

Cahier des charges du projet 2022
« Généralisation des parcours dédiés aux personnes âgées (>75 ans)
insuffisantes cardiaques chroniques pour éviter les urgences »
Dans le cadre de la Mesure 5 (Annexe 1)
du Pacte de refondation des urgences (Annexe 2)

30/09/2024

Dr Bataille – référente cardiologie et BPCO – DOS - ARSIF

Eric Bongrand - Chef de projet Parcours Santé de la personne âgée – DA – ARSIF

Clémence Herbera – Chargée de mission Parcours Santé de la personne âgée –DA- ARSIF

Charlotte Roudier Daval – référente art. 51 –DIRNOV - ARSIF

Sommaire

Introduction

Le projet

- I. Les actions financées par l'ARSIF, à mettre en place en 2022 par les territoires sélectionnés
- II. Méthode de sélection des établissements de santé/territoires

Zoom sur chaque action

- I. « IDE de coordination (IDEC) »
- II. « Consultation semi-urgente en cas de début de décompensation cardiaque dans les ES »
- III. « Consultation de titration dans les ES »
- IV. « Formation d'un IDE au protocole de coopération de l'insuffisance cardiaque »

Conclusion

Introduction

Le système de santé est instable du fait d'une difficulté d'accès à l'expertise médical par une fragilité des RH¹, d'un ambulatoire mal coordonné au sein de la ville et entre la ville et l'hôpital, d'une pression économique de plus en plus forte avec une réduction du capacitaire, d'un SAU² trop sollicité et saturé,...

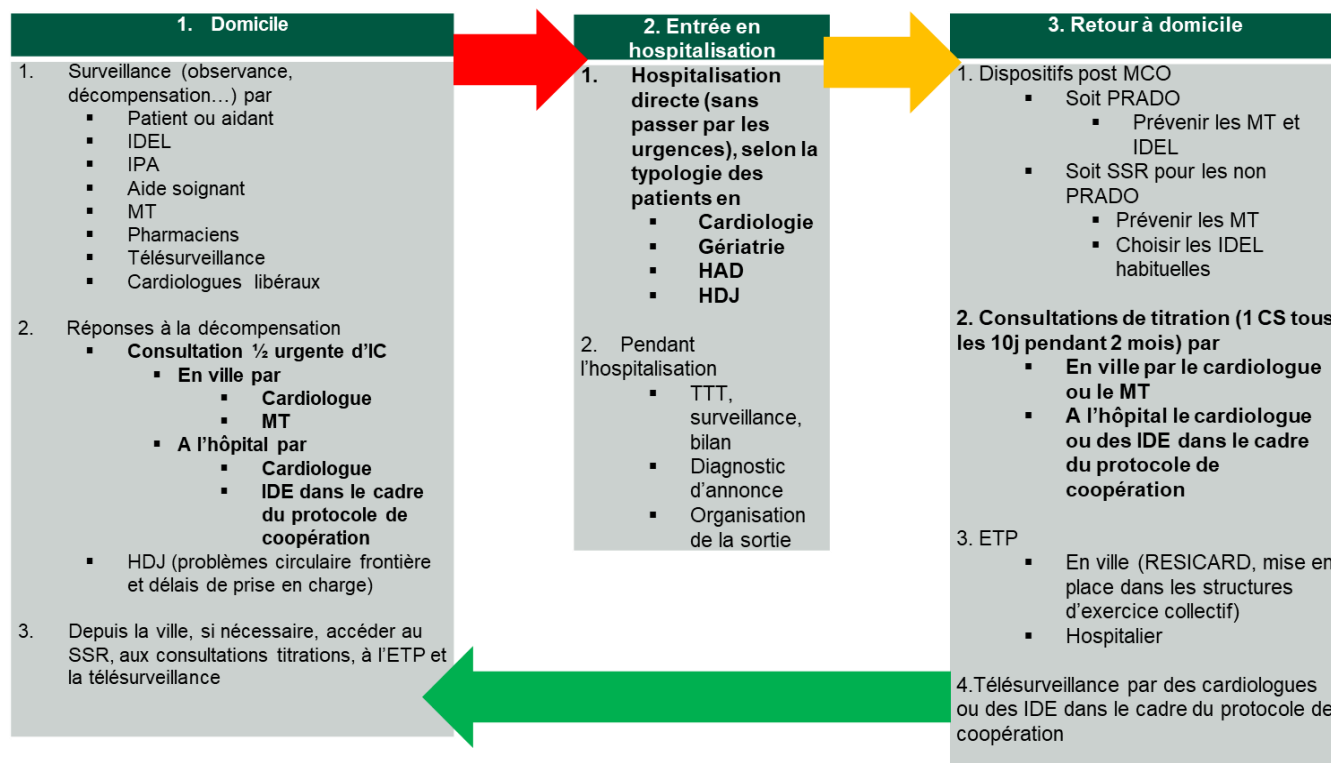
Le Pacte de refondation des urgences, publié en septembre 2019 décline 12 Mesures à mettre en œuvre dont la Mesure 5 qui ambitionne de « Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences ». **L'hospitalisation des personnes âgées et des patients porteurs de maladies chroniques** est une

¹ RH Ressources Humaines

² SAU Service d'Accueil des Urgences

étape incontournable de leur parcours de soins, que l'on peut anticiper/organiser pour hospitaliser le patient directement dans le bon service (HAD³, HDJ⁴, HC⁵ en gériatrie ou dans le service spécialisé de la pathologie décompensée) sans passer par les urgences.

La figure ci-dessous schématise le parcours de soins de la maladie chronique (insuffisance cardiaque chronique) en 3 phases :



L'enjeu de l'hospitalisation directe des patients âgés et/ou atteints de maladies chroniques, implique

- Une organisation interne de l'établissement de santé⁶ pour avoir une réserve de lits disponibles pour hospitaliser le patient directement (sans passer par les urgences) dans des délais raisonnables
- Un suivi régulier en ville du patient âgé et/ou atteint de pathologie chronique, permettant un dépistage précoce de la décompensation pour d'une part déclencher l'hospitalisation au bon moment c'est-à-dire avant d'être dans une situation nécessitant de mobiliser le SMUR⁷ et un lit de soin critique et d'autre part pour laisser un temps raisonnable au système hospitalier pour qu'il trouve une place d'hospitalisation adaptée
- Une relation entre la ville et l'ES pour informer les médecins de ville de cette nouvelle dynamique d'hospitalisation directe et des moyens pour exprimer leur besoin.....

Depuis 2016, l'ARSIF s'est engagée avec l'AM⁸, l'HAS et les professionnels de santé et les associations de patients dans l'amélioration du parcours du patient ICC. Les faits marquants (Cf Annexe 3) ont été successivement

- En 216, un appel à projet ARSIF est lancé pour la mise en place de consultations semi-urgentes dédiées aux patients en début de décompensation cardiaque, dans les ES
- En 2018, dans le cadre du 1^{er} CAQES⁹, une convention entre 14 ES, AM et ARSIF est signée pour réaliser ensemble 14 animations territoriales (les 2^{es} animations territoriales dans chaque territoire, à 1 an de la 1^{re}, prévues dans ce CAQES n'ont pu être réalisées à cause de la crise sanitaire)

³ HAD Hospitalisation A Domicile

⁴ HDJ Hospitalisation De Jour

⁵ HC Hospitalisation Complète

⁶ ES Etablissement de Santé

⁷ SMUR Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

⁸ AM Assurance Maladie

⁹ CAQES Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins

- En 2019, engagement dans la délégation de tâche avec la publication de l'arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque par un infirmier »¹⁰
- Puis dans la foulée, autorisation de l'article 51 « CECICS¹¹ », qui s'appuie sur le protocole de coopération précité, et qui est mis en œuvre dans 9 sites de l'APHP¹²
- Depuis 2019, 3 articles 51 nationaux ont été autorisés et mis en œuvre : SSR léger Marcadet, Read Hy téléréadaptation cardiaque, Walk Hop téléréadaptation cardiaque
- En 2020, le ministère attribue à l'ARSIF le « parcours pilote ICC¹³ » (en cours)
- En 2022, dans le cadre du 2° CAQES un indicateur de résultat « Taux de réhospitalisation des patients ICC » sera calculé par territoire tous les ans pendant 3 ans.

Des solutions identifiées lors des animations territoriales sur l'amélioration du parcours de soins des patients insuffisants cardiaques chroniques (ICC) est de travailler

- D'une part sur les **hospitalisations directes** (sans passer par les urgences) si besoin d'hospitalisation
- D'autre part sur la **diminution des réhospitalisations**
 - En améliorant l'optimisation du traitement de fond en sortie d'hospitalisation par des **consultations de titration** (1 consultations tous les 15 jours pendant 2 mois)
 - En détectant et traitant rapidement les débuts de décompensations cardiaques par des **consultations semi-urgentes de décompensation cardiaque**

Les solutions identifiées pour les patients ICC s'appliquent aux autres maladies chroniques et aux personnes âgées.

Ces solutions répondent à la Mesure 5 du Pacte de refondation des urgences.

Le projet

Dans le cadre du projet « Généralisation des parcours dédiés aux personnes âgées (>75 ans) insuffisantes cardiaques chroniques pour éviter les urgences » il a fallu d'abord identifier les actions pertinentes à soutenir puis identifier les territoires déjà impliqués dans l'amélioration du parcours de soin de l'ICC, prêts à mettre en œuvre ces actions.

I. Les actions pertinentes à soutenir

Les actions pertinentes d'une part doivent avoir été identifiées lors des animations territoriales par les professionnels de santé comme des actions d'amélioration du parcours du patient ICC et d'autre part ne doivent pas avoir déjà un mode de financement inscrit dans le droit commun ou prévu dans le cadre d'une expérimentation

- Les dispositifs d'amélioration du parcours des patients ICC ont été identifiés par les territoires entre autre lors des animations territoriales et sont :
 - En sortie d'hospitalisation MCO : PRADO IC, passage en SSR, consultation d'optimisation thérapeutique, ETP
 - A domicile : surveillance et télésurveillance IC (balance connectée) pour repérage précoce des débuts de décompensation cardiaque, consultation semi-urgente en cas de début de décompensation cardiaque, anticipation/organisation si réhospitalisation
 - Lors de la réhospitalisation : hospitalisation directe (sans passer par les urgences)
- L'article 51 CECICS, mis en place dans 9 sites de l'APHP, propose une organisation qui mobilise tous ces dispositifs et qui s'appuie sur la délégation de tâche dans le cadre du protocole de coopération des IDE pour la prise en charge des patients ICC.

¹⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=w7IOLPaagUUCaZ7Kuw5AZJyAQaVA5usIDgF2rB4vOkU=>

¹¹ CECICS Cellule d'Expertise et de Coordination pour la prise en charge des patients IC Sévères en sortie d'hospitalisation

¹² Arrêté et cahier des charges de la CECICS : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cecics_idf_arrete.pdf

¹³ ICC Insuffisance Cardiaque Chronique

- Les actions pour améliorer le parcours des patients âgés ICC dans le cadre de la Mesure 5 du Pacte de refondation des urgences
 - Reposent sur 2 axes
 - 1° axe : hospitaliser directement les PATIENTS âgés en décompensation cardiaque (sans passer par les urgences)
 - 2° axe : diminuer les réhospitalisations
 - Déclinés en 4 actions

Les 4 actions proposées :

- 1° action : Recruter 1 ou 2 IDE de coordination (IDEC) pour anticiper la ré-hospitalisation, améliorer le suivi en ville et organiser l'hospitalisation directe en cas de décompensation cardiaque (Cf paragraphe zoom) ; soutien ARS = 50 000 par IDEC pour 1 an
- 2° action : Mettre en place une « consultation semi-urgente en cas de début de décompensation cardiaque » (Cf paragraphe zoom) ; soutien ARS = 36 000 pour 1 an
- 3° action : Mettre en place une « consultation de titration » à la sortie du MCO (Cf paragraphe zoom) ; soutien ARS = 36 000 pour 1 an
- 4° action : Former un IDE au protocole de coopération IC (Cf paragraphe zoom) ; soutien ARS = 5 000 pour 1 formation
 - Chaque ES sélectionné pourra choisir « à la carte » des actions parmi les 4 actions proposées, qu'il souhaite mettre en place en 2022, sous réserve des crédits disponibles.

II. La sélection des établissements de santé/territoires

Depuis 2016 plusieurs actions d'amélioration du parcours du patient IC ont été mises en place en IDF et ont impliqués de nombreux ES/territoire :

- Les « consultations semi-urgentes en cas de début de décompensation cardiaque » ont été mise en places dans 6 ES et devaient l'être dans 3 (Cf Annexe 4)
- 14 animations territoriales ont été réalisées (Cf Annexe 5)
- L'article 51 CECICS (Cellule d'Expertise et de coordination des PATIENTS Insuffisants Cardiaques Sévères) concerne 9 services de cardiologie de l'APHP (Cf Annexe 6)
- D'autres ES portent des projets d'amélioration du parcours de soins des patients ICC, indépendamment des actions régionales mises en place (Cf Annexe 8).

La liste des établissements de santé/territoires pressentis pour ce projet, pour s'inscrire dans la continuité des actions d'amélioration du parcours est composée des ES impliqués dans la « consultation semi-urgente en cas de début de décompensation cardiaque », des ES qui ont réalisé une animation territoriale, des ES qui indépendamment ont signifié leur intérêt pour l'amélioration de ce parcours. N'ont pas été intégrés dans cette liste les ES participant à l'article 51 CECICS puisque dans le cadre de cette expérimentation, ils reçoivent tous un financement de tous les dispositifs d'amélioration de ce parcours.

Tous ces ES (direction, cardiologue hospitalier, gériatre hospitalier) ont été individuellement contactés pour leur proposer ce projet et pour choisir des actions parmi celles proposées à mettre en place en 2022. Ils ont tous accepté sauf un ES.

La liste définitive est composée des 22 ES/territoires suivant :

75 Hôpital Saint-Joseph (animation territoriale)
75 IMM (manifestation d'intérêt)
75 Clinique Allera Labrouste (manifestation d'intérêt)
77 GHEF le site de Meaux (animation territoriale, consultation semi-urgente)
77 GHEF site de Jossigny (animation territoriale)
78 CH Poissy-Saint-Germain/CH Mantes(animation territoriale)

78 CH Versailles/CH Rambouillet (animation territoriale)
78 Clinique Parly 2 (animation territoriale)
78 Clinique de l'Europe (manifestation d'intérêt)
91 CH Bligny (animation territoriale)
91 CH Sud Francilien (animation territoriale, consultation semi-urgente)
92 Hôpital Foch (animation territoriale)
92 Clinique Ambroise Paré (manifestation d'intérêt)
93 Centre Cardiologique Nord (animation territoriale, consultation semi-urgente)
93 CH Le Raincy Montfermeil (animation territoriale)
93 Clinique Floreal - Dhuys (dossier de consultation semi-urgente)
93 Hôpital Privé de l'Est Parisien (dossier de consultation semi-urgente)
94 CH Villeneuve Saint Georges (manifestation d'intérêt)
94 HIA Bégin (manifestation d'intérêt)
95 CH Eaubonne-Montmorency (animation territoriale, consultation semi-urgente)
95 CH Argenteuil (animation territoriale , consultation semi-urgente)
95 CH Pontoise (consultation semi-urgente)
95 CH Gonesse (dossier de consultation semi-urgente)

Zooms sur chaque action

Chaque action est ci-après définie en termes de description et d'évaluation. Il s'agit d'un cadre que chaque ES adaptera en fonction de sa maturité, de ses spécificités organisationnelles, de ses contraintes, de son territoire.

I. « IDE de coordination (IDEC) »

- Description de la mission de l'IDEC
 - a. Préambule : Le CH de Versailles (gériatres et cardiologues) développe un projet « Cellule de coordination hôpital-ville pour les patients de plus de 75 ans au décours d'une hospitalisation pour insuffisance cardiaque aigüe, sur le GHT 78 sud ». Ce projet est porté par des IDE de coordination, en lien avec le Réseau REPY, depuis fin 2019. Ce projet est préfigurateur du projet « Généralisation des parcours dédiés aux personnes âgées (>75 ans) ICC pour éviter les urgences » dans le cadre de la Mesure 5 du Pacte de refondation des urgences.
 - b. Objectifs de l'IDEC
 - i. Améliorer la prise en charge des patients âgés atteints d'ICC en intra-hospitalier (dès leur arrivée au SAU ou hospitalisés en dehors de la filière cardio-gériatrique) et à la sortie de l'ES en les suivant pendant 3 mois
 - ii. Améliorer la prise en charge en ambulatoire des patients ICC pour diminuer les ré-hospitalisations et la mortalité
 - iii. Favoriser les hospitalisations directes de ces patients dans le service adapté, sans passer par les urgences.
 - c. Méthode

Intervention intra-hospitalière	Intervention extra-hospitalière
▪ Repérer les patients IC au SAU ou hospitalisés dans les services de l'ES ou	▪ Monter des groupes de travail composés de la Team IC hospitalière (IDEC, cardiologue de l'IC,

dans les services partenaires de la filière (gériatrie aiguë, cardiologie, médecine à orientation gériatrique des ES associés du territoire) ▪ Pour les patients repérés au SAU ○ Diminuer leur temps de séjour au SAU ○ Les orienter dans la bonne filière hospitalière ▪ Suivre ces patients pendant leur hospitalisation pour améliorer leur prise en charge et l'organisation de leur sortie ▪ Suivre ces patients en sortie d'hospitalisation MCO ou SSR pendant 3 mois pour améliorer leur prise en charge (ETP, accès à la consultation de titration, surveillance, télésurveillance, accès à la consultation semi-urgente de début de décompensation cardiaque), en lien avec les personnels PRADO (conseillers d'Assurance Maladie et IDE) ▪ Au-delà des 3 mois, faire prendre en charge en ville ces patients par le Réseau gériatrique du territoire ▪ Anticiper/organiser l'hospitalisation directe en cardiologie (HC ou HDJ) ou en gériatrie ou en HAD si besoin d'hospitalisation	qui réalise les consultations semi-urgentes et de titration, IDE de coopération, gériatre) et les partenaires de ville (EHPAD, CPTS¹⁴, cardiologues de ville, généralistes, MSP¹⁵, CDS¹⁶,...) ▪ Identifier les patients ICC non récemment hospitaliser dans les files actives ▪ Vérifier pour chacun qu'il ○ A le traitement optimal ○ A bénéficié d'ETP ○ Est bien surveillé (par lui-même, en télésurveillance, par une IDE ou un SSIAD¹⁷, par le généraliste ou le cardiologue, par un IPA¹⁸,...) ▪ Anticiper/organiser son hospitalisation quand cela sera nécessaire (en gériatrie, en cardiologie HC ou HDJ, en HAD) ▪ Informer les partenaire de ville de l'offre de l'ES pour soutenir la ville : ○ consultations semi-urgentes en cas de décompensation cardiaque ○ consultations de titration ○ engagement de l'ES dans la dynamique de l'hospitalisation directe ○ moyens de joindre l'IDEC ou la Team IC pour prévenir de la nécessité d'une hospitalisation directe
---	--

d. Moyens

- i. Projet porté par un ou des IDEC
- ii. Formation d'une Team IC hospitalière, composée de l'IDEC, du cardiologue de l'IC, qui réalise les consultations semi-urgentes et de titration, de l'IDE de coopération, du gériatre, de la surveillante du SAU,)
- iii. Formation d'une Team IC territoriale composée de la Team IC hospitalière et des partenaires de ville (EHPAD, CPTS, cardiologues de ville, généralistes, MSP, CDS,...)

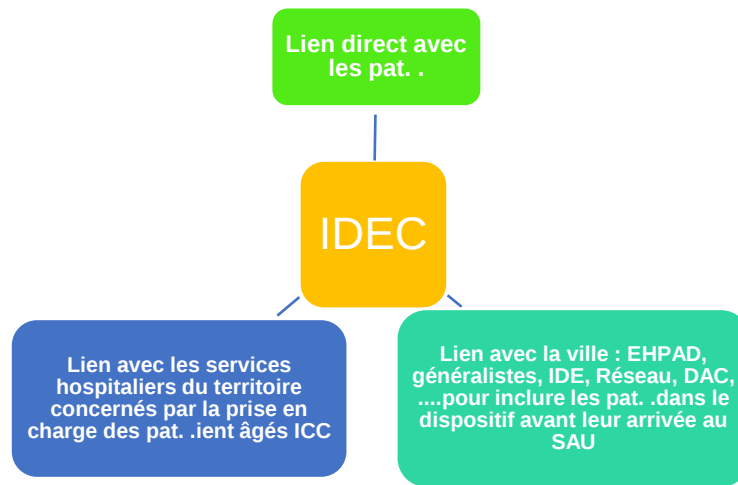
¹⁴ CPTS Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

¹⁵ MSP Maison de Santé Pluriprofessionnelle

¹⁶ CDS Centre De Santé

¹⁷ SSIAD Service de Soins Infirmiers A domicile

¹⁸ IPA Infirmier en Pratiques Avancées



e. Conclusion : La mission de l'IDEC comporte 2 phases

1. Une phase hospitalière : La constitution de la Team IC hospitalière permettra de repérer les patients âgés IC dans l'ES, d'améliorer leur prise en charge hospitalière, d'améliorer leur prise en charge post hospitalière pendant 3 mois et d'organiser leur hospitalisation directe si besoin de réhospitalisation
2. Une phase de ville : La constitution de la Team IC territoriale permettra de repérer les patients âgés ICC du territoire qui ne sont pas hospitalisés, d'améliorer leur prise en charge en ville, d'organiser leur hospitalisation directe si besoin d'hospitalisation.

- Evaluation

L'ES s'engage à évaluer annuellement la mission intra-hospitalière de l'IDEC (Cf Annexe 8) et la mission extra-hospitalière de l'IDEC (Cf Annexe 9).

II. « Consultation semi-urgente en cas de début de décompensation cardiaque dans les ES »

- Description du dispositif

a. Préambule

Les décompensations de l'ICC sont déclenchées par de nombreux facteurs (infection, embolie pulmonaire, coronaropathie ou rythmopathie aiguë, mauvaise observance thérapeutique, écart de régime, traitement insuffisant, évolution de la maladie) et aboutissent à des réhospitalisations. Une partie de ces hospitalisations est évitable par une amélioration de la prise en charge en ambulatoire par une surveillance régulière des patients (par l'IDE de ville, le généraliste, le cardiologue traitant, le pharmacien, le patient lui-même, la télésurveillance, ...) permettant de détecter précocement les signes de décompensations de l'ICC (prise de poids, apparition d'un essoufflement, augmentation du BNP, asthénie,...) et permettant d'accéder rapidement à une expertise médicale pour **identifier et traiter le facteur déclenchant, renforcer les traitements de l'IC pour restabiliser la maladie et tenter de maintenir le patient à domicile**. Cette rapidité d'intervention permet aussi de poser l'indication d'hospitalisation au bon moment, ni trop tôt, soit quand on peut encore mettre en place des mesures à domicile, ni trop tard, soit avant l'apparition de l'œdème aigu du poumon qui nécessite l'intervention du SMUR¹⁹ et une hospitalisation en USIC.

Un des freins à la rapidité de la réaction est la difficulté à accéder rapidement à des consultations de cardiologie en ville du fait de la baisse de la démographie médicale et de la surcharge de travail.

Un dispositif supplémentaire d'amélioration du parcours de l'ICC est de soutenir la médecine de ville par la mise en place de consultations semi-urgentes d'IC dans les ES,

¹⁹ SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation

pour les patients en début de décompensation cardiaque qui ne peuvent accéder à une consultation de cardiologie en ville dans des délais raisonnables.

L'ARSIF propose de mettre en place une **consultation semi-urgente d'insuffisance cardiaque de recours dans les ES**, en garantissant le respect de la déontologie médicale, pour renforcer l'offre de cardiologie et améliorer la prise en charge de cette maladie chronique en ambulatoire.

b. Définition

La consultation semi-urgente d'IC :

- Est assurée par un cardiologue, dans un établissement de santé public ou privé qui dispose déjà d'une offre de cardiologie, dans le respect du choix du patient
- Est accessible les jours ouvrés et diffère d'une prise en charge en urgence
- Est accessible dans un délai de moins de 36h après la première demande de RDV faite par téléphone, soit par le patient lui-même en accord avec son cardiologue de ville, soit par le cardiologue de ville, soit par le MT, soit par l'IDE de ville
- Est accessible aux patients ICC en voie de décompensation (prise de poids, œdèmes, dyspnée, fièvre, palpitations), qui ne peuvent obtenir une consultation avec leur cardiologue de ville rapidement.

c. Objectifs de cette consultation semi-urgente d'IC :

- Repérer le facteur déclenchant et de le traiter
- De renforcer le traitement de fond de l'ICC
- De prescrire les bilans biologiques, radiologiques, échographiques si besoin, sans faire repasser le patient par le service des urgences
- De décider du devenir du patient :
 - Soit de le renvoyer à domicile si possible et d'assurer son suivi tant que le cardiologue de ville n'est pas disponible
 - Soit de prévoir une HDJ
 - Soit d'hospitaliser immédiatement le patient si besoin, directement sans le faire repasser par le service des urgences.

d. Accessibilité et organisation

Dès le déclenchement de l'alerte de décompensation de l'ICC, le patient doit consulter rapidement son généraliste ou son cardiologue de ville. A un moment de l'évolution, l'avis cardiologique s'impose. **Si le cardiologue de ville n'est pas disponible dans un délai de semi-urgence**, celui-ci, le généraliste ou l'IDE de ville adresse le patient à la consultation semi-urgente IC de l'ES par téléphone. Un mode d'organisation proposé est la mise en place au sein de l'ES, d'un numéro de téléphone dédié à cette consultation et le téléphone est porté par un IDE de consultation, formé à ce dispositif. Celui-ci prévient le cardiologue responsable de cette consultation, de l'appel et de la décision prise (inscription à la consultation ou non).

L'ensemble des acteurs concernés, cardiologues de ville, généralistes, IDE de ville, SAMU, SAU et les patients, doivent être informés de la mise en place de cette nouvelle offre de cardiologie.

Le cardiologue de ville doit être informé du déroulement de cette consultation semi-urgente IC et de la conduite tenue par le cardiologue hospitalier par téléphone et/ou par un compte rendu de consultation remis au patient ou CRH²⁰ si il y a hospitalisation au décours.

e. Engagement de l'ES

- Organiser, dans le respect des conditions sus citées, la consultation semi-urgente d'IC
- Former l'IDE de consultation ou autre personnel impliqué dans le dispositif, au dispositif et à la régulation des demandes de consultations semi-urgentes d'IC

²⁰ CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

- Rendre lisible le numéro de téléphone d'accès à la consultation semi-urgente d'IC dans l'ES, auprès des cardiologues de villes, des généralistes, des infirmières de ville, du SAMU, de la PDSA²¹ et des patients,...
 - **Réadresser le patient au cardiologue de ville dès que possible avec toutes les informations médicales nécessaires**
- Evaluation
L'ES s'engage à évaluer annuellement le fonctionnement du dispositif et la consultation semi-urgente d'IC par un recensement de tous les patients ayant bénéficié de cette consultation ; l'annexe 10 décrit les indicateurs d'évaluation attendus et les items à recueillir pour les calculer.

III. « Consultation de titration dans les ES »

- Description du dispositif

a. Préambule

Un traitement de fond optimal pour les patients insuffisants cardiaques à FEVG altérée est associée à un meilleur pronostic (moins de ré-hospitalisation pour décompensation cardiaque et moins de décès). Les recommandations de l'ESC ont établi un algorithme bien défini concernant la stratégie thérapeutique des patients IC à FEVG altérée. À chaque étape de cet algorithme, le cardiologue, le généraliste ou l'IDE dans le cadre du protocole de coopération IC doit essayer d'atteindre la dose cible de chaque classe thérapeutique. Il est en effet clairement démontré que la non-atteinte de la dose cible est associée à un moins bon pronostic.

Les patients qui n'atteignent pas la dose cible lors de la titration des traitements sont les patients les plus sévères, les plus fragiles, avec plus de comorbidités mais nous savons que **l'inertie thérapeutique** joue un rôle important dans la non obtention des doses recommandées. Cette inertie thérapeutique est liée à la difficulté à accéder rapidement à des consultations de cardiologie en ville du fait de la baisse de la démographie médicale et de la surcharge de travail.

Les différentes classes thérapeutiques sont trop souvent sous dosées à la sortie de l'hospitalisation. Le taux de réhospitalisations demeure très élevé les 3 premiers mois suivant la sortie et on constate que les posologies demeurent sub-optimales. Une étude a rapporté un sous-dosage dans 75% des cas alors que moins de 2% des patients présentaient une contre-indication documentée à un des traitements.

L'optimisation thérapeutique post MCO doit donc être pro-active pour contribuer à la titration des traitements.

Pour améliorer l'optimisation thérapeutique systématique et précoce en post MCO, l'ARSIF propose de mettre en place des consultations de titration (1^{er} RDV pris à la sortie du MCO), dans l'ES, assurées par un cardiologue ou un IDE dans le cadre du protocole de coopération de l'insuffisance cardiaque pour soutenir la ville et en accord avec le cardiologue traitant, en garantissant le respect de la déontologie médicale, pour renforcer l'offre de cardiologie et améliorer la prise en charge de cette maladie chronique en ambulatoire.

- #### b. Définition de la consultation de titration d'IC :

²¹ PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

- Est assurée par un cardiologue ou par un IDE de coopération IC, dans un établissement de santé public ou privé qui dispose déjà d'une offre de cardiologie, dans le respect du choix du patient
 - Est accessible les jours ouvrés et diffère d'une prise en charge en urgence
 - Est organisée dès la sortie du MCO avec le 1^{er} RDV pris (1 consultation tous les 15j pendant 2 à 3 mois)
 - Est accessible aux patients ICC en sortie d'hospitalisation pour décompensation cardiaque.
- c. Objectif de cette consultation de titration
- Augmenter le nombre de patients ICC à FEVG altérée avec un traitement de fond optimal
 - Après accord du cardiologue traitant du patient.
- d. Accessibilité et organisation
- Dès la sortie du patient de l'ES, si le cardiologue de ville n'est pas disponible pour organiser les consultations de titration de son patient, et en accord avec lui, l'ES organise le 1^{er} RDV de consultation de titration dans l'ES et les autres RDV (1 consultation tous les 15j pendant 2 à 3 mois)
 - Le cardiologue traitant doit être informé du déroulement de cette consultation de titration et de la conduite tenue par le cardiologue hospitalier par téléphone et/ou par un compte rendu de consultation remis au patient.
- e. Engagement de l'ES
- Organiser, dans le respect des conditions sus citées, la consultation de titration
 - Rendre lisible la consultation de titration dans l'ES, auprès des cardiologues de villes, des généralistes, des IDE de ville, des EHPAD, du SAMU, de la PDSA²², des patients,...
 - Réadresser le patient au cardiologue de ville dès que possible avec toutes les informations médicales nécessaires.
- Evaluation
- L'ES s'engage à évaluer annuellement le fonctionnement du dispositif et la consultation de titration par un recensement de tous les patients inclus dans cette consultation ; l'annexe 11 décrit les indicateurs d'évaluation attendus et les items à recueillir pour les calculer.

IV. « Formation de l'IDE au protocole de coopération de l'insuffisance cardiaque »

	PROGRAMME 2022
Cadre	Le protocole de coopération « télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un IDE » est autorisé par l'arrêté ministériel du 27.12.19 publié au JO du 31.12.2019 ²³ . Il permet la prise en charge des patients IC par des IDE à certaines étapes de leur parcours de soins, en collaboration avec les cardiologues. Une formation spécifique à ce protocole est indispensable.
Lieu	Centre de formation continue de l'AHP : management et pratiques professionnelles du personnel hospitalier et cellule de coordination de l'insuffisance cardiaque et de cardiomyopathies (CCIC) de l'HU MONDOR AHP Campus Picpus de l'AP-HP CFC : MPPPH 33 boulevard de Picpus - 75012 Paris
Contacts	Armelle Duchenne : 06 03 36 75 37

²² PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

²³ <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=w7IOLPaagUUCaZ7Kuw5AZJyAQaVA5usiDgF2rB4vOkU=>

	armelle.duchenne@aphp.fr Eric Zaoui eric.zaoui@aphp.fr
Description de la formation	• Formation théorique : 7 jours en discontinu en 2022 : 3 et 4 février, 9 et 10 mars, 7 et 8 avril, 13 mai plus 1 journée de RETEX : 14 octobre • Formation pratique avec 100 consultations ou 50 h de consultations d'insuffisance cardiaque dans l'ES de l'IDE en formation, avec le cardiologue de l'ES (ne pas attendre la validation de la formation théorique pour démarrer la formation pratique)
Public concerné	IDE inscrit dans un projet structuré de prise en charge des patients ICC, incluant l'adhésion au protocole de coopération liant l'IDE (délégué) au cardiologue (délégant), exerçant dans un établissement de santé ou en ville (AP-HP et hors AP-HP).
Pré-requis indispensables	• Avoir 2 années d'expérience d'IDE si possible en cardiologie • Etre titulaire (ou être inscrit) du DIU sur l'insuffisance cardiaque, incluant 40 heures d'ETP
Pour s'inscrire	• Contacter par mail Armelle Duchenne ET Eric Zaoui • Date limite d'inscription pour 2022 : le 6 janvier 2022 • Un pré-test de connaissances sera réalisé avant le début de la formation
En pièce jointe : • Flyer pour plus d'information sur cette formation • Bulletin inscription personnel non APHP	

Stratégie de mise en œuvre du projet

Valider la méthode par la DA	Semaine 45
Proposer le projet aux 21 ES sélectionnés selon la méthode	Semaine 46
Envoyer le mail aux ES qui ont accepté • Avec en PJ le PPT du projet • Avec dans le corps du mail la demande par retour de mail des actions choisies par l'ES	Semaine 46
Clore le budget	Semaine 48
Envoyer la lettre officielle d'annonce du projet aux ES qui ont accepté	Semaine 49
Transmettre aux ES engagés dans le projet le cahier des charges défini par l'ARSIF	Semaine 50
Financer les ES pour les actions choisies	Début 2022
Mettre en place les actions par les ES	Début 2022
Suivre par l'ARSIF les actions dans les ES engagés	2022
Evaluer le projet dans les 22 ES engagés	Fin 2022

Evaluation globale

Chaque ES évaluera l'efficacité de l'ensemble des actions mises en place en 2022 dans le cadre du projet « Généralisation du parcours des personnes âgées insuffisantes cardiaques chroniques pour éviter le passage par les urgences » par les calculs du nombre de séjours pour un motif « insuffisance cardiaque » et du taux de passage par les urgences pour les ES disposant d'un SAU, par le PMSI.

Conclusion

Le projet « Généraliser le parcours des personnes âgées insuffisantes cardiaques chroniques pour éviter le passage par les urgences » poursuit les actions d'amélioration du parcours de soins des patients ICC mises en place en IDF depuis 2016 et répond à la Mesure 5 : du Pacte de refondation des urgences.

Les 4 actions soutenues en 2022 sont

- Un IDEC pour anticiper la ré-hospitalisation, améliorer le suivi en ville et organiser l'hospitalisation directe en cas de décompensation cardiaque
- Une « consultation semi-urgente en cas de début de décompensation cardiaque par l'ES »
- Une « consultation de titration par l'ES » à la sortie du MCO
- La formation d'un IDE au protocole de coopération de l'insuffisance cardiaque.

Les ES sélectionnés sont ceux qui sont engagés dans l'amélioration de ce parcours et par ces 4 actions, les ES vont s'engager dans la délégation de tâche et vont améliorer la prise en charge en ambulatoire des patients âgés insuffisants cardiaques chroniques et éviter leur passage aux urgences en cas de besoin de réhospitalisation ou d'hospitalisation.

Le projet dans chaque ES sera suivi par l'ARSIF et sera reconduit en 2023, sous réserve d'une évaluation favorable et de crédits disponibles.

Annexe 1 : Pacte de refondation des urgences

Pacte de refondation des urgences : 12 mesures et 750 M pour le national de 2019 à 2023 (car 2020 année blanche)		
Mesure 1	Mettre en place dans tous les territoires un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des Français : le service d'accès aux soins (SAS)	2 préfigureurs du SAS : SAMU75 et SAMU78
Mesure 2	Renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé => ESS cardio	ESS cardiologie (75 et 94 puis IDF)
Mesure 3	Donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences	
Mesure 4	Offrir aux professionnels non médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients	Protocole de coopération ICC, IPA maladies chroniques stabilisées
Mesure 5	Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences	
Mesure 6	Intégrer la vidéo à distance dans tous les SAMU	
Mesure 7	Mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence et en réformant les transports médicalisés	
Mesure 8	Renforcer et reconnaître les compétences des professionnels des urgences	
Mesure 9	Lutter plus efficacement contre les dérives de l'intérim médical	
Mesure 10	Réformer le financement des urgences	
Mesure 11	Renforcer la sécurité des professionnels exerçant aux urgences	
Mesure 12	Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées ⇔ Contrat « zéro brancard » aux urgences	

Annexe 2 : Mesure 5 du Pacte de refondation des urgences

MESURE 5 GENERALISER DES PARCOURS DEDIES AUX PERSONNES AGEES POUR EVITER LES URGENCES
Ce qui pose problème... Trop souvent, alors même que les médecins traitants voudraient l'éviter, les services d'urgence sont encore le point d'entrée principal de l'hospitalisation des personnes âgées. 45% des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation complète concernent des patients âgés de 65 ans et plus du quart, des patients âgés de 80 ans et plus. Il faut aussi noter que 36% des hospitalisations de personnes de 75 ans et plus débutent par un passage aux urgences, ce taux montant à 58% pour les personnes de 90 ans et plus. Pourtant, l'admission par les urgences est un facteur de risque important pour les personnes âgées : 23% des personnes de plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences contre 10% des 15-74 ans et sont beaucoup plus sujettes à la survenue d'événements indésirables lors de leur passage. ... et ce qui permettra de le résoudre 1. Atteindre l'objectif « zéro passage par les urgences » pour les personnes âgées d'ici 5 ans L'organisation des admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou un EHPAD constitue un levier puissant. Pour fonctionner, cette organisation doit permettre à des médecins de ville de bénéficier facilement et rapidement d'un avis médical hospitalier en vue de décider et d'organiser l'accueil des patients âgés directement dans les services de soins. Des moyens nouveaux seront donc versés aux hôpitaux (175 M) qui organiseront ce parcours structuré de qualité, avec une équipe hospitalière en charge d'assurer cet accueil direct dans de bonnes conditions. Outre l'adhésion des médecins libéraux et l'engagement des établissements de santé – incluant l'hospitalisation à domicile (HAD) – cette organisation doit également prévoir un accès rapide aux plateaux techniques lors de l'admission. La régulation du SAMU doit aussi y être impliquée. Incitation financière à la généralisation de cette organisation dès la fin 2019.... 2. Renforcer la prise en charge médicale et soignante au sein des EHPAD Pour éviter au maximum le recours aux urgences, des équipes mobiles de gériatrie seront créées ou renforcées pour appuyer à la fois les équipes des EHPAD et les professionnels libéraux. En outre, le dispositif d'astreinte d'infirmières de nuit mutualisées en EHPAD sera généralisé. Déploiement des équipes mobiles de gériatrie supplémentaires dès la fin 2019. Généralisation des infirmiers de nuit mutualisés en EHPAD à compter de De façon générale, l'ensemble des travaux concourant à éviter l'hospitalisation de la personne âgée dépendante et à lutter contre la iatrogénie de l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire seront soutenus. Cet axe de travail est commun avec le plan « Grand âge et autonomie ».

Annexe 3 : Synthèse des actions d'amélioration du parcours du patient ICC en IDF depuis 2016

France entière		En Ile de France
2016/2017		Appel à projet ARSIF pour la mise en place de consultations semi-urgentes dédiées aux patients en début de décompensation cardiaque, dans les ES : 6 ES ont mis en place ces consultations, 3 autres sont en attente de mise en place de ces consultations (Cf Annexe 4)
2018/2019		1° CAQES : L'ARSIF, l'AM et les ES ont réalisés 14 animations territoriales (Cf Annexe 5)
Fin 2019	Délégation de tâche avec le protocole de coopération des IDE pour faire 1. Télésurveillance ICC 2. CS de titration 3. CS d'urgence • Rédaction par l'HU Mondor • Publication au JO A suivre : déploiement national	Article 51 « CECICS » (Cellule d'Expertise et de Coordination pour la prise en charge des patients IC Sévères en sortie d'hospitalisation) • S'appuie sur le protocole de coopération précité • Mis en place dans 9 sites de l'APHP A suivre : construire le même type de cellule en ville, pour des patients moins sévères, cellules portées par les CPTS et DAC et développées en lien avec les CECICS
2020/2021	3 articles 51 nationaux mis en œuvre • SSR léger Marcadet : IDF-Paris75 + Strasbourg + Reims • Read Hy téléréadaptation cardiaque : IDF-Bligny91 + Corse + Bretagne • Walk Hop téléréadaptation cardiaque : IDF-Corentin Celton APHP92 + Hauts de France + Pays de Loire + Auvergne Rhône Alpes	Le ministère attribue à l'ARSIF le « parcours pilote ICC » La méthode s'appuie sur le RETEX des 14 animations territoriales 2018/2019 et propose une transmission du modèle de ces animations territoriales aux CPTS et DAC : • Diagnostic territorial • Guide d'autoévaluation de la maturité des territoires • Identification des actions d'amélioration • Surveillance de l'évolution des indicateurs A suivre • Application de cette méthode sur des territoires d'IDF • Evaluation du « parcours pilote ICC » d'IDF
2022		2° CAQES : calcul d'un indicateur de résultat « Taux de réhospitalisation des patients ICC » par territoire sur 3 ans

Appel à projet sur la mise en place de « consultations semi-urgentes en cas de début de décompensation cardiaque » portées par les ES ²⁴		
Résumé	Territoires	Conclusion
En 2016, l'ARSIF lance un AAP²⁵ pour mettre en place des « consultations semi-urgentes de début de décompensation cardiaque », pendant 1 an, dans les ES des territoires où la démographie des cardiologues est la plus faible et où la prévalence de l'ICC est la plus forte (77, 91, 93, 95). Il était demandé de mettre en place une consultation par GHT. 6 projets ont été sélectionnés parmi 15 reçus, par un comité de sélection composé de professionnels de santé représentant les différents statuts juridiques et exerçant dans les 4 départements non concernés par cet AAP. En 2017/2018, 5 consultations étaient mises en place (dont 1 consultation sur 2 ES d'un même GHT) et 1 ES sélectionné se retirait du projet. Chaque consultation était financée 36 000 euros (soit 5 X 36 000). 3 autres ES avaient répondu à l'AAP et devaient être financés lors de la vague suivante.	<u>Consultations mises en place</u> • 93 Centre Cardiologique Nord • 91 CH Sud Francilien • 77 CH Meaux • 95 CH Pontoise • 95 CH Argenteuil –CH Eaubonne Montmorency (1 consultation sur les 2 ES du GHT) • 93 HU Avicenne (sélectionné mais s'est retiré du projet) <u>Consultation à mettre en place</u> • 93 CMC Floréal • 95 CH Gonesse • 93 Hôpital Privé de l'Est Parisien	• L'évaluation avait montré que la « consultation semi-urgente » permettait d'éviter le passage aux urgences pour les 2/3 des patients et à l'issue de la consultation, soit les patients retournaient à domicile, soit ils étaient hospitalisés directement en cardiologie, soit une HDJ était rapidement programmée • La mise en place de ces « consultations semi-urgentes » a permis d'une part d'engager les ES dans de nouveaux modèles de consultations (dédiées à une situation particulière) et d'autre part d'inciter la cardiologie libérale à la prise en charge de la cardiologie semi-urgente • Perspectives 2021/2022 : ○ Mise en place d'autres types de consultations (consultation de titration) ○ Mise en place d'une équipe de soins spécialisée en cardiologie (ESSC) en IDF, portée par la cardiologie libérale, adossée aux CPTS

²⁴ ES Etablissement de Santé

²⁵ AAP Appel A Projet

14 animations territoriales sur l'amélioration du parcours du patient ICC, dans le cadre du 1° CAQES		
Résumé	Territoires	Conclusion
Dans le cadre du 1° CAQES²⁶ - volet pertinence (2017), un des thèmes choisis est l'amélioration du lien ville-hôpital par le prisme de l'amélioration du parcours de soins de l'ICC²⁷. 14 ES au sein de leur 14 territoires, répartis dans toute l'IDF, contractualisaient avec l'AM²⁸ et l'ARSIF. Les 14 ES avaient été sélectionnés car ils avaient été identifiés durant la rédaction du PRS²⁹2 comme étant intéressés à l'amélioration de ce parcours de soins. La contractualisation portait sur la co-organisation de 2 animations territoriales à 1 an d'écart pour s'engager ensemble dans l'amélioration du parcours de soins des patient ICC. La 1° animation territoriale avait été réalisée dans chaque territoire en 2018 et 2019. Depuis début 2020, la crise sanitaire avait interrompu le cycle des animations territoriales. A mi-parcours du projet, les 2 grandes conclusions étaient : • Chaque territoire a un degré de maturité différent par rapport à l'amélioration de ce parcours de soins de la maladie chroniques et il y a une gradation de cette maturité : certains n'ont pas connaissance des différents dispositifs d'amélioration existants, les autres s'en emparent et en inventent d'autres • La conséquence est la nécessité d'adapter les actions à mettre en place par territoire en fonction de sa maturité.	1. 78 CH Poissy-Saint-Germain - 29/5/2018 2. 91 CH Bligny - 26/6/2018 3. 95 CH Eaubonne-Montmorency - 25/9/2018 4. 94 HU Mondor - 8/11/2018 5. 91 CH Sud Francilien - 29/11/2018 6. 75 Hôp Saint-Joseph - 10/4/2019 7. 78 CH Versailles/Clinique Parly 2 - 15/5/2019 8. 77 GHEF sur le site de Meaux - 20/6/2019 (il avait été décidé de faire la 2° animation territoriale sur le site de Marne La Vallée) 9. 92 Hôpital Foch - 4/7/2019 10. 93 Centre Cardiologique Nord (CCN) : 1° animation en 2016 11. 93 CCN : 2° animation le 11/9/2019 12. 75 HU Pitié Salpêtrière - 17/10/2019 13. 75 HU Lariboisière - 5/12/2019 14. 93 CH Le Raincy Montfermeil - 30/1/2020	Les actions récurrentes identifiées : • Anticiper la ré-hospitalisation et organiser l'hospitalisation directe en cas de décompensation cardiaque • Mettre en place des « consultations semi-urgentes de début de décompensation cardiaque », en ville ou en ES • Mettre en place des consultations de titration • Conventionner PRADO • Mobiliser systématiquement soit PRADO, soit le SSR cardiologique en sortie d'hospitalisation MCO • Avoir recours à l'ETP IC (RESICARD) • Mettre en place la télésurveillance de l'IC • Développer la délégation de tâche en s'appuyant sur le protocole de coopération de l'IC ou sur les IPA maladies chroniques stabilisées
Pour accéder aux animations territoriales sur l'amélioration du parcours du patient ICC, cliquez sur http://www.resicard.com/animations_territoriales.php Pour voir la vidéo de l'animation territoriale de l'HU Pitié Salpêtrière, cliquez sur https://youtu.be/QxA2UqjoACo		

²⁶ CAQES Contrat d'Amélioration et d'Efficiency des Soins tripartite entre ES, Assurance Maladie et ARS

²⁷ ICC Insuffisance Cardiaque Chronique

²⁸ AM Assurance Maladie

²⁹ PRS2 Programme régional de Santé 2017-2022

Article 51 CECICS (Cellule d'Expertise et de Coordination des patients IC Sévères) qui a démarré en 2020 dans 9 services de cardiologie de l'APHP		
Résumé	Territoires	Conclusion
Fin décembre 2019, l'article 51 CECICS était accepté Il s'agit d'une expérimentation - De 4 ans - Portée par l'APHP - Mise en place dans 9 sites de l'APHP - Qui s'appuie sur le protocole de coopération « permettant aux IDE de faire la télésurveillance des patients IC, les consultations de titration et les consultations d'urgence en cas de début de décompensation cardiaque » - Qui propose de mobiliser pour les patients IC sévère en sortie d'hospitalisation MCO, les modules suivants systématiquement : - PRADO versus SSR - Télésurveillance (balance connectée) - ETP - Consultations de titration - Consultation d'urgence en cas de début de décompensation cardiaque - Hospitalisation directe si besoin (en cardiologie : HC, HDJ, HAD, en gériatrie : HC, HDJ) 2 dérogations valident l'article 51 : - La dérogation organisationnelle - La dérogation financière basée sur 3 forfaits pour 6 mois de prise en charge adaptés à la sévérité du patient.	75 HU Pitié-Salpêtrière 75 HU Lariboisière 75 HU HEGP 75 HU Cochin 75 HU Saint Antoine 75 HU Bichat 92 HU Ambroise Paré 94 HU Mondor 94 HU Bicêtre	La CECICS est un dispositif hospitalier qui concerne les IC sévère en sortie d'hospitalisation MCO. La CECICS fonctionne à l'HU Mondor, et se met en place progressivement dans les autres sites. L'enjeu dès 2021 est de fabriquer un dispositif similaire, adapté aux patients du territoire moins sévère, qui ne sortent pas d'hospitalisation MCO, qui s'appuiera sur les CPTS et les DAC et qui fonctionnera en lien avec la CECICS. Les forfaits de la CECICS financent entre autre une consultation de titration, une consultation semi-urgente et l'hospitalisation directe si besoin. Il n'est donc pas justifié d'intégrer les sites des CECICS dans ce projet.

Annexe 7 :

D'autres ES portent des projets d'amélioration du parcours de soins des patients ICC, indépendamment des actions régionales mises en place	
1.	75 Clinique Allera Labrouste
2.	75 Institut Mutualiste Montsouris-IMM
3.	78 Clinique de l'Europe
4.	92 Clinique Ambroise Paré
5.	94 CH Villeneuve Saint Georges
6.	94 HIA Bégin

Annexe 8 :

Evaluation de la mission intra-hospitalière de l'IDEC	
Items à recueillir pour chaque patient inclus	Indicateurs sur 1 an d'activité
▪ Date d'inclusion ▪ Lieu d'inclusion ○ SAU ▪ Heure d'arrivée au SAU ▪ Heure de départ du SAU ▪ Destination • Intra-hospitalière ○ Service : texte libre • Transfert : texte libre ○ A partir d'un service de l'hôpital : texte libre ▪ Description du patient ○ Sexe ○ Age ○ Mode de vie habituel ▪ Domicile • Isolé ☐ • Non isolé ☐ ▪ EHPAD ☐ ○ Motif principal d'hospitalisation : texte libre ○ ATCD ▪ Comorbidité : texte libre ▪ Fragilité : ☐ ▪ Etat cognitif : bon/mauvais ○ Etat clinique à l'arrivée ▪ NYHA : I, II, III ou IV ▪ Texte libre ▪ Hospitalisation ○ Date d'entrée ○ Date de sortie ○ Complication ▪ Décès ☐ ▪ Autre : texte libre ▪ Destination ○ SSR ▪ Spécialité : cardio/gériatrie/polyvalent ▪ Type : HC/HDJ ▪ Transfert direct/passage différé ○ Domicile/EHPAD ☐ ▪ Autres dispositifs de sortie d'hospitalisation	▪ Nombre de patients (P) inclus ○ Taux (Tx) de P venant du SAU ○ Tx de P venant d'autres services de l'hôpital ▪ Pour les patients recrutés au SAU ○ Age moyen et médian ○ Sexe ratio ○ Résidence habituelle ▪ Tx de P vivant à domicile • Dont Tx isolés • Dont Tx non isolés ▪ Tx de P en EHPAD ○ Tx de P NYHA > 2 ○ Tx de P avec altération cognitive ○ Tx de P avec comorbidité ○ Durée moyenne et médiane de séjour au SAU ○ Destination ▪ Tx de P adressés dans l'hôpital • Dont Tx en gériatrie • Dont Tx en cardiologie • Dont Tx ailleurs ▪ Tx de P transférés • Dont Tx en gériatrie • Dont Tx en cardiologie • Dont Tx ailleurs ▪ Pour les patients recrutés dans l'hôpital ○ Age moyen et médian ○ Sexe ratio ○ Résidence habituelle ▪ Tx de P vivant à domicile • Dont Tx isolés • Dont Tx non isolés ▪ Tx de P en EHPAD ○ Tx de P NYHA > 2 ○ Tx de P avec altération cognitive

- PRADO
 - Type : PRADO IC/PRADO pers. âgées
- ETP : ☐
 - Date des séances d'ETP
- Télésurveillance IC : ☐
- Consultation de titration : ☐
 - Par
 - Cardiologue traitant ☐
 - Généraliste ☐
 - Cardiologue hospitalier ☐
 - IDE de coopération ☐
 - Date des consultations : 1°/ 2°/ 3°
 - Date du traitement optimal :
- Pendant 3 mois après l'hospitalisation
 - Suivi assuré par
 - IDEC ☐
 - IDE PRADO ☐
 - IDEC et IDE PRADO ☐
 - Par appel téléphonique : 1°, 2°, 3°,
 - Dates
 - Réponse du patient : ☐
 - Synthèse : texte libre
 - Contenu de l'entretien téléphonique
 - Evaluation de l'observance thérapeutique : ☐
 - Evaluation du respect des règles diététiques : ☐
 - Evaluation de la connaissance des signes de décompensation cardiaque : ☐
 - Recherche de signes de décompensation cardiaque : ☐
 - Evaluation du suivi par le cercle de soins : ☐
 - Autre : texte libre
 - Avec le cercle de soin de ville et d'hôpital, anticipation/organisation d'une hospitalisation directe si besoin de ré-hospitalisation
 - HAD ☐
 - HDJ
 - Cardiologie ☐
 - Gériatrie ☐
 - HC
 - Cardiologie ☐
 - Gériatrie ☐
 - Complication
 - Complication sans hospitalisation
 - Décompensation cardiaque
 - Date
 - Consultation semi-urgente de décompensation cardiaque : ☐
 - Autre : texte libre
 - Réhospitalisation

○ Tx de P avec comorbidité

- Tx de P hospitalisés en cardiologie
- Tx de P hospitalisés en gériatrie
- Tx de P hospitalisés ailleurs

▪ Pour tous les patients

- Age moyen et médian
- Sexe ratio
- Résidence habituelle
 - Tx de P vivant à domicile
 - Dont Tx isolés
 - Dont Tx non isolés
 - Tx de P en EHPAD
- Tx de P NYHA > 2
- Tx de P avec altération cognitive
- Tx de P avec comorbidité
 - DMS
 - Tx de complications
 - Tx de décès hospitalier
 - Destination
 - Tx de SSR direct
 - Tx de RAD
 - Dont Tx de SSR différé
 - Dispositifs de sortie
 - Tx de PRADO IC
 - Tx de PRADO personnes âgées
 - Tx de télésurveillance
 - Tx d'ETP
 - Tx de P qui ont assimilé (traitement, signes de décompensation, diététique)
 - Tx de P. qui ont des consultations de titration programmées dès la sortie du MCO
 - Surveillance pendant 3 mois
 - Nombre moyen de coups de téléphone par P (nombre min et nombre max)
 - Tx de P pour lesquels une hospitalisation directe est organisée si besoin d'hospitalisation
 - Tx de P ayant eu une consultation semi-urgente
 - Tx de P réhospitalisé pour décompensation cardiaque
 - Dont Tx de P ayant eu une consultation de titration

• Pour décompensation cardiaque ○ Date ○ En évitant le SAU : ☐ ○ Lieu d'hospitalisation : ○ Après un consultation semi-urgente d'ins card : ☐ • Pour autre cause : texte libre ▪ Synthèse à 3 mois ○ Passage du suivi du patient au réseau de gériatrie : ☐ ○ L'IDEC a permis d'améliorer la prise en charge globale ▪ De raccourcir la durée de séjour aux urgences : ☐ ▪ De faire entrer le patient dans la filière cardio-gériatrique : ☐ ▪ D'atteindre le traitement optimal : ☐ ▪ De stabiliser la maladie chronique : ☐ ▪ De mettre en place un dispositif de surveillance (auto surveillance, télésurveillance, par le généraliste, par l'IDE à domicile, par le SSIAD,...) : ☐ ▪ D'améliorer les réflexes à avoir si déstabilisation (appeler l'IDEC ou le cardiologue traitant ou le généraliste) : ☐ ▪ D'organiser l'hospitalisation directe si besoin : ☐ ○ Satisfaction des patient de 0 à 10	• Dont Tx de P ne passant pas par le SAU ▪ Tx de P décédés ○ A 3 mois ▪ Tx de P passés au réseau de gériatrie ▪ Tx de P qui ont un traitement optimal ▪ Tx de P avec un dispositif de surveillance en place ▪ Tx de P ayant les réflexes si décompensation ▪ Tx de P satisfait du suivi par l'IDEC
--	---

Annexe 9 :

Evaluation de la mission extra-hospitalière de l'IDEC
Territoire : EHPAD, CPTS, généralistes et cardiologues de ville, MSP, CDS
Identification • Des EHPAD du territoire : ☐ • Des CPTS du territoire : ☐ • Des généralistes du territoire : ☐ • Des cardiologues de ville du territoire : ☐ • Des MSP : ☐ • Des CDS : ☐
Présentation du projet à chaque acteur/structre de ville du territoire : ☐ • Nombre de patients ICC non hospitalisés • Pour chaque patient ○ Traitement optimal ☐ ○ Dispositif de surveillance de la décompensation en place ☐ ○ Anticipation/organisation de l'hospitalisation directe si besoin d'hospitalisation ☐ • Information sur le nouvel acteur du parcours de l'ICC : l'IDEC et coordonnées
Constitution d'une Team ICC territoriale (Team ICC hospitalière plus acteurs de ville concernés) ☐
Réunions (date, ODJ, CR)

Annexe 10 :

Evaluation de la consultation semi-urgente de début de décompensation cardiaque (CS) de l'ES	
Items à recueillir pour chaque demande de CS	Indicateurs sur 1 an d'activité
<u>Demande de CS</u> • Date : Heure : • Motif de la demande ○ Patient ICC en début de décompensation cardiaque ☐ ▪ Qui ne peut accéder à une CS rapidement avec son cardiologue de ville ☐ ▪ Qui n'a pas essayé de prendre RDV avec son cardiologue de ville ☐ ▪ Qui n'a pas de cardiologue de ville ☐ ○ Patient qui pose un autre problème cardiaque : texte libre ○ Autre : texte libre • Adressé par : MT ☐ Cardiologue de ville ☐ PDSA ☐ SAU ☐ SAMU ☐ Infirmière de ville ☐ Pharmacien ☐ Autre ☐ Sans ☐	<u>Taux (Tx) de demandes</u> • Tx de demandes justifiant cette CS ○ Tx de CS non réalisées ▪ Liste des raisons de la non réalisation de la CS ○ Tx de CS réalisées ▪ Tx de CS réalisées en moins de 36h après l'appel ▪ Tx de CS réalisées en plus de 36h après l'appel • Liste des raisons de cette CS tardive • Tx de demandes ne justifiant pas cette CS ○ Liste des motifs de ces demandes injustifiées ○ Liste des réorientations
<u>Inscription à la CS</u> • Date : Heure : • Motif de l'inscription à la CS au-delà de 36h : texte libre • Motif de non inscription à la CS : ○ CS semi-urgente d'insuffisance cardiaque non justifiée ☐ ○ Pas de possibilité d'inscription dans les 36h ☐ ○ Autre : texte libre • Réorientation : Vers le cardiologue de ville ☐ Vers le MT ☐ Vers les urgences ☐ Vers le SAMU ☐ Autre ☐ Sans ☐	<u>Tx de CS réalisées</u> • Nombre de patient ayant consulté ○ Nombre moyen de CS par patient ○ Taux de CS unique • Tx de CS injustifiées ○ Listes des motifs de CS non justifiées • Tx de CS justifiées ○ Description de la population (age, sexe, mode d'adressage, délai début décompensation-CS, signes de décompensation) ○ Tx de passage par les urgences évité
<u>Devenir du patient</u> • Retour à domicile ☐ ○ Réadressement au cardiologue de ville ☐ ○ Réadressement au MT ☐ ○ Programmation d'une CS hospitalière ☐ ○ Autre : texte libre • Programmation d'HDJ ☐ • Hospitalisation immédiate ☐	<u>Tx de CS non réalisées</u> • Tx de bilan paraclinique et détail • Tx d'ajustement thérapeutique • Tx de RAD • Tx d'HDJ programmé • Tx d'hospitalisation immédiate • Tx de communication avec le cardiologue de ville (par téléphone, remise d'un compte rendu de CS) • Tx de communication avec le MT (par téléphone, remise d'un compte rendu de CS)
<u>Si RAD</u> • CR de CS remis au patient pour son cardiologue de ville ☐ et son MT ☐ • Compte rendu téléphonique au cardiologue de ville ☐ et au MT ☐	
CS aux urgences évitée par cette CS : O/N/peut-être	

Evaluation de la consultation de titration (CS) de l'ES

Items à recueillir pour chaque patient (P) hospitalisé pour décompensation cardiaque, sortant du MCO	Indicateurs sur 1 an d'activité
Date de sortie : Demande aux médecins traitants s'ils sont d'accord pour que la CS soit faite par l'ES ▪ Cardiologue traitant contacté par tél : ☐ • Souhaite faire la CS : ☐ ▪ Généraliste contacté par tél : ☐ • Souhaite faire la CS : ☐ Si les médecins traitants sont d'accord pour que la CS soit faite par l'ES, demande d'accord au patient ▪ Patient d'accord : ☐ ▪ Date du 1^{er} RDV pris avant la sortie :	▪ Nombre de patients (P) sortant de MCO ▪ Tx de P n'ayant pas de cardiologue traitant ▪ Tx de cardiologues traitants ne pouvant pas faire la CS ▪ Tx de P n'ayant pas de généraliste ▪ Tx de généralistes ne pouvant pas faire la CS ▪ Taux de P pas d'accord pour faire la CS titration dans l'ES ▪ Nombre de P inscrits à la CS de l'ES ▪ Taux de P inscrits à la CS de l'ES • Délais moyen et médian entre la date de sortie et la date de la 1^{re} CS
Items à recueillir pour les patients inscrits à la CS de l'ES	Indicateurs pour les patients inscrits à la CS de l'ES
▪ Description du patient ○ Sexe ○ Age ○ Mode de vie habituel ▪ Domicile • Isolé ☐ • Non isolé ☐ ▪ EHPAD ☐ ○ Motif principal d'hospitalisation : texte libre ○ ATCD ▪ Comorbidité : texte libre ▪ Fragilité : ☐ ▪ Etat cognitif : bon/mauvais ○ Etat clinique à l'arrivée ▪ NYHA : I, II, III, IV ▪ Texte libre : ▪ Hospitalisation ○ Date d'entrée ○ Date de sortie ○ Complication : texte libre ▪ Pour chaque CS ○ Date : ○ Ajustement thérapeutique : ☐ ▪ Si non : raison : texte libre ▪ A la dernière CS ○ Traitement optimal atteint : ☐ ▪ Pendant les 3 mois après la sortie ○ Décompensation cardiaque : ☐ ▪ Traitée en ville : ☐ ▪ Réhospitalisée : ☐	▪ Nombre de patients (P) inscrits ▪ Pour les P inscrits ○ Age moyen et médian ○ Sexe ratio ○ Résidence habituelle ▪ Tx de P vivant à domicile • Dont Tx isolés • Dont Tx non isolés ▪ Tx de P en EHPAD ○ Tx de P NYHA > 2 ○ Tx de P avec altération cognitive ○ Tx de P avec comorbidité ○ DMS ○ Tx de séjours avec au moins une complication ○ Nombre de CS moyen par P ○ Délai moyen entre la 1^{re} CS et la dernière ○ Tx de P avec traitement optimal ○ Tx de P ayant eu une décompensation cardiaque pendant les 3 mois après la sortie : ▪ Dont Tx de P traités à domicile : ▪ Dont Tx de P réhospitalisés :