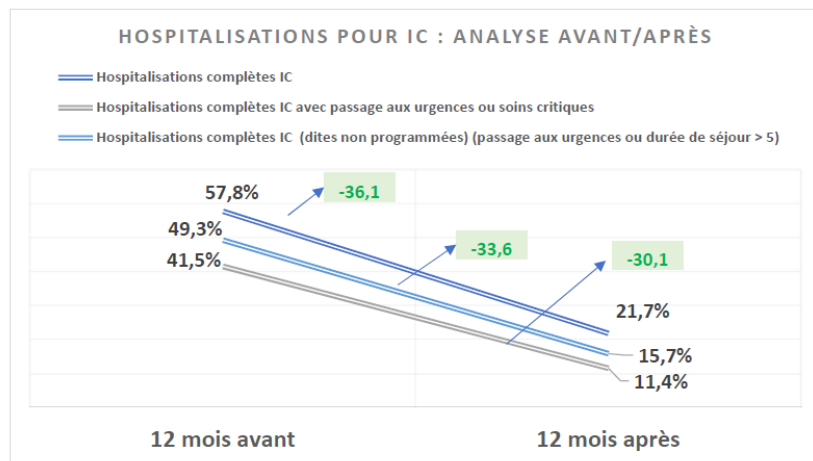
# Rapport d'évaluation CECICS publié en mars 2024



Rapport final - CECICS – 2024



Figure 13. Réhospitalisations pour insuffisance cardiaque - Analyse avant-après pour les patients des CECICS  
(Source : SNDS)



- Evolution des patients CECICS 12 mois avant // 12 mois après : en moyenne  $\downarrow$  -4,8 jours cumulés d'hospitalisation ( $p < 0,0001$ )<.
- Comparaison aux témoins : 1,5% des patients CECICS ont été ré-hospitalisés avec un passage par les urgences ou en soins critiques à 30 jours contre 2,6% des patients témoins ( $p = 0,0914$ ) (à 6 mois : 5,2% CECICS versus 7,3% témoins) ( $p = 0,0842$ ).
- Dépenses : constat d'un transfert de charges de l'hôpital vers la ville : (-) 2539€  $\leftrightarrow$  (+) 2 300€<;
- Enquête auprès des patients : « *très bon niveau de satisfaction concernant les informations reçues* ». Patients plus autonomes dans la gestion de leur maladie (...) ex: 84,3% limitent leur consommation de sel (16% avant) »<;



# Activité courante des 8 CECICS AP-HP

**8 CECICS ≈ 10 Ispic ≈ 600 patients**

## 150 en Titration

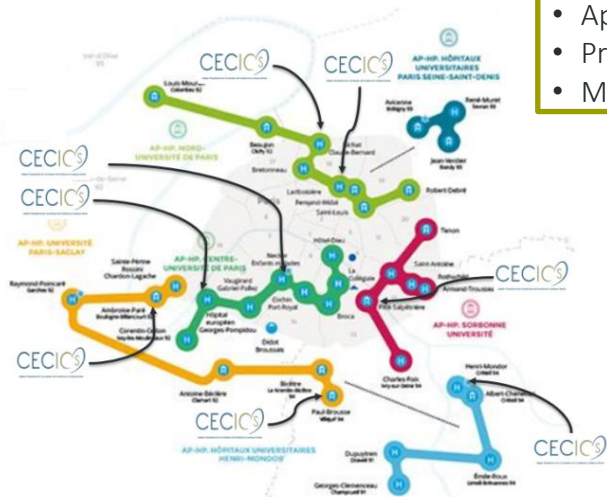
- Débute <20 jrs sortie d'hospi.
- RDV/15 jrs ≈ 45'
- Durée ≈ 4 mois
- ≈ 3-4 CS / pts

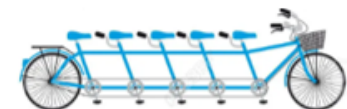
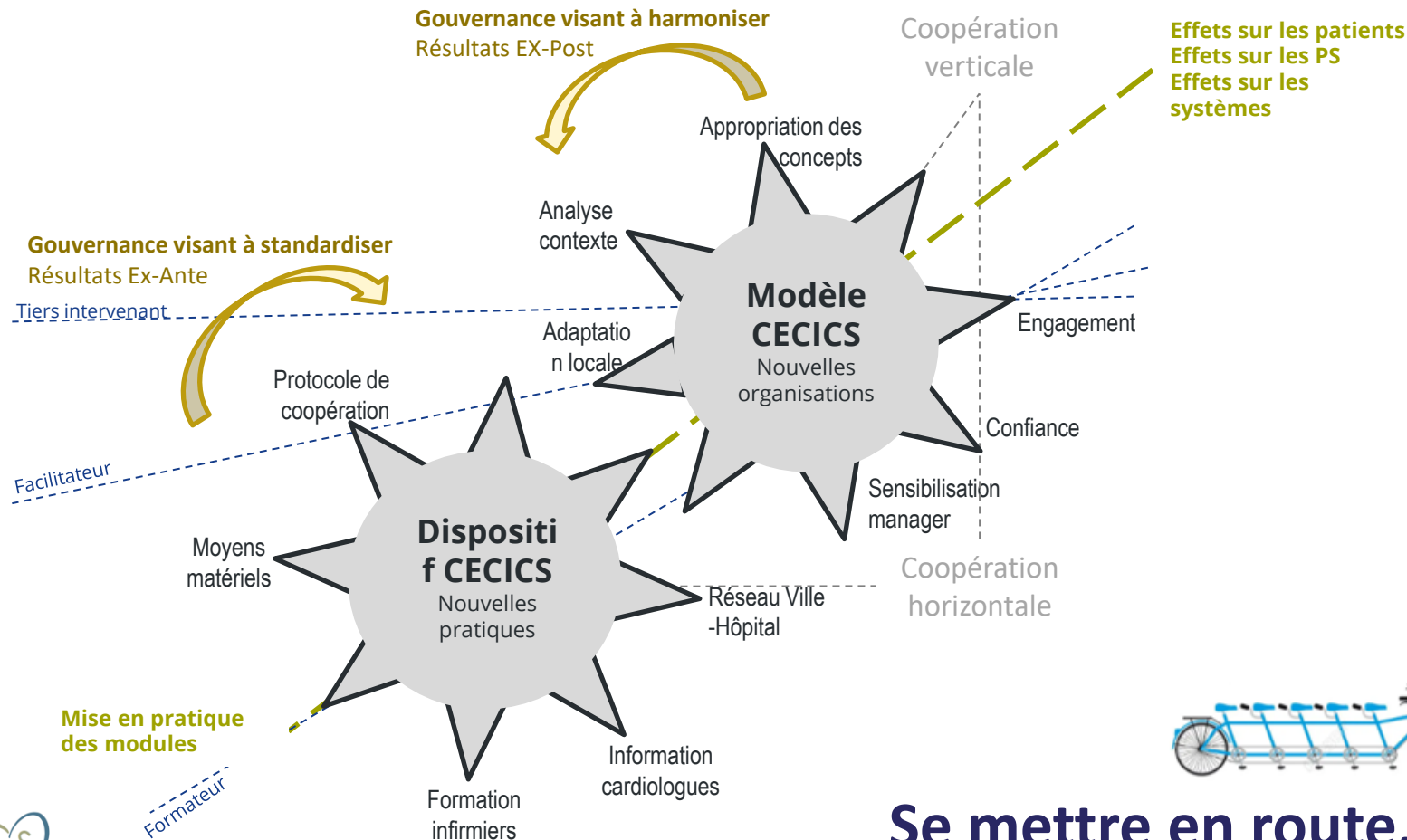
## 500 en TLSm

- Inclusion ASAP
- Gestion d'alertes
- Durée ≈ 11 mois
- 24% en double TLSm IC et rythmo

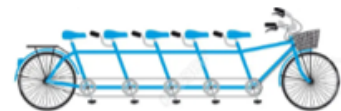
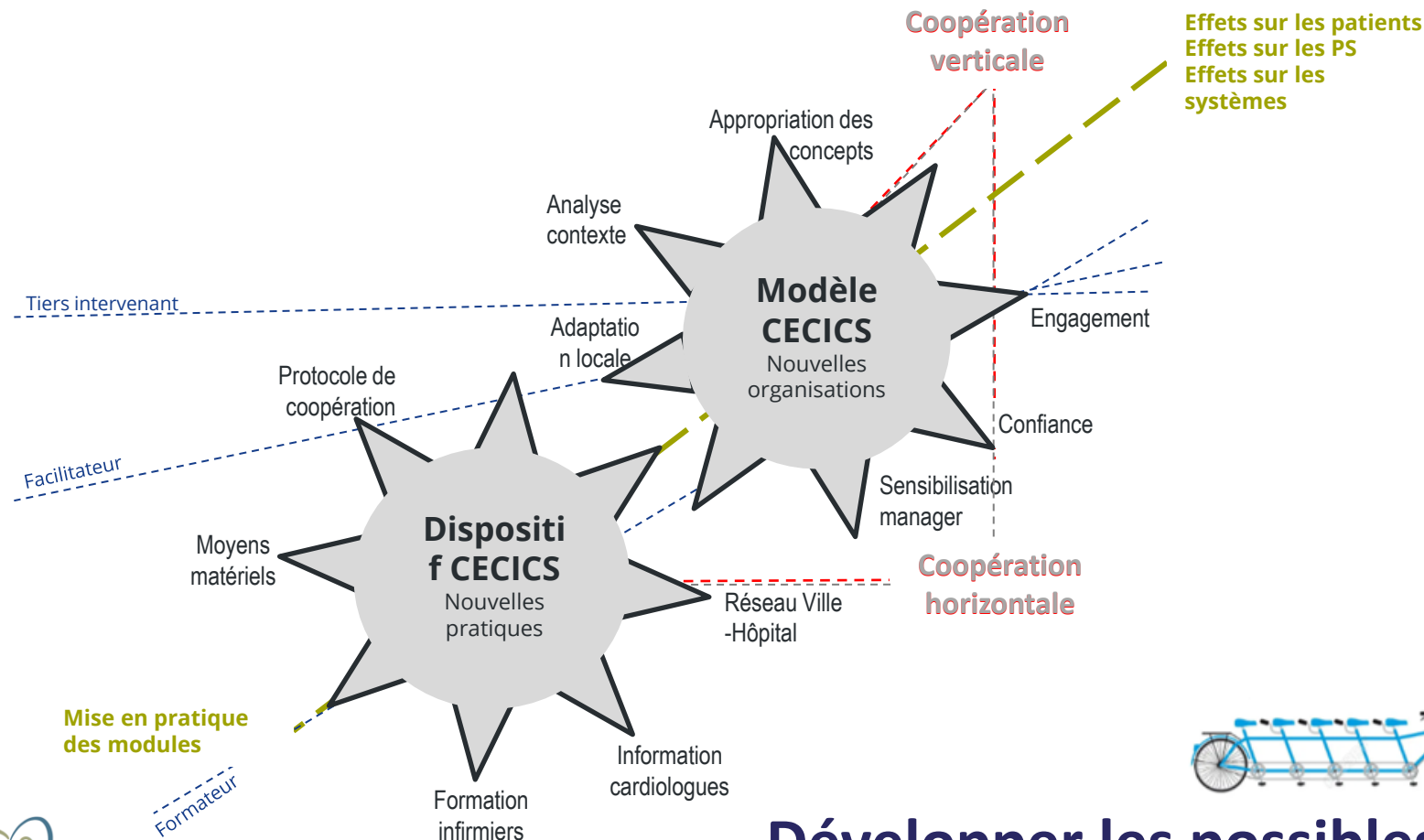
## 150-200 évt./mois ≈ 1/3 patients

- 93% des patients
  - 60% via TLSm - 25% Ispic - 15% patient/réseau
  - 4h / événement
  - 85 % gérés à distance
  - 17 % avec appel au délégit
- Accompagnement / action ETP / préventions tertiaires et secondaires
  - Appels téléphonique : ≈ 2-3 appels par événement (1 à >10) ; 15-20min par appel (3' à 1h)
  - Prescriptions de biologie : ≈ 0,7 patients/mois
  - Modification de traitement : ≈ 0,3 patients/mois





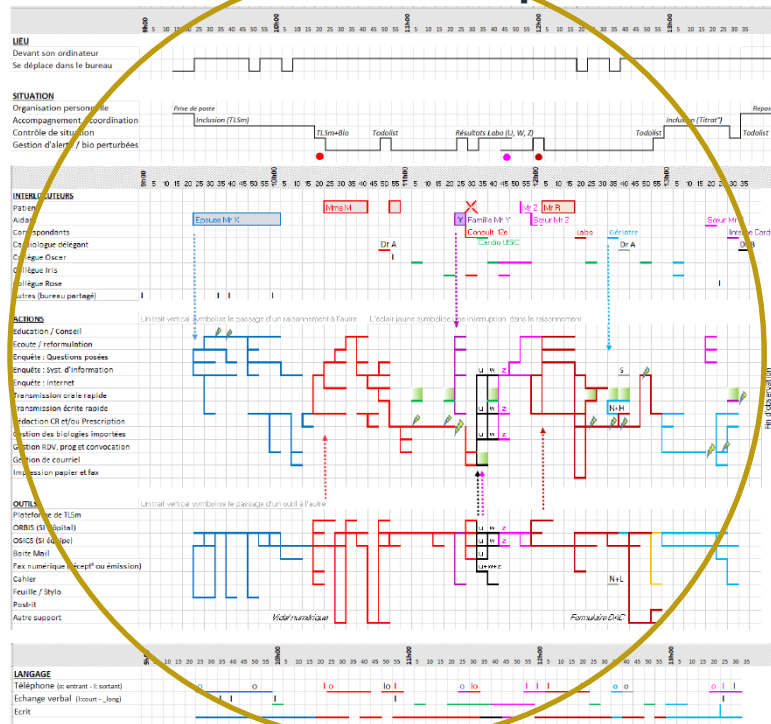
# Se mettre en route....



# Développer les possibles...

## Une matinée d'ISPIC "au bureau", chevet du patient

Langag  
e



## Importance des ressources informatiques et de communication





# Perspectives



- **Levier de durabilité et conditions de reproductibilité** (recommandations des évaluateurs)
  - Modèle de droit commun :
    - Principe du forfait à conserver et d'un module socle « Coordination et accompagnement »
  - Mise en œuvre
    - Soutien et accompagnement de l'encadrement et des directions
    - Conditions matérielles
    - Temps dédié / file active
    - Montée en charge progressive avec réflexion indispensable sur la gestion du flux
    - SI adapté et interopérable avec le DPI
    - Anticipation du travail des liens avec les professionnels en ville
- **Calendrier passage droit commun :**
  - Phase de transition du 1er avril 2024 au ... 2025
  - Travaux en cours par les différents bureaux métier ministère et CNAM pour définir le modèle
- **Organisation reproductible et au-delà un caractère modélisant pour d'autres pathologies**
  - Une finalité : prévention tertiaire de maladies chroniques
  - Une méthode qui part des besoins du terrain
  - Une organisation médico-soignante coopérative
  - Des modules à choisir selon les besoins du patient
  - Un financement forfaitaire



# Schématisation du modèle financier des CECICS dans l'Art51

Coût moyen d'1 ETP IDE en  
2023 brut chargé = 60 000 €

⇒ Si Exemple 70 patients :  
65 080 €

## Modèle médico-économique du PC-IC avec Art51

PEC assurée par ISPIC ayant adhéré au PCIC

Patient inclus en  
**TELESURVEILLANCE**

Si par exemple:  
60 patients en  
file active

**Forfait mensuel  
(pour l'équipe)**

TVB 1 : 28 € (336€/an)  
TVB 2 : 56 € (672€/an)  
TVB 2,5 : 70 € (840€/an)  
codé en acte externe



**(Télé)Consultation  
Non programmé  
pour gestion de  
décompensation**

Si 80% très sévères et 20%  
sévéres  
⇒ 20 alertes / semaine  
(Toutes modalités de gestion  
comprises dans le FISS)

Si équipe inclus dans l'expérimentation  
**Art51-CECICS** et si patient réponds aux  
critères  
⇒ Forfait annuel FISS  
= 260 à 1000 € /patient /an  
selon sévérité

Situation  
Hors PCIC  
et/ou  
Consult et prescription  
réalisée par le  
cardiologue délégué

Si par exemple:  
10 patients en file active  
(Cs comprises dans le FISS)

Patient pris en charge  
pour optimisation du  
traitement de fond =  
**TITRATION**

Si patient vu par délégué  
CS ou TC : 23 €  
ou CSC (ECG) : 47,73€  
codés en acte externe



Ex 2 : (40x336) + (20x672) = 26 880 €

Ex : (20 x 260 €) + (50 x 660 €) = 38 200€

10



## En conclusion

- Une CECICS est une nouvelle manière d'exercer ensemble, en coopération, et cela demande à chacun de s'y impliquer
- Son objectif principal est d'éviter les décompensations : en maximisant les préventions ciblées sur l'IC (patients avec un traitement optimal, et connaisseur avec son cercle de soins de cette maladie, de ses risques et des CAT), et, en dépistant ces décompensations pour agir au plus vite de leur survenue (accessibilité et TLSm).
- Son organisation repose sur la mise en œuvre du protocole de coopération national insuffisance cardiaque et de module de soins avec 3 grands axes d'interventions (optimisation du traitement, télésurveillance et consultation précoce en cas de décompensation), et, 3 modules complémentaires (dépistage de la fragilité gériatrique et orientation, HAD-diurétique encore à développer, et liaison avec la télérhythmologie)
- Son modèle médico-économique tient sur le principe de l'inclusion de patients particulièrement sévères ou instables, pour lesquels elle évite de fait les dépenses lourdes de passage aux urgences et de ré-hospitalisation ; et l'optimisation de la file active (une compétence qui se développe avec la pratique)
- Ses limites de fonctionnement tiennent au niveau de gravité des patients (IC terminale, PEC complexes) et les limites qu'impose le cadre du PCIC (syndrome cardio-rénale), au choix de la solution de TLSm et du calibrage de ses alertes (fiabilité de la donnée transmise/précision de l'algorithme)
- Ponctuelle, elle est pour ces patients une période intense de maximisation de la PEC de l'IC dans un parcours de soins chronique qu'elle vise également à maximiser pour sa suite : ses relais sont le cercle de soins « éclairé » avec MG, cardio traitant et IPA organisé ou non en « CECIC » de ville, dans une CPTS, MSP, et/ou en cabinet spécialisé ; pour les prises en charge plus complexes les DAC sont souvent sollicités; pour l'IC terminale : équipe mobile de soins palliatifs, HAD, ou USP.

# Merci pour votre attention !



**« Se réunir est un début,  
rester ensemble est un progrès,  
travailler ensemble est une réussite !  
»**

La devise des Ispics



Le patient IC



La coordination



La coopération

# Conclusion et perspectives

## Conclusion et perspectives

- **Projet territorial**

- Implique cardiologues et gériatres, ES et ville => ETIC (Equipe Territoriale d'IC)
- Concerne le parcours de l'IC débutante suivie en ville et jamais hospitalisée à l'IC réfractaire nécessitant des soins palliatifs
- Prépare les ES à mettre en place des CECICS pour la sortie d'hospitalisation des patients les plus graves

- **Bilan très positif**

- **Poursuite du projet**

- Financement pérenne
- Forfaits CECICS

- **Les différents territoires**

- **3 types d'ES**

- **ES du projet (23)**
- **ES CECICS (8)**

- **Les autres ES qu'il faut accompagner dans l'amélioration du parcours IC**

- Création d'un site internet sur le Juste Soin par le service pertinence et qualité de l'ARSIF
  - Sur la page dédiée à l'IC les PS trouveront
    - Tout sur le WB (enregistrement, RETEX, PPT)
    - Les coordonnées de PS OK pour soutenir les territoires débutants dans l'amélioration du parcours IC...

- **La ville : projet de mise en place de CECIC en ville...**