

JOURNÉE RÉGIONALE PERTINENCE

Comment optimiser concrètement le parcours de soins des patients de votre territoire ?

Retours d'expériences régionales : les professionnels parlent aux professionnels



Instance Régionale d'Amélioration de la **Pertinence** des Soins
Grand Est

Jeudi 18 avril 2024

Centre de Congrès
Prouvé Nancy



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun



Jeudi 18 avril 2024
de 8h45 à 17h00

CENTRE DE CONGRÈS PROUVÉ NANCY
1 Place de la République - 54 000 NANCY
Auditorium 850

PROGRAMME

8H45
9H30

CAFÉ D'ACCUEIL

9H30
10H00

OUVERTURE DE LA JOURNÉE

M. Frédéric REMAY, Directeur Général Adjoint, ARS Grand Est
Dr Odile BLANCHARD, Directrice Régionale du Service Médical Grand Est
Dr Elisabeth WURTZ, Présidente de l'IRAPS Grand Est

10H00
11H30

LUTTE CONTRE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

- **Instauration d'une dynamique régionale de repérage et d'accompagnement à la déprescription : présentation des actions et partage d'expérience d'utilisation en médecine générale**
Dr Pascal MEYVAERT, Médecin généraliste, médecin coordinateur en EHPAD, responsable de la commission santé environnementale de l'URPS médecins libéraux du Grand Est
Dr Manon VRANCKEN, Pharmacien (OMÉDIT Grand Est)
- **Un médicament qui en appelle un autre ? Focus sur les cascades médicamenteuses**
Dr Philippe SCHILLIGER, Médecin rédacteur à la revue PRESCRIRE

11H45
12H45

OPTIMISATION DE LA PERTINENCE DU PARCOURS DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

- **L'importance d'une prise en charge filiarisée de l'insuffisance cardiaque à chaque étape de la maladie – Prise en charge hospitalière, ambulatoire et coordination Ville-Hôpital**
Mme Élodie HUET, IPA et Pr Nicolas GIRERD, Médecin cardiologue (CHRU Nancy)
- **Projet d'équipe ressource en insuffisance cardiaque**
Mme Lisa LE METAYER, coordinatrice CPTS Mulhouse Agglomération
- **La gestion post-hospitalisation pour insuffisance cardiaque : retour d'expérience au CHU de Reims**
Mme Julie DANGY, IDE et Dr Jérôme COSTA, Médecin cardiologue (CHU Reims)
- **La trajectoire de soins des patients insuffisants cardiaques dans les territoires : apport des données de l'Assurance Maladie**
Mme Ouarda PEREIRA, Chargée de missions (CNAM)

12H45

P
A
U
S
E

D
É
J
E
U
N
E
R

14H15
14H45

ANTIBIORÉSISTANCE

- **État des lieux dans le Grand Est et actions développées en région**
Dr Lydie REVOL, Responsable Département Veille Sanitaire et Vigilances (ARS Grand Est)
Représentant le Dr Isabelle QUATRESOUS, chargée de mission Prévention des risques infectieux et lutte contre l'antibiorésistance (ARS Grand Est)

14H45
16H45

OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS D'OSTÉOPOROSE : INITIATIVES RÉGIONALES

- **Ostéoporose : de quoi parle-t-on ?**
Dr Rose-Marie JAVIER, Médecin rhumatologue (Hôpitaux Universitaires Strasbourg)
- **Alliance ville-hôpital contre l'ostéoporose : casser la baraque !**
Mme Emeline MUDRIC, IPA (CPTS Briey), et Dr Didier POIVRET, Médecin rhumatologue (CPTS Briey, CH Briey)
- **Quinze ans de filière ostéoporose strasbourgeoise : où en est-on ?**
Dr Rose-Marie JAVIER, Médecin rhumatologue (Hôpitaux Universitaires Strasbourg)
- **Ostéoporose du sujet âgé : ouvrir la focale**
Pr Jean-Luc NOVELLA, Médecin gériatre (CHU Reims)

16H45

CLÔTURE DE LA JOURNÉE

Évènement animé par Dr Elisabeth WURTZ, Présidente de l'IRAPS Grand Est
Facilitation graphique : M. Stéphane DE MOUZON

OPTIMISATION DE LA PERTINENCE DU PARCOURS DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

Mme Élodie HUET, IPA et **Pr Nicolas GIRERD**, Médecin cardiologue (CHRU Nancy)

Mme Lisa LE METAYER, coordinatrice CPTS Mulhouse Agglomération

Mme Julie DANGY, IDE et **Dr Jérôme COSTA**, Médecin cardiologue (CHU Reims)

Dr Philippe TANGRE, Médecin conseil (CNAM) et **Mme Ouarda PEREIRA**, Chargée de missions (CNAM) / Responsable statistique (DRSM Grand Est)

OPTIMISATION DE LA PERTINENCE DU PARCOURS DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

L'importance d'une prise en charge filiarisée de l'insuffisance cardiaque à chaque étape de la maladie

Prise en charge hospitalière, ambulatoire et coordination Ville-Hôpital

Pr Nicolas GIRERD,
Cardiologue,
Centre d'Investigation Clinique Plurithématique
& Département de Cardiologie,
CHRU de Nancy,
France

Elodie HUET,
IPA,
Département de Cardiologie,
CHRU de Nancy,
France

1 patient

De multiples acteurs...

Hospitalier, ambulatoire/ville

Public, Privé

Cardiologues, MG, Réadaptateurs, IPA, IDE, Kiné...

Coordination/Action intégrée des différents acteurs = clef de voute



Un état des lieux préoccupant ?

Risk of readmission and death after hospitalization for worsening heart failure: Role of post-discharge follow-up visits in a real-world study from the Grand Est Region of France

Guillaume Baudry^{1,2}, Ouarda Pereira³, Kévin Duarte¹, João Pedro Ferreira¹, Gianluigi Savarese⁴, Adeline Welter⁵, Philippe Tangre⁶, Zohra Lamiral¹, Nelly Agrinier⁷, and Nicolas Girerd^{1*}

Patients issus de la région
Grand-Est

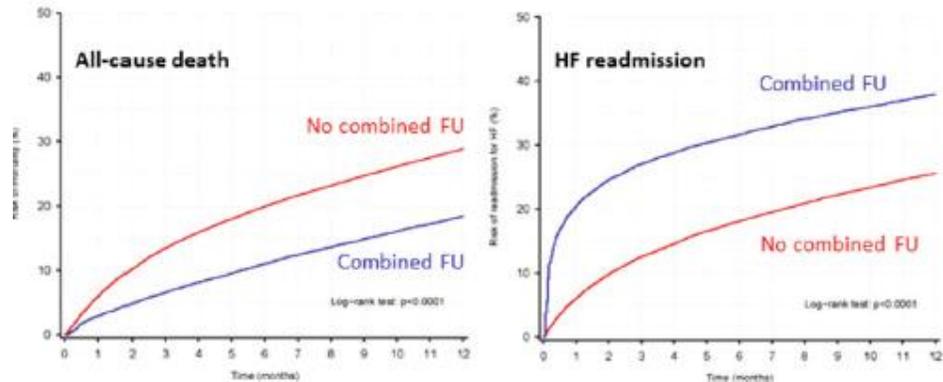
Risk of readmission and death after hospitalization for worsening heart failure: Role of post-discharge follow-up visits in a real-world study from the Grand Est Region of France



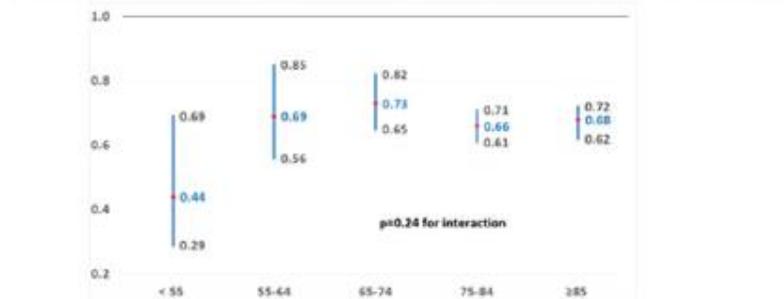
POST-DISCHARGE COMBINED (GP & CARDIOLOGIST) FOLLOW-UP

↓ MORTALITY
Adjusted HR=0.65, 0.62-0.68, p<0.0001

↑ HF READMISSION
Adjusted HR=1.19, 1.15-1.24, p<0.0001



ASSOCIATION BETWEEN COMBINED (GP & CARDIOLOGIST) FOLLOW-UP AND ONE-YEAR MORTALITY



- Combined GP & Cardiologist follow-up after HFH :**
- One patient out of 5
 - ↓ 35 % mortality
 - ↑ 19 % more HF rehospitalization



Cartographie d'une PEC intégrée IC au CHRU de Nancy

Patient hospitalisé pour aggravation d'IC

Protocole de PEC de l'IC aigue

Diffusé aux urgences (diagnostic)
Et en cardiologie (PEC thérapeutique)

Avant la sortie, évaluer les besoins de
filiarisation

**Titration post
hospitalisation**
Cardio et IPA

**Parcours éducation
thérapeutique**
IPA, IDE spécialisée

HDJ post IC aigue
Cardio, IPA

Réadaptation IC

Patient ambulatoire

CS spécialisée IC
Cardio et IPA

HDJ diurétiques
HAD diurétiques

Télésurveillance
Cardio, IPA et IDE
spécialisée

HDJ spécialisée IC
Cardio et IPA
ETT, VO2, TM6

CS IC avancée
Equipe spécialisée
greffe/assistance

En bonne entente avec le MT et
Cardiologue traitant du patient

HDJ/HAD diurétiques, l'avenir ?

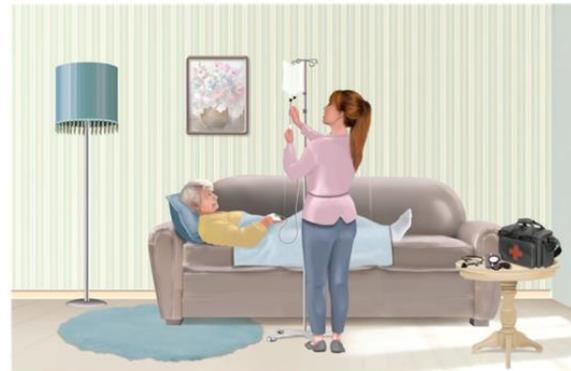
Practical outpatient management of worsening chronic heart failure

Nicolas Girerd^{1*}, Nathan Mewton², Jean-Michel Tartière³, Damien Guijarro⁴, Patrick Jourdain^{5,6}, Thibaud Damy⁷, Nicolas Lamblin⁸, Antoni Bayes-Génis⁹, Pierpaolo Pellacorì¹⁰, James L. Januzzi¹¹, Patrick Rossignol¹, and François Roubille¹², on behalf of a panel of multidisciplinary experts and the Heart Failure Working Group of the French Society of Cardiology

Day hospital



Hospital at home



domaine. C'est pourquoi ils ont créé « Les Trophées de l'Insuffisance Cardiaque » dont la première édition démarre le 23 septembre 2022, sous le patronage de La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

D EthiCare · 8 août 2023 · 1 min de lecture

Hôpital de jour diurétique (HDJ) - Trophées Outil'IC

Dernière mise à jour : 20 nov. 2023



N°5 / Hôpital de jour diurétique

CHRU NANCY

Hôpital de jour

Présentation de la solution portée par le service de cardiologie du CHRU Nancy et son représentant le Pr Nicolas GIRERD



Téléchargez : La boîte à outil « Hôpital de jour diurétique en pratique »

Téléchargez

Filière INCA INSuffisance Cardiaque Avancée

Critères devant amener à discuter/ adresser un patient IC symptomatique (NYHA ≥ II) vers la filière INCA

NYHA III ou IV

> 1 admission ou visite non planifiée pour IC dans les 12 derniers mois

Utilisation préalable d'inotropes

Intolérance (ou diminution de doses) aux bêtabloqueurs ou aux IEC ou ARA II ou ARNI

FEVG ≤ 20%

Détérioration de la fonction ventriculaire droite

Détérioration de la Fonction rénale (DFG <60ml/min/1,73m²)

Détérioration de la Fonction hépatique

Arythmies ventriculaires/chocs de défibrillateur automatique implantable

↗ diurétiques ou congestion persistante (>120mg de furosémide)

Filière INCA Prise en charge

- **Enquête étiologique des cardiopathies complexes et non étiquetées**
 - Bilan génétique
 - Biopsie myocardique
 - Imagerie nucléaire et de coupe
- **Optimisation thérapeutique**
 - Titration rapide
 - HDJ diurétique / Fer
 - HAD dobutamine
- **Gestion des comorbidités**
 - Diabète / obésité
 - Ins. Rénale / hépatique
 - Education thérapeutique
- **Evaluation pronostique fine**
 - Test effort VO₂m
 - Score de risqué
 - Cathétérisme cardiaque droit
- **Directives anticipées & fin de vie**
 - Soins palliatifs
- **Thérapeutiques additionnelles**
 - Dispositifs de monitoring des pressions intracardiaque
 - Thérapies valvulaires
 - Protocoles de recherches
- **RCP IC Avancée**
 - Transplantation
 - Assistances mécaniques

Filière INCA Contacts

Equipe constituant la filière INCA

- Dr BAUDRY (cardiologue)
- Dr KLEIN (Anesthésiste-réanimateur)
- Dr SIRBU (cardiologue)
- Dr VANHUYSE (chirurgien)

En association avec les équipes de:
cardiologie / chirurgie cardiaque / réanimations / anesthésie

URGENCES CARDIAQUES : SOS Coeur

Hospitalisation pour Décompensation cardiaque

- Mise en place programme Prado
- Mise en place HAD pour suite de PEC
- Mise en place ETP - Télésurveillance
- Orientation SMR
- Orientation IC avancée

Suivi ambulatoire de l'insuffisance cardiaque

- Cardiologue traitant / hospitalier
- Médecin traitant
- IDEL
- IPA

PEC ambulatoire de la décompensation cardiaque

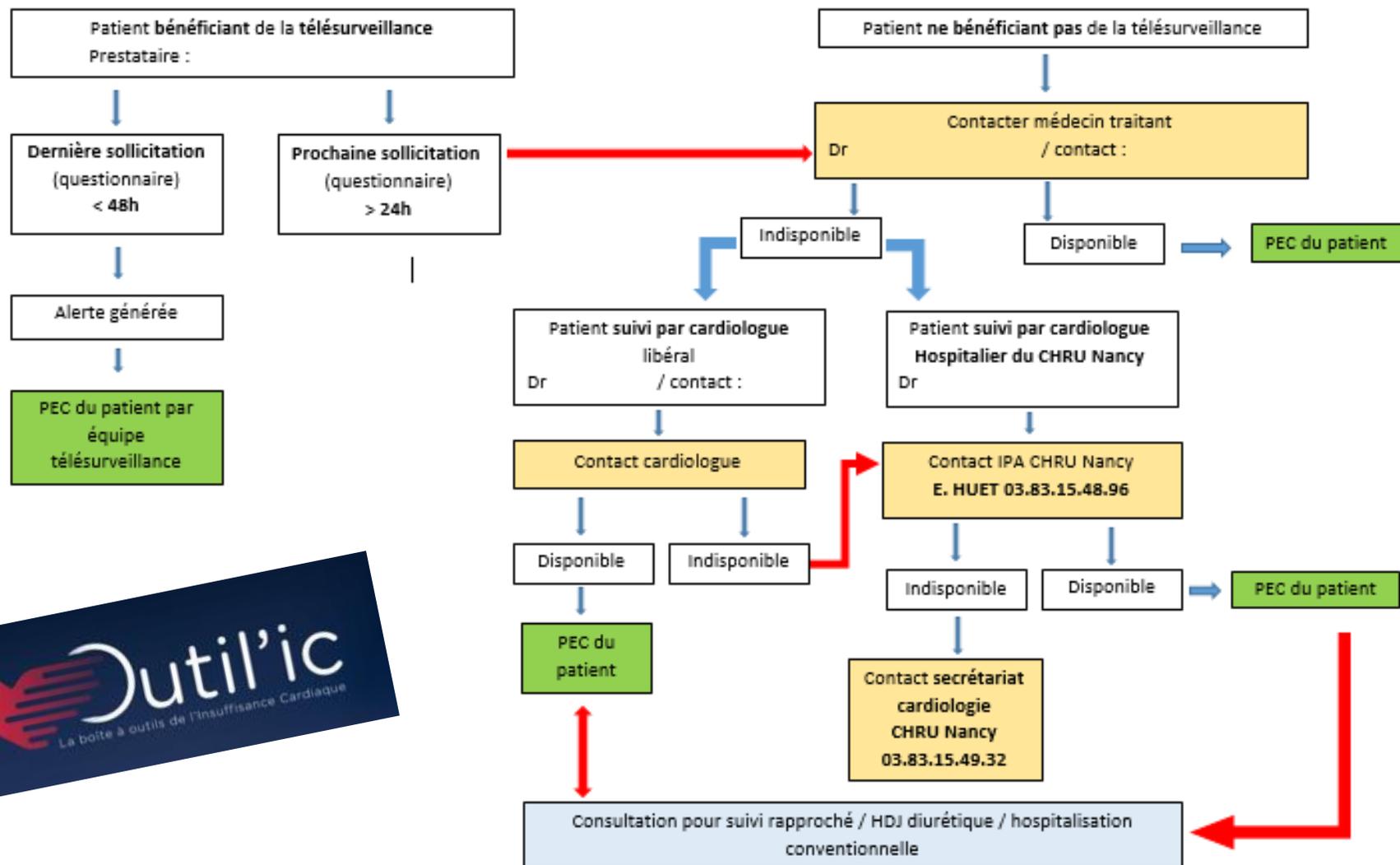
- HDJ diurétique
- HAD diurétique
- Liaison ville – IPA
- Suivi IPA

Coordination ville/hôpital
Via IPA

Logigramme de contact
Via PRADO

**Parcours de soins ambulatoire patient insuffisant cardiaque
Coordination CHRU Nancy / réseau PRADO assurance maladie**

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



- Parfaire la communication entre les acteurs hospitaliers et libéraux des parcours de soins
- Anticiper les épisodes de décompensations et favoriser les solutions de prise en charge ambulatoire
- Limiter les recours aux structures d'urgences en favorisant la communication avec les secteurs de cardiologie hospitaliers
- Limiter les recours à des hospitalisations conventionnelles en facilitant la communication entre acteurs de soins
- Identification rapide de personnes ressources au sein des parcours de soins

OPTIMISATION DE LA PERTINENCE DU
PARCOURS DES PATIENTS ATTEINTS
D'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

Projet d'équipe ressource en insuffisance cardiaque

Mme Lisa LE METAYER, coordinatrice CPTS Mulhouse Agglomération



Au programme

- 1. La CPTS Mulhouse Agglomération**
- 2. Contexte local**
- 3. Le projet : créer une équipe ressource libérale**
 - Objectifs et projet
 - Etapes de mise en place
 - Evaluation

La CPTS Mulhouse Agglomération



Contexte local

Contexte général

- Pénurie de médecins généralistes et spécialistes
- De nombreux patients sans médecin traitant
- Territoire varié (ville, QPV, ruralité...) et multiculturel (140 nationalités)

Contexte insuffisance cardiaque

- Relations entre équipes hospitalières privées et publiques historiquement tendues
- 1 cardiologue/10 000 habitants (0,5 sur région GE)
- Difficultés d'accès aux avis des cardiologues libéraux
- Nombreux recours aux urgences pour décompensation cardiaque

Le projet : créer une équipe ressource libérale

Objectifs :

- Augmenter le niveau de connaissance des professionnels de santé libéraux
- Optimiser la structuration du parcours des patients, au sens des recommandations HAS patients

Le projet : créer une équipe ressource libérale

- Intervention de professionnels de santé libéraux médicaux et non médicaux : médecins, IDE, pharmaciens, diététiciennes...
- Capable de renseigner leurs collègues, par leur accès facilité aux spécialistes de cardiologie de l'hôpital public et privé et leur connaissance des orientations possibles des patients
- Etudes pluriprofessionnelles de cas patients anonymisées afin d'optimiser la structuration du parcours au sens des recommandations HAS

Le projet : les étapes de mise en place

2023 :

- Etat des lieux sur la base des informations communiquées par la CPAM et les recommandations HAS
- Réunions entre la cardiologie de ville et de l'hôpital privé et public
- Soirée d'information pour les professionnels de santé libéraux

2024 :

- Constitution d'une équipe ressource
- Formations théoriques et pratiques auprès des équipes de cardiologie partenaires : médecins, IPA, IDE...
- Communication auprès des professionnels de santé sur le dispositif

Le projet : évaluation

- Mise à jour du diagnostic territorial en relation avec la CPAM et les partenaires impliqués
- Mesure de l'apport de l'équipe ressource pour les professionnels de santé libéraux dans leur pratique quotidienne (bilan à 1 an)
- Recueil de l'évolution des besoins des professionnels de santé libéraux sur cette thématique (dont besoins en formation)

OPTIMISATION DE LA PERTINENCE DU PARCOURS DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

La gestion post-hospitalisation pour insuffisance cardiaque : retour d'expérience au CHU de Reims

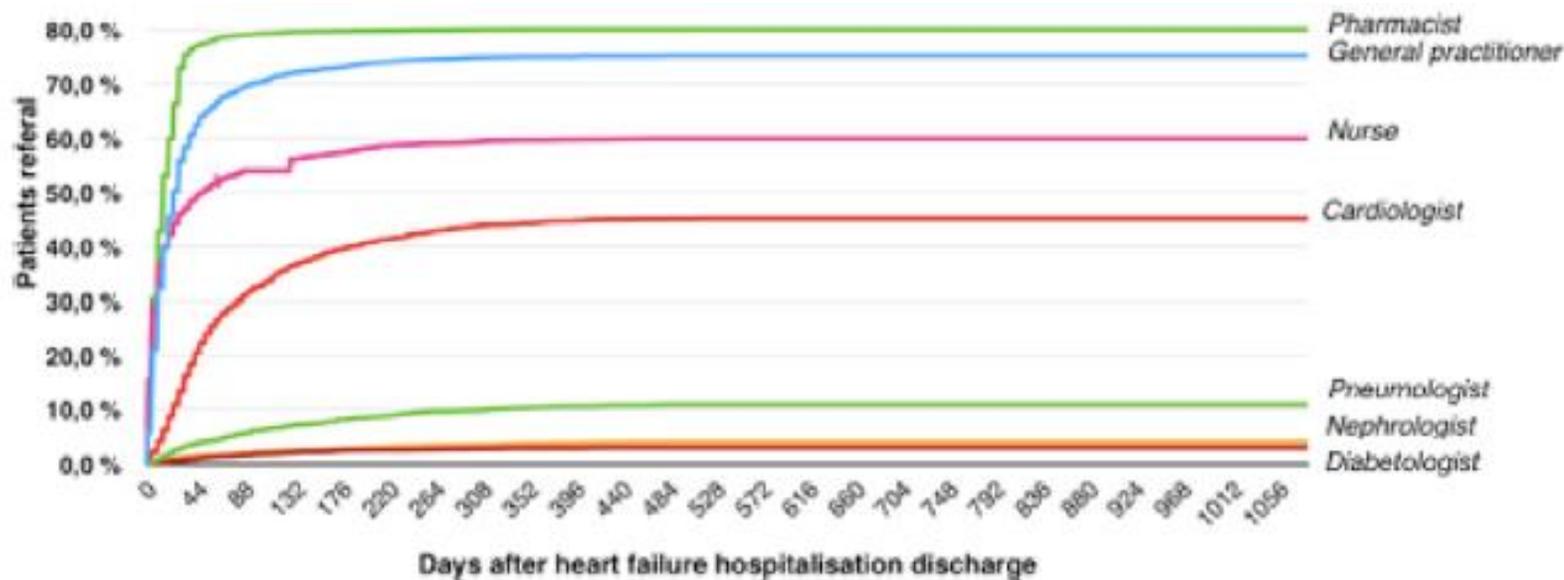
DANGY Julie | IDE spécialisée pour la prise en charge de l'IC (*ISPIC*)
COSTA Jérôme | Cardiologue, coordinateur HDJ et réadaptation

☎ 03.26.78.44.33

✉ insuffisancecardiaque@chu-reims.fr



- 1 USIC 16 lits + 2 box de cs urgence cardio
- 2 unités MCO HC de 26 lits
- 1 unité MCO HP de 1 place
- 2 unités SMR HP (18 places) et HC (15 places)
- 1 service de chirurgie cardiaque (hors greffe/L-VAD)



| Intervenant | Taux de recours | Médiane de recours (jours) |
|---------------------|-------------------|----------------------------|
| Médecin généraliste | 2545 (76%) | 14 jours |
| IDE | 2025 (61%) | 6 jours |
| Cardiologue | 1528 (46%) | 51 jours |
| Pharmacien | 2710 (81%) | 9 jours |
| Pneumologue | 366 (11%) | - |
| Diabétologue | 101 (3%) | - |
| Néphrologue | 135 (4%) | - |

Heart failure after hospitalisation: A glimpse of patients referral to health care professionals

P. Vanhove¹, J. Costa^{1,*}, O. Pereira², O. Blanchard², P. Nazeyrollas¹, D. Metz¹

¹ Cardiologie et pathologies vasculaires, CHU Reims, Reims

² DRSM Grand Est, Assurance Maladie, Strasbourg, France



Post-hospitalisation de l'IC
au CHU de Reims

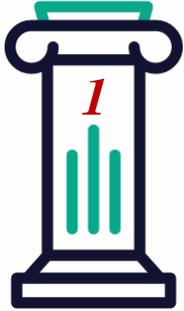


Réadaptation Hôpital de jour TSM-IC IPA / ISPIC

4 piliers...

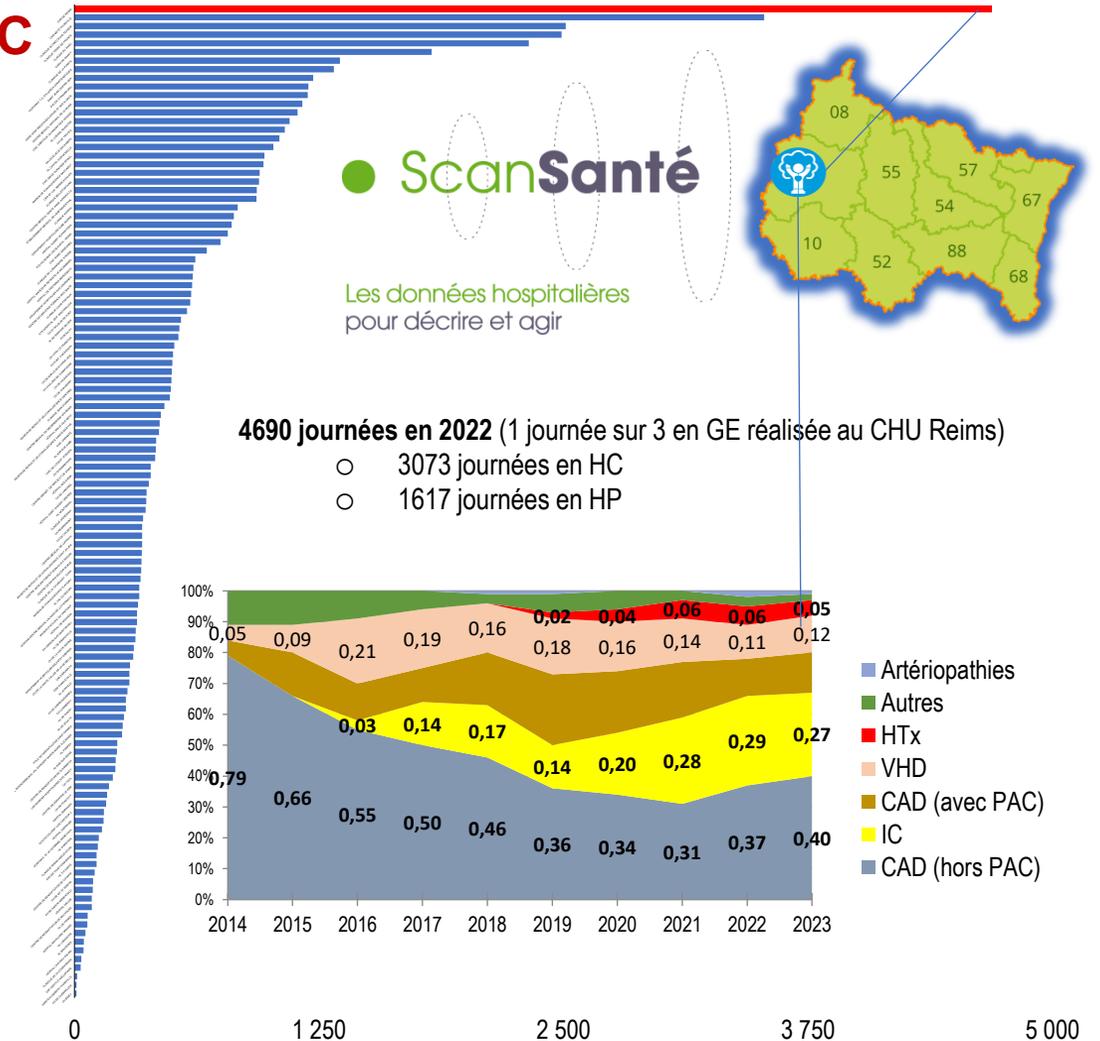
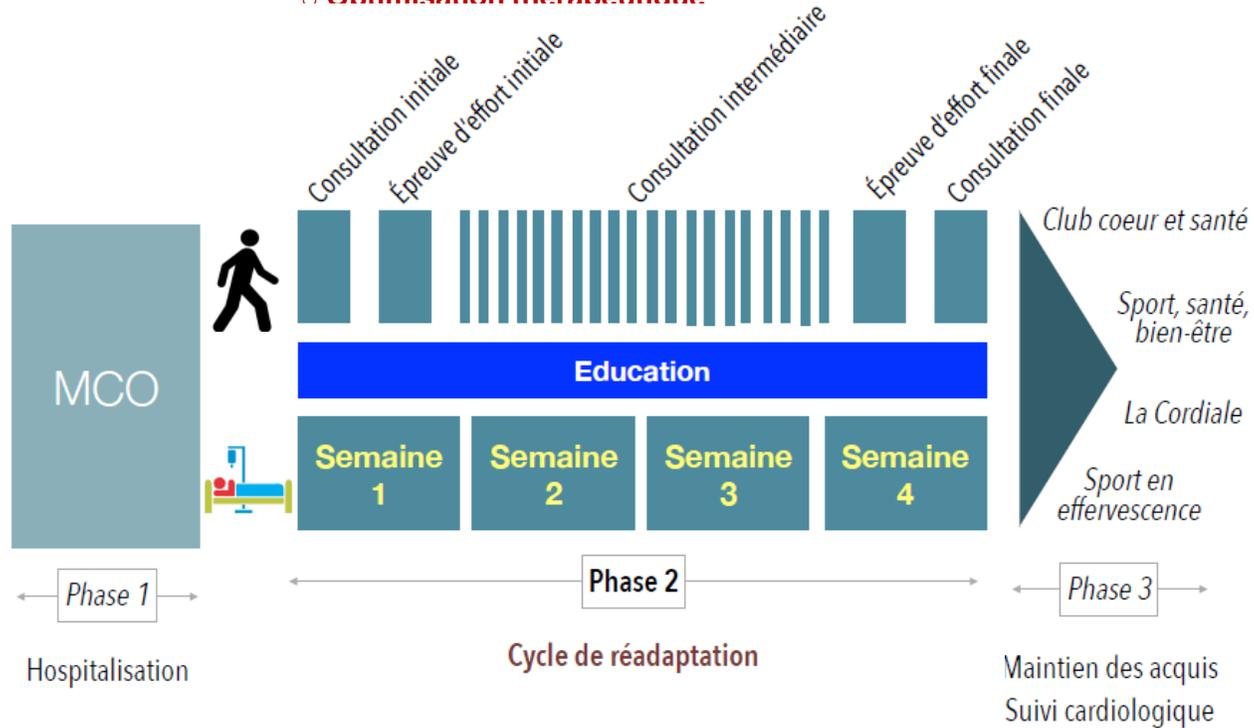


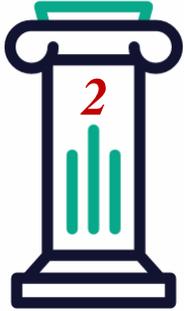
... développés sur une décennie



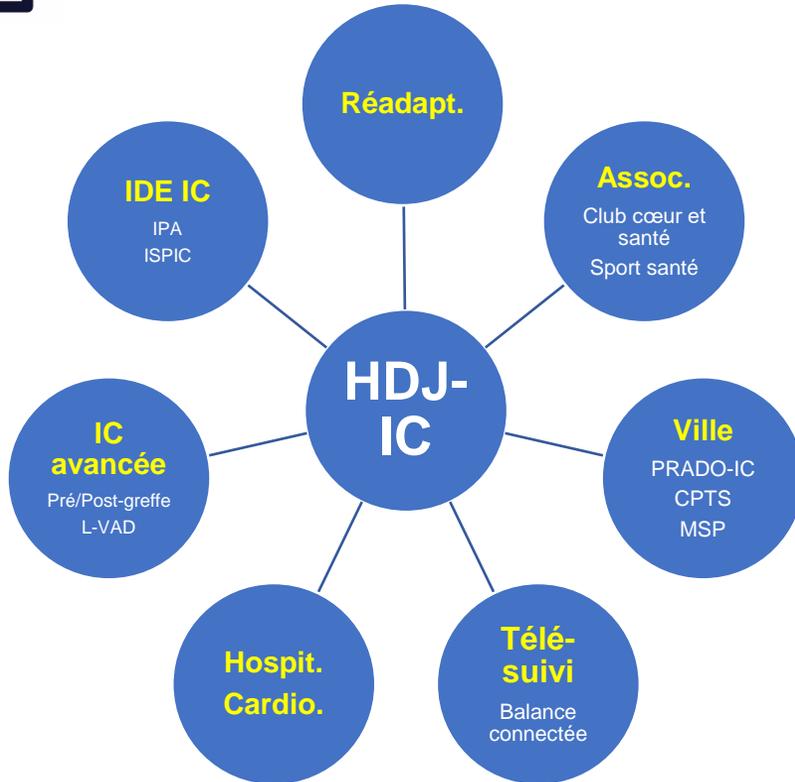
1^{er} pilier : Réadaptation cardiaque chez l'IC

- Essentielle contre le déconditionnement (1) :
 - ↘ ré-hospitalisations, ↗ la qualité de vie (2)
- Programme **multi-disciplinaire sur triade** (1 à 3 mois) :
 - **activité physique adaptée**
 - **éducation thérapeutique**
 - **Optimisation thérapeutique**



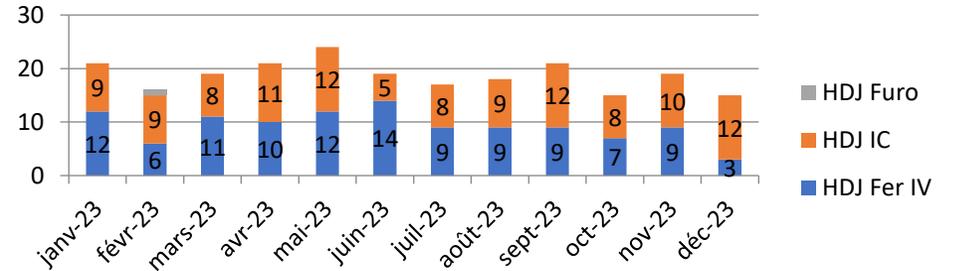


2ème pilier : Hôpital de jour IC



- Supplémentation martiale
- Furosémide IVD
- (Ré-)introduction de bêta-bloquant (après choc cardiogénique)

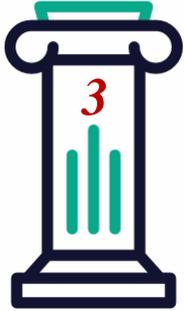
PERFUSION / TRAITEMENT (depuis 2022)



BILAN d'IC (depuis 2023)

- Echocardiographie : FEVG, volémie
 - Examen clinique de l'IDE (IPA/ISPIC)
 - Dépistage co-morbidités : IPS, spirométrie, Créat, Diabète, Fer
 - Evaluation fonctionnelle : T6M et/ou VO2
- ⇒ Synthèse cardiologique ; proposition de projet de soin ; guide thérapeutique

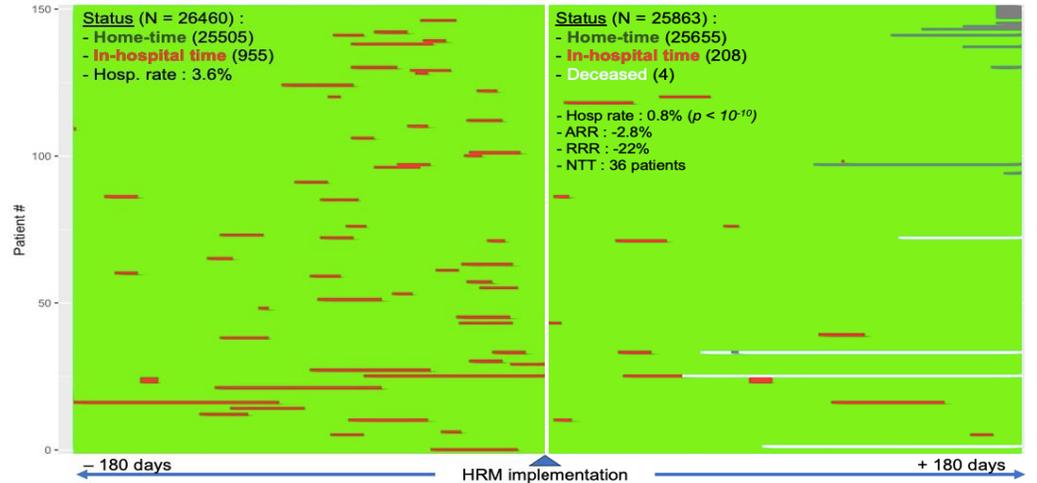
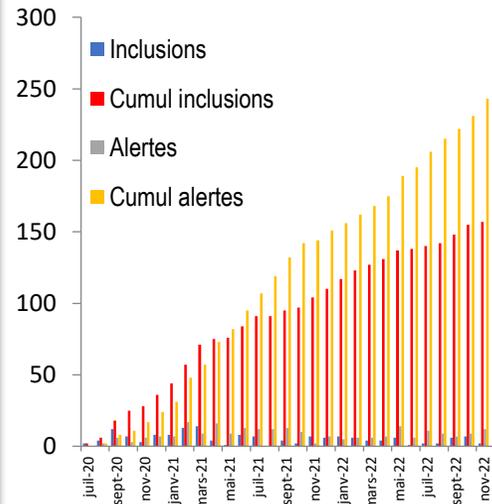
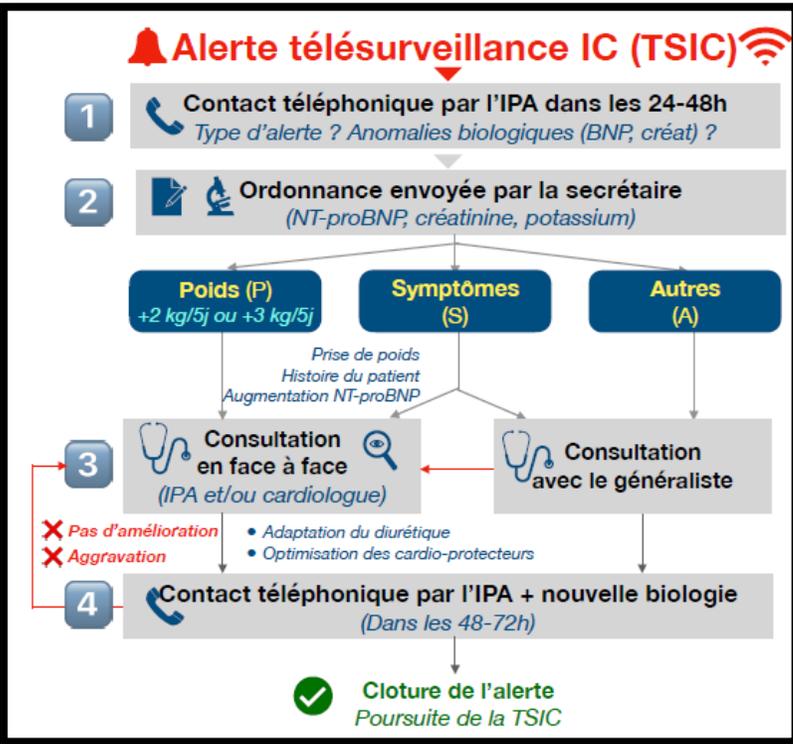
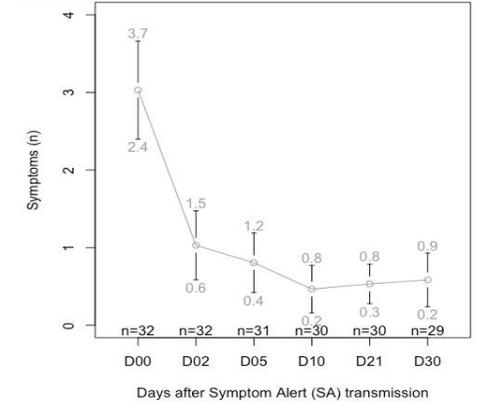
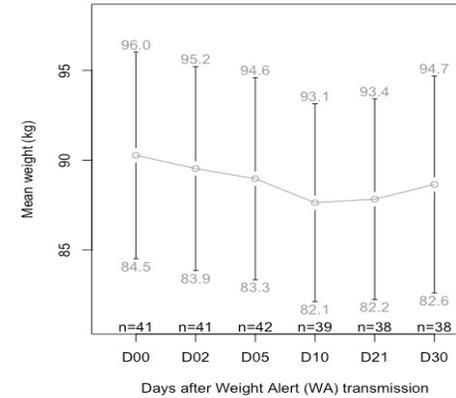
Dont 30% post-hospitalisation < 30 jours
FE altérée en majorité, homme, ischémique



3^{ème} pilier : Télésurveillance médicale par balance connectée (TSM-IC)



J Costa, P Durdon, J Dangy, L Lombardot, V Mouroux, M Rene, M Pierre, L Trousselle, L Bichon, K Caron, D Metz, Efficacy of remote home telemonitoring (HTM) on congestion control and heart failure (HF) hospitalizations in HF out-patients, *European Heart Journal*, Volume 44, Issue Supplement_2, November 2023, ehad655.2965, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad655.2965>





4^{eme} pilier : Nouveaux métiers paramédicaux : ISPIC

avec protocole
de coopération



Hors protocole
de coopération

Sous-délégation

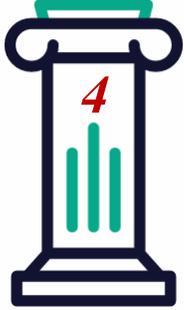
- **Titration des traitements de l'IC** : prescrire et interpréter bilans biologiques en rapport avec IC, agir en fonction des arbres décisionnels + examen clinique + ECG
- **Consultations IDE non programmées**: examen clinique de l'IC, adaptation des diurétiques +/- supplémentation potassique
- **Télésurveillance médicale de l'insuffisant cardiaque**
- **Orientation médicale**

Sous rôle propre

- **Accompagnement thérapeutique** : signes d'alerte, sel
- **Coordination du parcours** : D'où vient-il ? Où en est-il ? Où va-t-il ?
- **Evaluation des fragilités, des besoins du patient**
- **Permanence téléphonique**

- **fluidifier** les différentes étapes du **parcours de soin**
- **améliorer la coordination** entre les différents intervenants
- ↘ **gravité** des décompensations & **ré-hospitalisations** (↘ nb et durée)
- **améliorer connaissance** de la maladie et la **qualité de vie** des patients

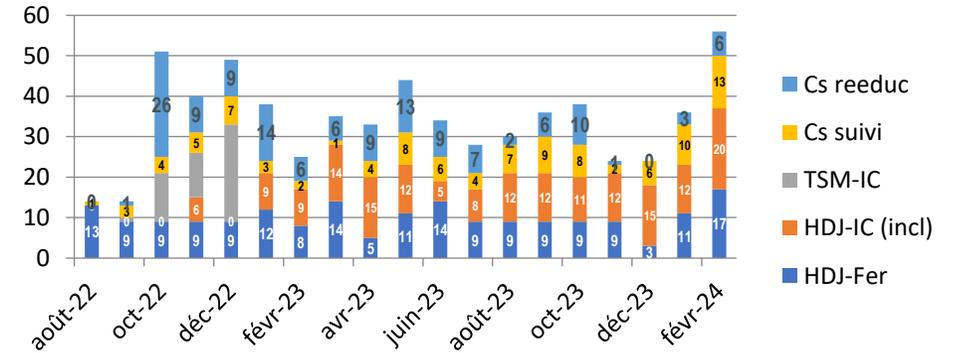




4^{eme} pilier : Nouveaux métiers paramédicaux : IPA



- En poste depuis **07/2022**
- **HDJ** : Développement
 - Supplémentation martiale IV & IC
- **Cs suivi** des coronariens et IC :
 - évaluation stabilité cardiologique clinique & biologique
 - adaptation des traitements,
 - dépistage des comorbidités et carences
- **Télé-suivi de l'IC** par outils connectés
 - 147 patients télésuivis (1^{er} cohorte GE)
- **Valorisation** de l'activité



- **Objectifs** :
- Diminuer les ré-hospitalisations
- Dégager du temps médical,
- Eviter les ruptures dans le parcours cardiologique
- Faciliter le lien ville-hôpital,

Synthèse & perspective

CAQES 2022

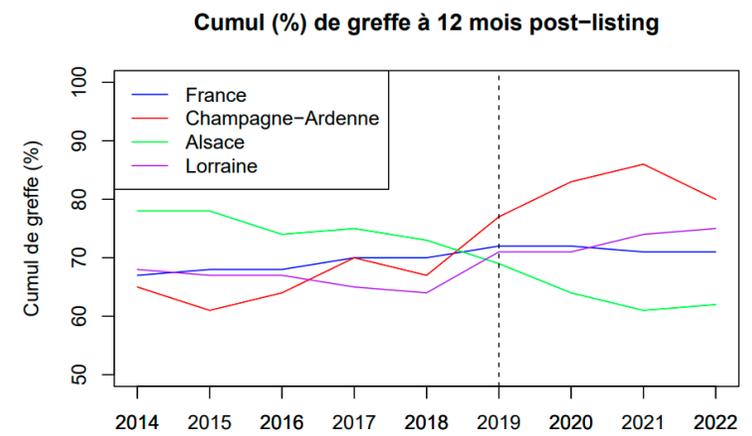
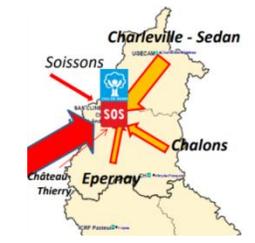
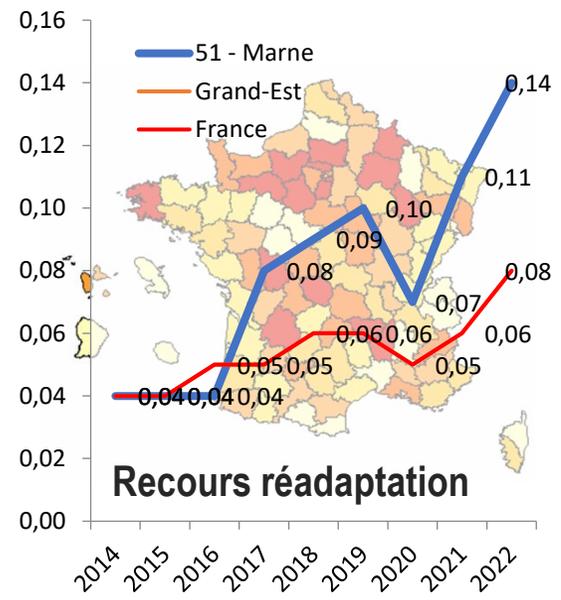
Ré-HIC M3 intra CHU

PRADO-IC

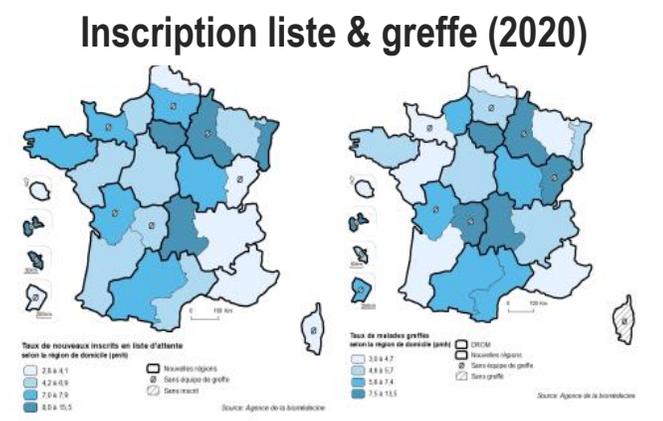
63%

Rencontres ville/hôpital

Parcours de soins de l'insuffisance cardiaque
HOPITAL ROBERT DEBRE CHU REIMS - N° 510002447



- Perspectives :
 - Pérenniser l'existant (crise de l'hôpital, fragilité, qualité de vie)
 - Travailler sur :
 - l'aval (Ville, HAD, DAC)
 - et l'amont (services non cardio au CHU)



SYNTHESE

- Post-hospitalisation IC : **période à risque**
 - Ré-hospitalisation, mortalité
- **Filières** permettant d'accompagner un RAD sécurisé :
 - **Réadaptation** cardiaque, réévaluation précoce en **HDJ**
 - **Télé-surveillance** médicale de l'IC par balance connectée
 - **PRADO-IC** (rdv MT 7 jours +/- cardiologue libéral)
- **Rôle crucial de :**
 - **l'hôpital de jour** : coordination parcours (notamment à M1 post-hospit, réévaluation régulière)
 - Collaboration avec **IDEs spécialisé(s)** : atout pour la qualité de la prise en charge, épargne médicale
- **Enjeux :**
 - Amont : hospitalisation hors de la cardiologie
 - Aval : lien avec la ville (CPTS, MSP, HAD, DAC)

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

OPTIMISATION DE LA PERTINENCE DU PARCOURS DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

La trajectoire de soins des patients insuffisants cardiaques dans les territoires : apport des données de l'Assurance Maladie

Dr Philippe TANGRE, Médecin conseil (CNAM)

Mme Ouarda PEREIRA, Chargée de missions (CNAM) / Responsable statistique (DRSM Grand Est)

Pathologie fréquente :

- **Estimation d'1,5 million de patients**, atteints par la maladie ...et 400 000 à 700 000 patients avec une IC « méconnue », pour un **nombre moyen de 20 patients IC dans les patientèles MG**

(données : SFC 2021, cahier des charges Art.51 CECICS, 2019)

- Des patients volontiers **âgés** (âge moyen 79 ans)
- Des patients **fréquemment fragiles** (50% présentant plus de 2 autres maladies à fort impact)

Pathologie sévère :

- Taux de décès annuel proche de 20% (AM, ODT Insuffisance cardiaque, SNDS 2021)
- Près de 30% des patients hospitalisés à au moins une reprise dans l'année pour motif IC

(Rapp. Charges et Produits 2024, éd. Juill. 2023)

Pathologie coûteuse :

- Plus de 3 milliards € de dépenses de santé en rapport (Rapp. Charges et Produits 2024, éd. Juill. 2023)
- Fréquence des hospitalisations potentiellement évitables (DREES 2023)

Avec une **progression rapide du nombre de nouveaux patients** (vieillesse de la population + augmentation de l'incidence des pathologies causales : HTA, diabète...) et des signes et symptômes non spécifiques, « banalisés » par les patients

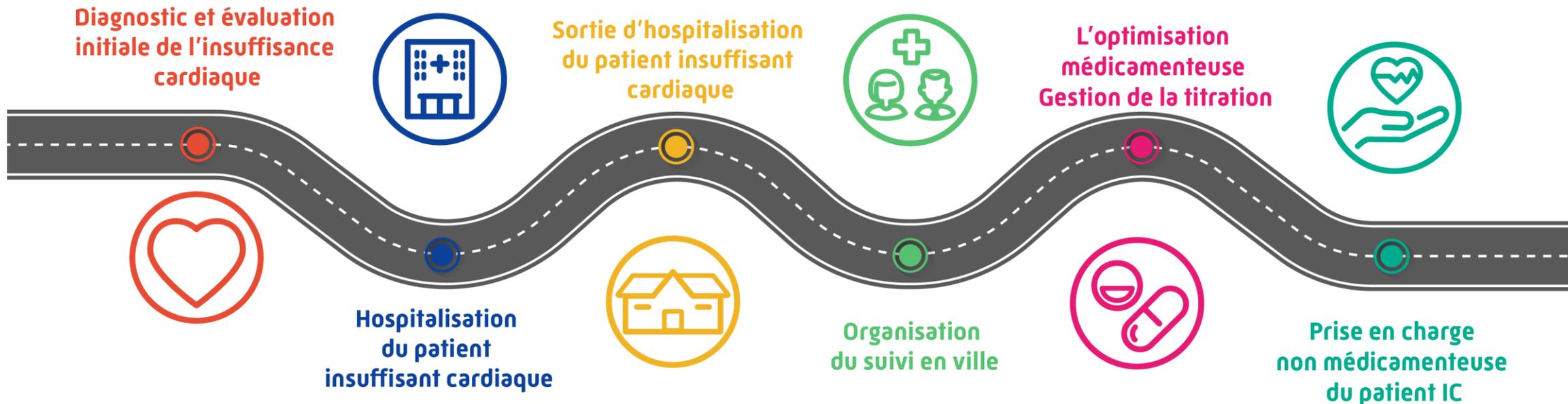
(IC-PS2 2019, SFC / enq. BVA 2022, AM)

En région
Grand Est

un peu de plus
de 70000
patients IC

Taux de décès et
d'hospitalisation
pour motif IC
similaires

Les travaux des agences de santé, des sociétés savantes et les publications scientifiques nationales, internationales ont permis d'identifier des points critiques, situations à risque émaillant le parcours de soins du patient insuffisant cardiaque



L'enjeu pour l'Assurance Maladie est d'accompagner les offreurs de soins en leur mettant à disposition une illustration concrète, pragmatique et clinique des parcours de soins

Deux types d'outils :

L'Outil de Diagnostic Territorial de l'Insuffisance Cardiaque

Volet populationnel

Paramétrable au niveau d'une région, d'un département, d'une CPTS ou d'un EPCI

Objectifs

- Fournir aux acteurs de soins de 1^{er} recours, aux médecins spécialistes, aux établissements hospitaliers, aux CPTS et aux partenaires institutionnels une visibilité sur la trajectoire de soins des patients fragiles
- Identifier les points de rupture potentiels dans la prise en charge de cette population afin d'encourager et accompagner les actions de « réduction des risques »
- Disponible auprès de vos interlocuteurs AM

Le profil Médecins Généralistes « Patientèle à risque d'IC »

Volet patientèle

Patientèle individuelle du MG

Objectifs

Sensibiliser les MG :

- à l'évaluation d'EPOF parmi les patients avec IC « connue » puis à la prescription raisonnée d'un dosage de peptides natriurétiques
- à la détection d'une IC pauci-symptomatique méconnue parmi les patients porteurs d'une pathologie « à risque »
- sur des éléments du parcours de soins des patients porteurs de ces pathologies à risque

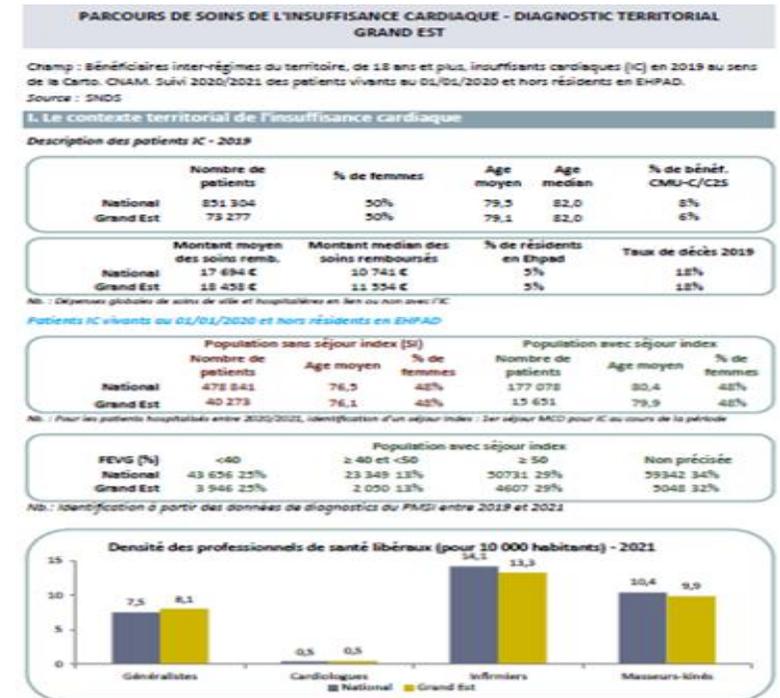
De la synthèse des faits saillants de l'ODT.....

....à la détermination des constats....

....puis la priorisation de segments du parcours de soins, dimensionnés aux enjeux / ressources de la CPTS....

....à l'expression collégiale de l'identification de leviers d'actions....

ODT IC plébiscité par les CPTS
Parcours de soins IC choisi parmi près de 25% des CPTS au niveau national



L'une des problématiques dans la prise en charge de l'IC :

Une prise en charge tardive en secteur de soins primaires des épisodes aigus de la maladie révélant :

- une IC alors méconnue
- ou une décompensation d'une IC connue

Enjeu pour l'Assurance Maladie :

Aider les professionnels de santé à diagnostiquer plus tôt parmi les patients à risque ET aider à retarder son hypothétique constitution/évolution (en procurant au MG une visibilité sur le suivi du parcours de soins « socle » de ces maladies à risque d'IC)



Profil MG « Patientèle à risque d'IC »

2 parties :

- **1 support de présentation générale de la patientèle « à risque d'IC » (+ IC) (3 pages)**
- **4 fiches spécifiques « parcours de soins pathologie », 1 fiche par pathologie fréquente :**
(3 pages par fiche)
 - HTA documentée
 - diabète
 - BPCO
 - maladie coronarienne

A ce jour, **pas de fiche dédiée** pour valvulopathie cardiaque chronique, maladie rénale chronique documentée, trouble rythmique supra-ventriculaire (effectifs présumés plus faibles ++ ou lien étiologique plus complexe (ex : MRC → IC))

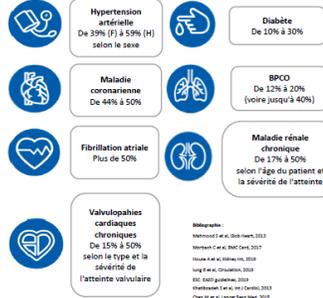
Fiche Patientèle

PARCOURS DE SOINS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Accompagnement des Médecins Généralistes dans le suivi des patients insuffisants cardiaques (IC) ou atteints de pathologies à risque de constitution d'une IC.



Données épidémiologiques issues de la littérature
Prévalence de l'insuffisance cardiaque parmi les patients atteints de :



Les 3 objectifs du profil Médecin Généraliste "Patientèle à risque de constitution d'une IC"

1. Pour les patients avec une insuffisance cardiaque connue :

- E : Essoufflement (dyspnée)
- P : Prise de poids rapide
- O : Œdèmes des membres inférieurs
- F : Fatigue / asthénie majeure

2. Pour les patients porteurs d'une pathologie chronique à risque de constitution d'une insuffisance cardiaque :

être sensibilisé à l'éventualité d'une insuffisance cardiaque pauci-symptomatique méconnue.

3. Pour les patients porteurs d'une pathologie chronique à risque de constitution d'une insuffisance cardiaque :

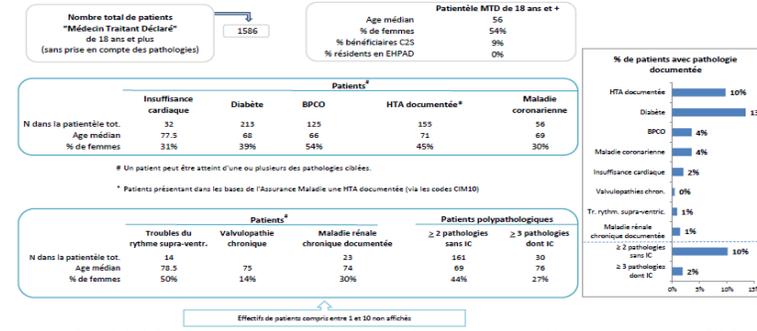
être informé sur des éléments du parcours de soins "socle" de la patientèle atteinte de la (des) pathologie(s) considérée(s).

Penser à évaluer EPOF parmi les patients porteurs d'une pathologie "à risque" d'insuffisance cardiaque.

PATIENTÈLE À RISQUE DE CONSTITUTION D'UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE (1)

Dr XXXXXX - N°AM YYYY
Source : SMD5
Champ : patientèle totale, Médicaments Inter-régimes, de 18 ans et plus (à l'exception de la BPCO : seul fait à 40 ans et plus), ayant déclaré leur médecin traitant (MTD).
Pathologies d'intérêt : insuffisance cardiaque (IC) ou au moins une des pathologies documentées à risque de constitution d'une IC parmi les patients vivants au 01/07/2022.

Caractéristiques socio-démographiques générales et effectifs par pathologie au sein de la patientèle

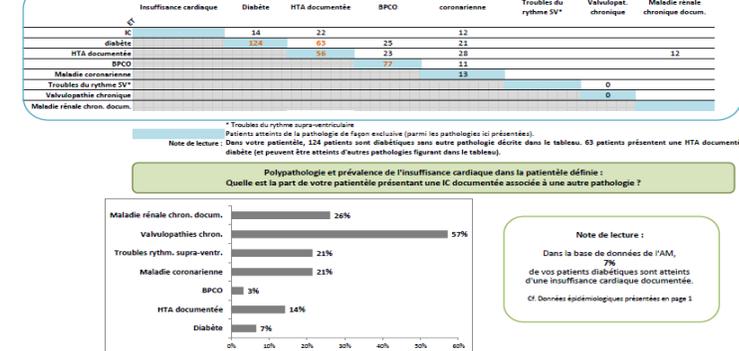


Note : en raison d'une méthodologie d'approche adaptée à la description des parcours de soins, les effectifs présentés dans ce document ne doivent pas être comparés aux données individuelles de patientèle d'autres supports informationnels mis à disposition par l'Assurance Maladie.

PATIENTÈLE À RISQUE DE CONSTITUTION D'UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE (2)

Dr XXXXXX - N°AM YYYY
Source : SMD5
Champ : patientèle totale, Médicaments Inter-régimes, de 18 ans et plus (à l'exception de la BPCO : seul fait à 40 ans et plus), ayant déclaré leur médecin traitant (MTD).
Pathologies d'intérêt : insuffisance cardiaque (IC) ou au moins une des pathologies à risque de constitution d'une IC parmi les patients vivants au 01/07/2022.

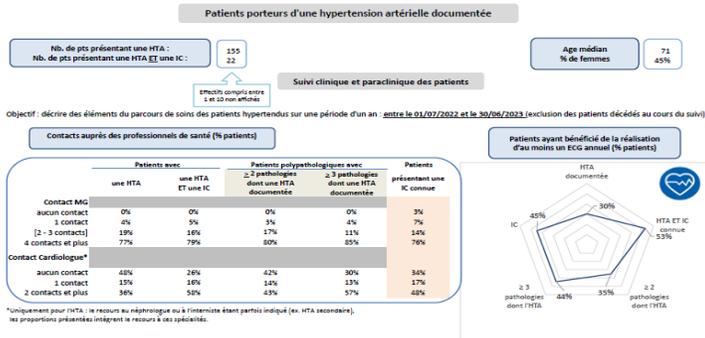
Effectifs de patients poly-pathologiques dans votre patientèle [au moins 2 pathologies prises 2 à 2] - Effectifs compris entre 1 et 10 non présentés



Exemple – Fiche HTA documentée

PATIENTÈLE À RISQUE DE CONSTITUTION D'UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE

Dr XXXX
Source : SMD5
Champ : patientèle totale, Médicaments Inter-régimes, de 18 ans et plus (à l'exception de la BPCO : seul fait à 40 ans et plus), ayant déclaré leur médecin traitant (MTD).
Pathologies d'intérêt : insuffisance cardiaque (IC) ou au moins une des pathologies documentées à risque de constitution d'une IC parmi les patients vivants au 01/07/2022.
Sont présentés les effectifs de patients dont l'hypertension artérielle (HTA) est documentée dans les bases de l'AM (via les codes CIM10).

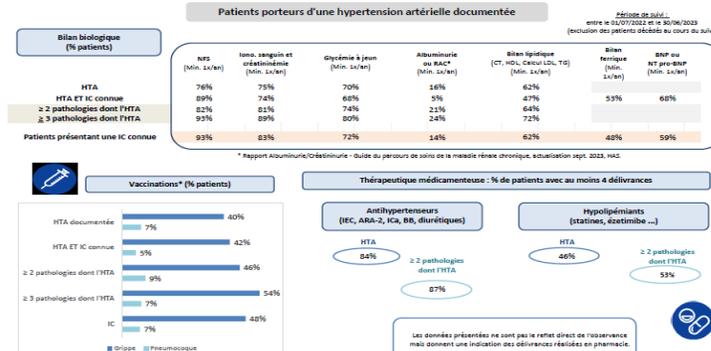


* Uniquement pour HTA : la ressource néphrologique ou l'internité étant parties indiqués (ex. HTA secondaire).
Les proportions présentées intègrent le recours à sa patientèle.

Page 1

PATIENTÈLE À RISQUE DE CONSTITUTION D'UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE

Dr XXXX
Source : SMD5
Champ : patientèle totale, Médicaments Inter-régimes, de 18 ans et plus (à l'exception de la BPCO : seul fait à 40 ans et plus), ayant déclaré leur médecin traitant (MTD).
Pathologies d'intérêt : insuffisance cardiaque (IC) ou au moins une des pathologies documentées à risque de constitution d'une IC parmi les patients vivants au 01/07/2022.
Sont présentés les effectifs de patients dont l'hypertension artérielle (HTA) est documentée dans les bases de l'AM (via les codes CIM10).

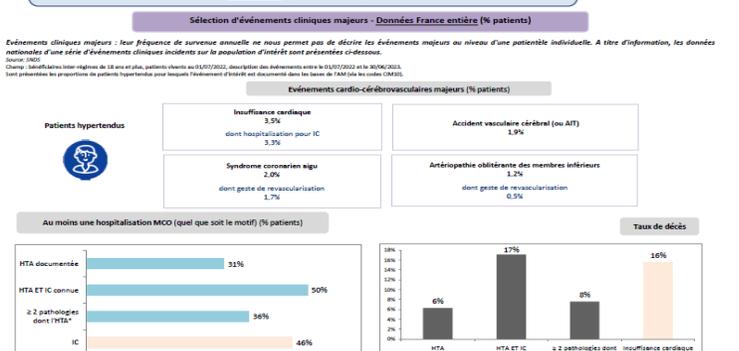


* Indication des vaccins à adapter en fonction du profil clinique du patient.

Page 2

PATIENTÈLE À RISQUE DE CONSTITUTION D'UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE

Dr XXXX
Source : SMD5
Champ : patientèle totale, Médicaments Inter-régimes, de 18 ans et plus (à l'exception de la BPCO : seul fait à 40 ans et plus), ayant déclaré leur médecin traitant (MTD).
Pathologies d'intérêt : insuffisance cardiaque (IC) ou au moins une des pathologies documentées à risque de constitution d'une IC parmi les patients vivants au 01/07/2022.
Sont présentés les effectifs de patients hypertendus pour lesquels l'événement d'intérêt est documenté dans les bases de l'AM (via les codes CIM10).



Page 3

Un profil au design simple et attrayant, riche de données cliniques informatives pour le MG pour l'aider à influencer sur les écarts aux soins dans sa patientèle

Messages clés :

- 1/ **L'insuffisance cardiaque** est une pathologie fréquente en secteur de soins primaires.... mais **possiblement diagnostiquée tardivement**
- 2/ Les **maladies causales**, à l'origine d'une insuffisance cardiaque, sont très fréquentes en **médecine générale**
- 3/ Le **diagnostic présomptif de l'insuffisance cardiaque est simple** et repose sur l'anamnèse, l'examen clinique et un dosage biologique de routine (peptides natriurétiques)
- 4/ Le **parcours de soins de ces maladies à risque** est **bien codifié** (clinique, surveillance biologique, actes techniques, prise en charge thérapeutique médicamenteuse) et **son respect** contribue à **améliorer le niveau de qualité de vie** du patient et **retarder l'évolution et les complications de sa maladie**
- 5/ Le **risque d'événements cardio-cérébrovasculaires** de ces pathologies à risque d'IC est **majeur** et peut être modulé par le suivi clinique
- 6/ **L'insuffisance cardiaque majeure considérablement les taux d'hospitalisation et de décès**
Lorsqu'elle vient compliquer une maladie pré-existante
→ la prévenir / la diagnostiquer tôt pour optimiser la prise en charge

MERCI DE VOTRE ATTENTION