

Parcours Insuffisance Cardiaque

Sur le territoire Roannais
Approche territoriale de
l'insuffisance cardiaque

TROPHÉES 2024

Production numérique réalisée
par Ethic'ic. Voir en page &
http://ethicic.com/lefeuilleter

Avec le
soutien de :



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

Edito

L'insuffisance cardiaque toucherait 2,3% de la population française. Sa prise en charge constitue un enjeu majeur en raison des répercussions de la maladie sur les personnes concernées et le système de santé. Les cardiologues sont les principaux acteurs du suivi et de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques. Ils sont représentés par le Conseil National Professionnel Cardiovasculaire (CNPCV) et ses organisations membres qui souhaitent soutenir le développement d'initiatives portées par les professionnels de santé dans ce domaine. C'est pourquoi ils ont créé « Les Trophées Outil'IC », avec le soutien de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Ce concours a pour vocation de faire de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque un élément structurant du système de santé. Il est destiné à valoriser et à promouvoir les initiatives portées par les professionnels de santé français et à améliorer le suivi de l'insuffisance cardiaque en France et les prises en charge grâce à l'émergence de pratiques communes innovantes et au développement d'outils opérationnels diffusés à grande échelle. Les projets « Parcours IC de la C.P.T.S. Roanne Défi Santé » et « Centre Ambulatoire Roannais d'Insuffisance Cardiaque » des Drs DE SAUNIERE font partie des lauréats de l'édition 2023-2024 des trophées. Le présent document constitue une véritable « boîte à outils » destinée à en permettre la diffusion et le déploiement à grande échelle en facilitant son adaptation par les équipes intéressées sur l'ensemble du territoire.

Fiche d'identité de l'outil

Centre ambulatoire Roannais d'insuffisance cardiaque



Porteur de la solution



Irina DE SAUNIERE - Cardiologue



irina.desauniere@cardiologiedesauniere.fr

Descriptif

Pour le territoire, le cabinet des docteurs DE SAUNIERE propose une approche globale des patients IC allant du diagnostic précoce à la prise en charge spécialisée complexe.

Objectifs : JAMAIS LA PREMIERE HOSPITALISATION

- Améliorer l'accès à une prise en charge spécialisée aux patients atteints d'insuffisance cardiaque
- Favoriser le diagnostic précoce d'IC de novo et de décompensation d'IC connue
- Assurer la prise en charge globale des patients insuffisants cardiaques du territoire en ambulatoire

Bénéfices attendus

- Un dépistage précoce de l'insuffisance cardiaque
- Une prise en charge globale et optimisée de l'IC
- Une diminution du recours aux urgences et aux hospitalisations évitables

Populations cibles

Population du bassin de recrutement du cabinet (Nord Loire, zone limitrophe des départements de l'Allier, de la Saône et Loire et du Rhône)

Partenaires impliqués

- Les acteurs du 1^{er} recours (IDEL, médecins généralistes, MSP, EHPAD) du territoire et établissements de soins sanitaires impliqués dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques
- Implication forte des MSP de Saint Symphorien de Lay et des Senteurs à Roanne

Facteurs clés de réussite

- La motivation et l'investissement personnel des cardiologues libéraux
- La persévérance et la détermination pour mobiliser l'effort des acteurs du territoire
- L'instauration d'une équipe pluriprofessionnelle

Délais moyens observés

Environ 1 an

Budget à prévoir

- Autofinancement par l'activité (consultations, actes, télésurveillance)
- Financement par le droit commun

Effort nécessaire

Faible
Modéré
Fort



Projets similaires ou apparentés
CPTS du Sud Toulousain

Fiche d'identité de l'outil

Parcours de soins insuffisance cardiaque post hospitalisation



Descriptif

Il s'agit d'une **démarche collaborative et pluriprofessionnelle visant à organiser et sécuriser le retour à domicile en post hospitalisation de patients insuffisants cardiaques**. Le parcours mise en œuvre mobilise la CPTS avec notamment son infirmier de coordination des parcours, les établissements de santé, le dispositif du PRADO IC ainsi que les professionnels de santé libéraux intervenant en ville (Médecins généralistes, cardiologues, IDEL).

Ainsi, le patient, hospitalisé en service de cardiologie à la suite d'une décompensation cardiaque peut bénéficier, **avec son accord**, des éléments de suivi exposés ci-après à son retour à domicile :

- De visites hebdomadaires d'un(e) infirmier(ère) libéral(e) en systématique, sous forme de surveillance clinique et soins infirmiers techniques éventuels. La fréquence des visites pourra être augmentée ou diminuée selon l'évaluation initiale et/ou l'évolution du suivi, en accord avec le médecin référent.
- D'une consultation avec son médecin traitant dans les 15 jours qui suivent sa sortie d'hospitalisation
- D'une consultation avec son(sa) cardiologue ou dans le service de cardiologie hospitalier dans le mois qui suit sa sortie d'hospitalisation
- De séances d'éducation thérapeutique au sein de programmes dédiés
- D'un suivi de réadaptation cardiaque, activité physique adaptée sur prescription médicale

Si les conditions matérielles sont réunies, des actes de télémédecine et/ou télé-expertise pourront lui être proposés, avec l'accompagnement de l'infirmier(ère) libéral(e) à son domicile ou dans un cabinet dédié. Ces actes pourront être réalisés à sa demande, ou à la demande de l'un des professionnels de santé assurant son suivi.

L'IDE parcours de la CPTS constitue le cercle de soins du patient et assure la mise en œuvre effective du parcours. Elle effectue un suivi à 8 semaines de la sortie d'hospitalisation afin de programmer une concertation pluriprofessionnelle. Celle-ci sera renouvelée à 6 mois et à 1 an.

Porteur de la solution



Sylvie NICOSIA - Directrice



direction@roannaisdefisante.fr



Emmanuelle OLLIER - IPA



parcours@roannaisdefisante.fr

Objectifs

- Réduire la morbi-mortalité liée à cette pathologie en améliorant la coordination des Professionnels de Santé intervenant dans la prise en charge des patients qui en souffrent.
- Améliorer les pratiques professionnelles

Populations cibles

Patients IC connus en post hospitalisation pour décompensation cardiaque.

Bénéfices attendus

- Une prise en charge graduée et coordonnée entre acteurs du territoire
- Une pertinence des soins avec le respect de bonnes pratiques partagées
- Une diminution du recours aux urgences et aux hospitalisations évitables

Partenaires impliqués

Tous les professionnels de santé du territoire et établissements de soins sanitaires impliqués dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques.

Effort nécessaire

Faible **Modéré** Fort

Modéré mais à moduler en fonction de la maturité de la CPTS.

Délais moyens observés

2 ans de maturation avec un résultat encourageant et visible depuis 2022.



Situation particulière avec un lancement du projet lors de la Période COVID 19

Les facteurs clés de réussite

- La création d'un COPIL avec l'ensemble des professionnels de santé hospitalier et de ville
- L'investissement des cardiologues libéraux et hospitaliers
- La nomination d'un(e) Infirmier(e) Coordinateur (rice) de parcours (IDEC)
- La définition d'un plan de communication auprès des différents partenaires
- La mise en œuvre d'un trinôme Prado - cardiologues du CH Roanne IDEC Parcours CPTS
- La reconnaissance des pratiques professionnelles avec l'appui de la formation dispensée par le Dr DE SAUNIÈRE Irina.

Budget à prévoir

Cf. chapitre modèle économique

Projets similaires ou apparentés



CTPS du Sud Toulousain



Présentation des porteurs et du territoire

- | | |
|--|-------|
| 1.1 - Carte d'identité du Cabinet
du Roannais | p7 |
| 1.2 - Carte d'identité de la CPTS
Roannais Défi Santé | p8 |
| 1.3 - Eléments clés du diagnostic
territorial | p9-10 |

1.1 Carte d'identité du Cabinet du Roannais



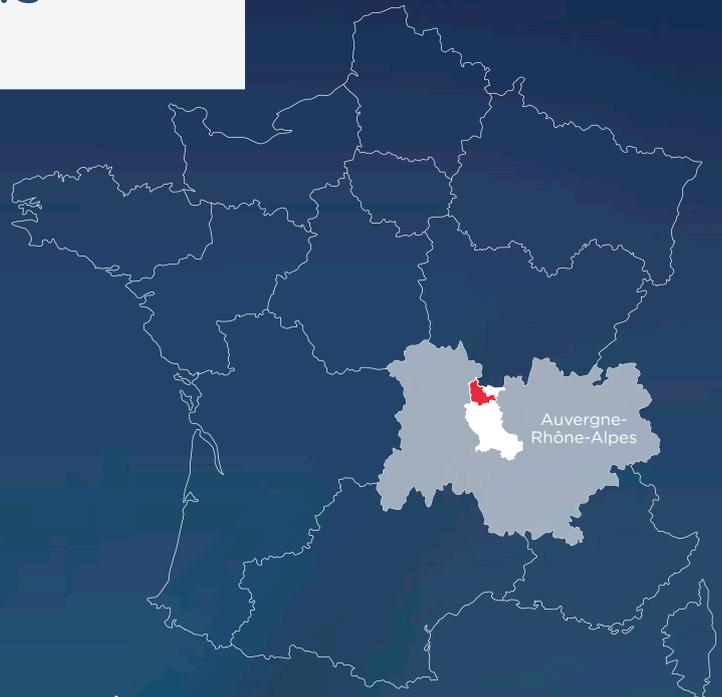
- Cabinet situé à Roanne, sous-préfecture de la Loire
- Environ 200 000 habitants



Territoire : la moitié nord du département de la Loire avec les départements limitrophes (le Rhône, le Saône et Loire, l'Allier)



3 500 *File patients active*



Équipe :

2



Cardiologues libéraux

1



IPA

2



Infirmières

2



Secrétaires



L'insuffisance cardiaque est l'une des priorités absolues de l'activité des cardiologues, installés en ville depuis 2015. Ces derniers sont très investis depuis longtemps dans ce domaine (entre autres, mise en place de consultations spécialisées IC et la création de deux programmes ETP au sein des CH de Chartres et de Roanne).

Les projets conduits par l'équipe :



Participation à la création du parcours de soins IC de la CPTS Roanne Défi Santé



Formation des professionnels de santé au dépistage et aux signes d'alerte ainsi que notion sur la prise en charge des patients IC (depuis 2019)



Centre ambulatoire Roannais d'insuffisance cardiaque



Programme ETP « Bien vivre mon insuffisance cardiaque » reconnu par l'ARS (2022)



Télésurveillance de l'insuffisance cardiaque au cabinet



Installation d'un IPA au sein de la structure prévue en 2024



Projet de réadaptation cardiaque en ambulatoire prévue début 2025



Plateau technique :



- Épreuve d'effort
- VO2max



- Echographie d'effort



- Télésurveillance



- Éducation thérapeutique IC

- Surveillance des dispositifs électriques
- Scanner coronaire (CH de Roanne)
- Scintigraphie myocardique (CINSE)

1.2 Carte d'identité de la CPTS Roannais Défi Santé

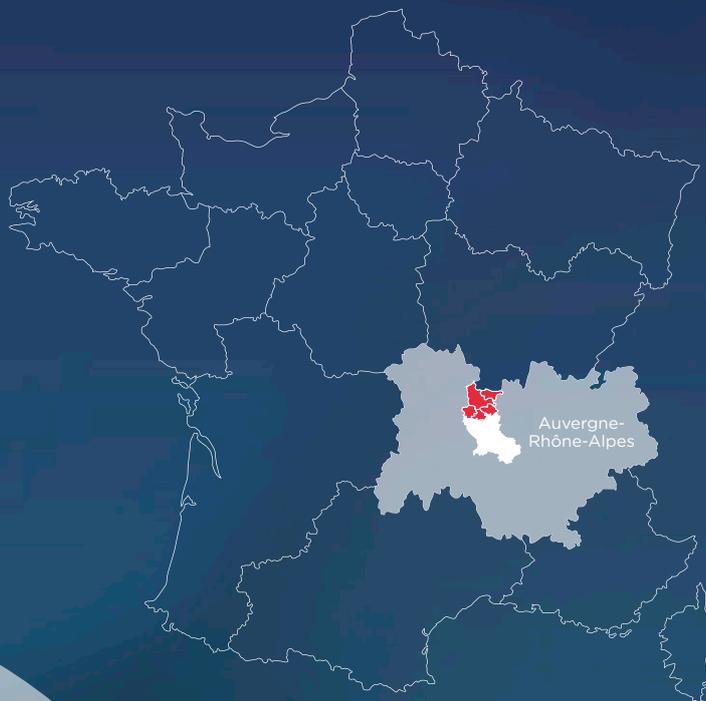


- Association loi 1901 créée en 2019
- Taille 3
- 150 000 habitants



5 Communautés de Communes de la Loire :

- Roannais Agglomération
- Coppler
- Vals d'Aix- Isable
- Charlieu-Belmont
- Pays d'Urfé



Composition :

1 300



Professionnels de santé libéraux



4 Hôpitaux



11 MSP/ESP



29 EPHAD



1 Centre de Santé Municipal



1 Espace santé



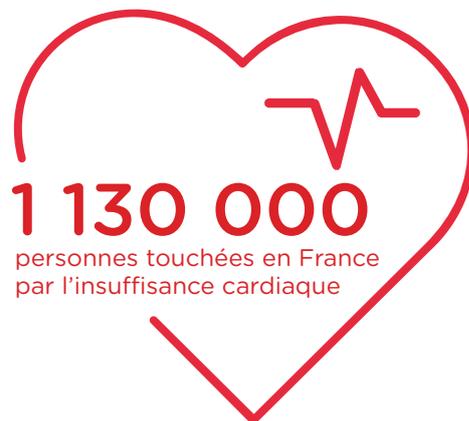
1 Centre de soins non programmés



385 000 € Budget annuel

1.3 Éléments clés du diagnostic territorial

→ En France



- **30%**
de décès dans l'année qui suit la première hospitalisation.
- **50%**
de ré-hospitalisations toutes causes confondues (*dont la moitié dans les 30 jours*).
- **1 patient/5**
hospitalisé pour IC sévère : perte d'autonomie ne permettant pas un retour à domicile.



→ Sur le territoire Roannais



24,4%

Taux ALD IC
(≥ 17 ans) en 2019

Top 5 sur le territoire des pathologies avec ALD :

- Les insuffisances cardiaques graves
- Les troubles du rythme graves
- Les cardiopathies valvulaires graves
- Les cardiopathies congénitales graves



Territoire :
3,3% de la population soit 4866 patients

Département :
2,8% de la population

Région :
2,4% de la population

France :
2,3% de la population

VS

- **Les maladies coronaires :**
Un chiffre également au-dessus de la moyenne nationale.

Territoire :
2,5% de la population soit 3677 patients

Département :
2,3% de la population

Région :
2,2% de la population

France :
2,3% de la population

VS

Données sur le territoire Roannais Défi Santé :

Source : SNDS

83 ans

Âge moyen des patients insuffisants cardiaque

1,4

Nombre moyen de contacts cardio annuel

0,5

Densité cardiologues / 10 000 habitants

254

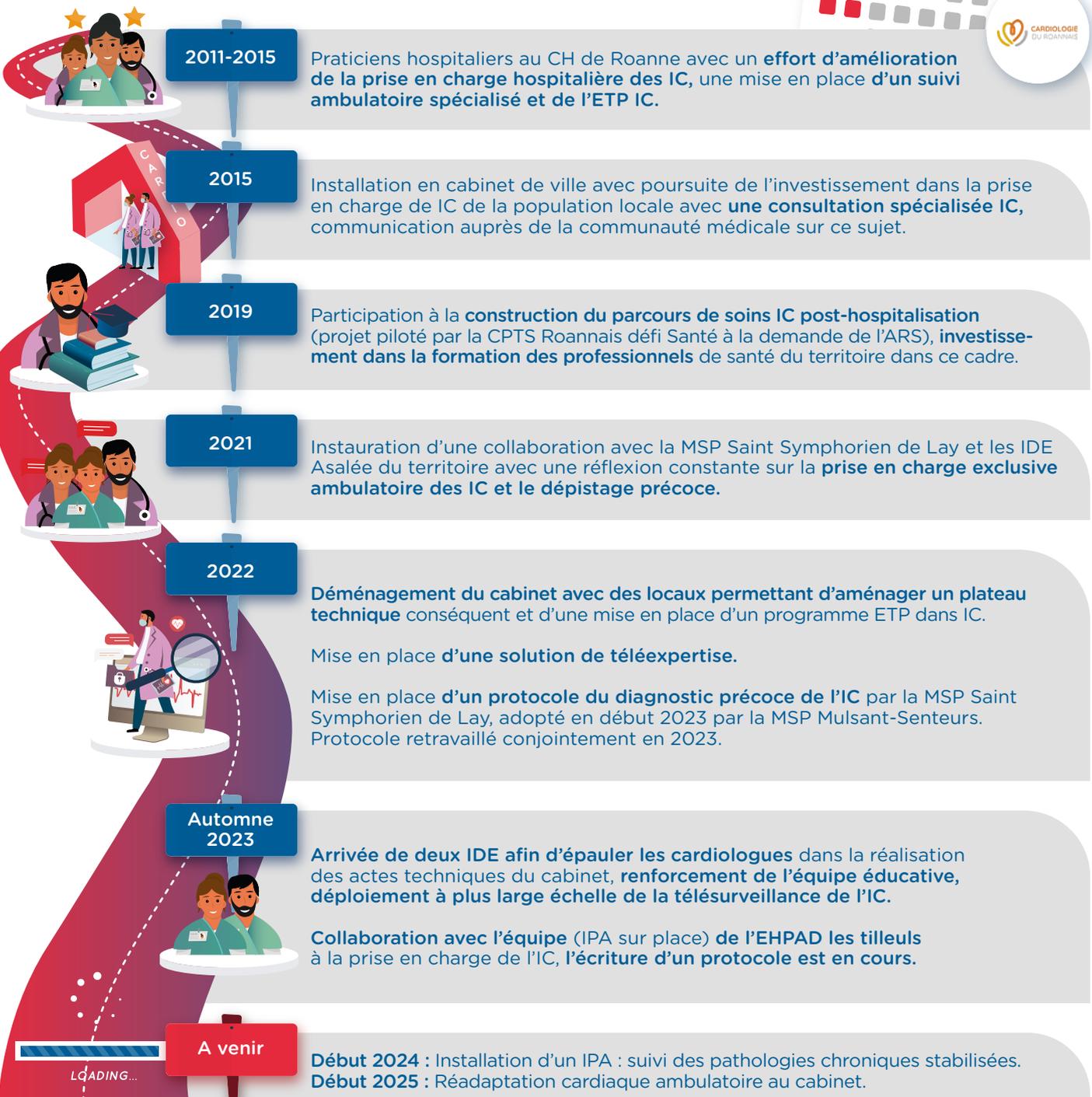
Nombre de patients hospitalisés en 2020

Présentation des 2 projets

- 2.1 - Le Centre Ambulatoire Roannais d'Insuffisance Cardiaque (CARIC) p12-14
- 2.2 - Le Parcours de soins IC post hospitalisation p15-23

2.1 Le Centre Ambulatoire Roannais d'Insuffisance Cardiaque (CARIC)

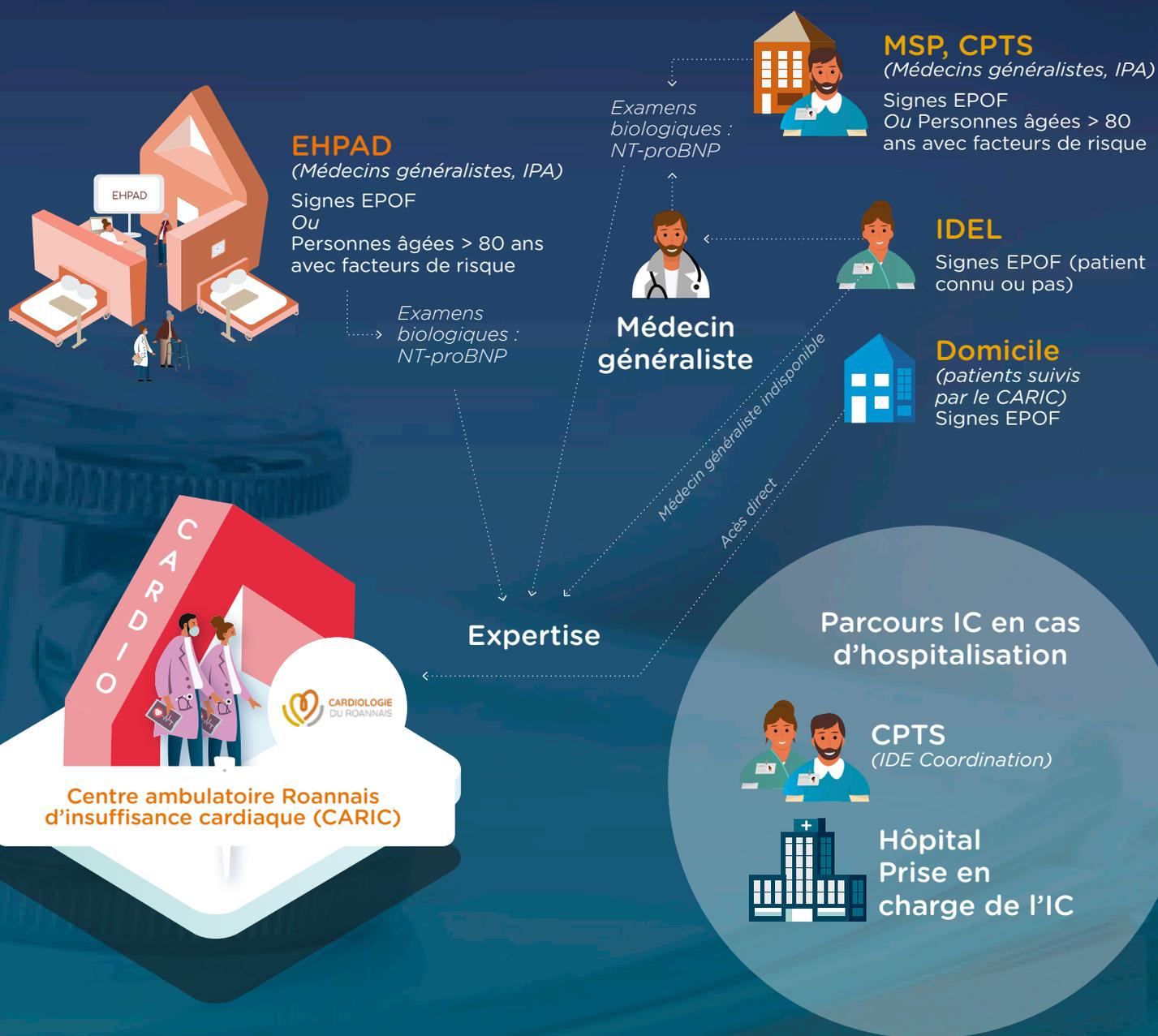
→ Historique de la démarche et son état d'avancement



Les conseils pour démarrer et avancer la démarche :

- Rencontrer vos correspondants (MSP, MG indépendants) pour communiquer et mettre en œuvre un protocole entre MSP et cardiologue
- Prévoir des réunions semestrielles d'avancement du projet
- Réserver dans l'agenda des créneaux d'urgence / plages d'horaire dédiés aux patients IC
- S'enregistrer sur une plateforme de téléexpertise et communiquer sur un accès privilégié pour l'insuffisance cardiaque auprès de vos correspondants

→ **Prises en charge proposées par le CARIC : JAMAIS LA PREMIERE HOSPITALISATION**
Une prise en charge plurielle adaptée à chaque patient



1

Télé-expertise urgente avec orientation diagnostique et mise en place d'un traitement selon situation

2

Consultation urgente ou semi-urgente avec une ETT suivie d'une prise en charge complète :

- Examens spécialisés
- Télésurveillance(s)
- Adaptation des traitements (titration, ..)
- ETP
- Correction facteurs favorisants

(EHPAD) Patients fragiles non mobilisables
 Gestion à distance avec l'adaptation médicamenteuse selon l'évolution clinique, la biologie, la pesée quotidienne, ...

3

Suivi IC Chroniques

- Consultations médicales / Consultation IPA
- Télémédecine (TLC / TLCA / TE)
- Télésurveillance(s)
- Correction carence martiale
- Bilans exploratoires : ETT, Epreuves d'effort, VO2max, Holter ECG, ...
- Education thérapeutique
- A venir : Réadaptation cardiaque

→ Focus sur le diagnostic précoce d'insuffisance cardiaque

① Cf. Fiche A

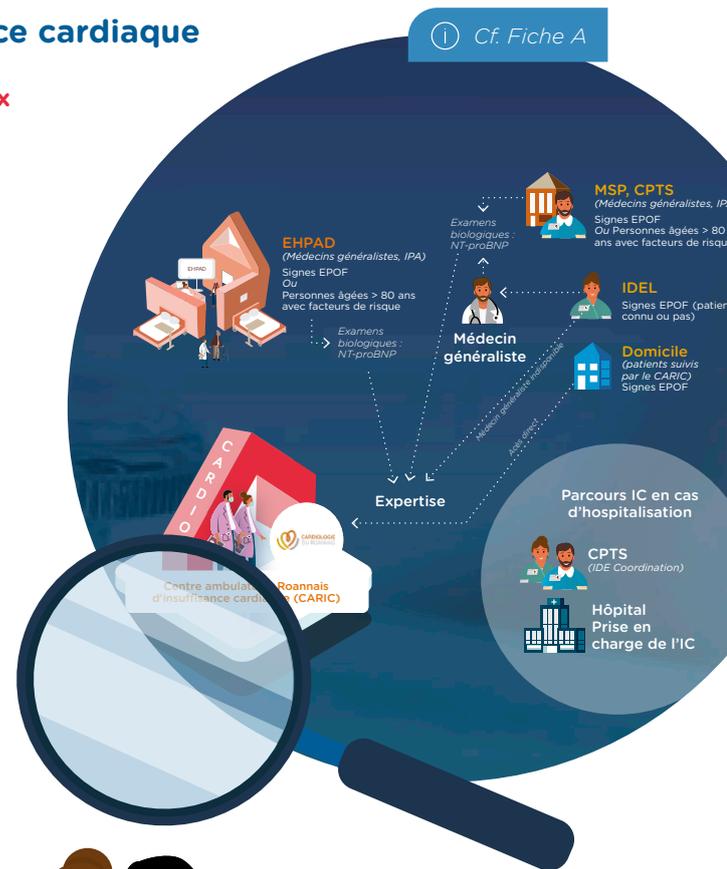
Un objectif partagé soins primaires et cardiologues libéraux ÉVITER LES HOSPITALISATIONS

La démarche consiste donc à dépister le plus tôt possible, l'ensemble des patients présentant une Insuffisance cardiaque (IC). Le parcours du patient atteint d'insuffisance cardiaque ensuite proposé est multidisciplinaire, en fonction de la complexité des symptômes et du degré de sévérité de la maladie.



Détection des patients IC

- Le diagnostic d'insuffisance cardiaque peut intervenir dans les principaux contextes suivants :
 - 1^{er} recours Repérage par tout professionnel de santé de patients porteurs de symptômes évocateurs de décompensation d'IC (EPOF, ..)
 - 1^{er} recours MG / EHPAD (MG / IPA) : Dépistage systématique des patients de plus de 80 ans et porteurs des pathologies suivantes : HTA, diabète, BPCO, insuffisance rénale chronique, maladie coronarienne, valvulopathie ou trouble du rythme.



Suivi du patient

- Le cardiologue détermine le degré de sévérité de la pathologie, annonce le diagnostic et détermine les modalités de suivi avec le patient. Le degré de sévérité de la maladie et la présence ou non d'IPA de proximité permet de déterminer la fréquence des consultations entre le médecin traitant, l'IDE, l'IPA, et le cardiologue. Le but de cette approche est de préserver la qualité de vie du patient, notamment en modifiant le mode de vie du patient (alimentation et activité physique) afin d'éviter la décompensation.

Pour éviter l'hospitalisation des patients, le cardiologue met en place une prise en charge optimale adaptée à chaque patient :

- Adaptation de traitement médicamenteux
- Télésurveillance
- Prescription de la surveillance et d'accompagnements par IDEL à domicile
- Éducation thérapeutique
- Consultation de suivi et urgente en cas de besoin

① Cf. Fiche B



Orientation vers le cardiologue

- Suite à la prise des constantes, prescription des examens biologiques (NT-proBNP) et réalisation d'un ECG et selon le résultat (dosage des BNP supérieur à 100 ng/L ou dosage des NT-proBNP supérieur à 500 ng/L, le médecin généraliste demande une télé-expertise auprès du cardiologue avec l'ECG.
- Convocation rapide du patient par le cardiologue pour examen d'évaluation et exploration(s) fonctionnelle(s) (Ex : échocardiographie) pour confirmation du diagnostic



La déclaration d'ALD est effectuée par le médecin traitant afin que les soins remboursables liés à la pathologie soient pris en charge à 100% par l'Assurance maladie : ALD Insuffisance cardiaque.

2.2 Le Parcours de soins IC post hospitalisation



→ Historique de la démarche et son état d'avancement

2019

Sur la base d'une analyse des besoins du territoire, souhait de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) **d'expérimenter un parcours de soins de l'insuffisance cardiaque** basé sur les recommandations HAS et du CNP* de Cardiologie

- Identification de la CPTS du Roannais comme pilote
- Création d'un **Comité de Pilotage IC** composé de représentants de la CPTS(7), cardiologues de ville et hospitaliers, d'infirmiers libéraux, médecins généralistes, IDEC Parcours, référent qualité)

2020

Co-construction du parcours de soins IC avec l'ensemble des partenaires

- Formalisation du protocole de suivi de l'insuffisance cardiaque en retour d'hospitalisation ① Cf. Fiche 1
- Définition d'une action de formation IC à destination des IDEL (Dr DE SAUNIÈRE Irina)
- Signature d'une convention tripartite CPTS/CH Roanne / CPAM (PRADO) ① Cf. Fiche 2
- Information des acteurs du territoire
- Collaboration avec le GCS SARA (GRADeS)* pour la sélection des outils numériques en santé (Messagerie sécurisés, portail d'accès aux applications de e-santé)

Évaluation de l'avancement du projet avec 2 COPIl/an

2021

Déploiement du parcours de soins IC

- Nomination d'une IDEC référent « parcours » ① Cf. Fiche 3
- Lancement d'une campagne de communication ① Cf. Fiche 4
- Formation « IC » des professionnels du territoire par un cardiologue libéral (6 formations/an)
- Formation aux outils numériques avec le GCS SARA (Messagerie sécurisée, E-parcours) : 3 sessions de formation /an avec CPAM.

2022

Poursuite du déploiement du parcours et réalisation d'un audit qualité visant à évaluer le dispositif en place. Identification des axes d'amélioration (création d'un logigramme du parcours, instauration d'un arbre décisionnel pour les décompensations à domicile, fiche de surveillance IDEL, numérisation du suivi des patients avec CERTIPAIR...).

2023

Renforcement des compétences de l'IDEC

- Réalisation d'un DIU coordination et construction de parcours de santé

Réalisation d'un nouvel audit d'évaluation du parcours (augmentation du nombre de sessions de formation proposées aux professionnels)

* Collège National Professionnel (CNP)

* Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADeS)

Cette démarche a fait l'objet d'une fiche action partagée avec l'ARS

① Cf. Fiche 5

→ Le parcours de soins IC post hospitalisation, étape par étape



Décision de sortie
Pré-inclusion

Patient IC en sortie d'hospitalisation pour décompensation cardiaque ou pour découverte de la maladie

-  Recueil du consentement du patient ou de son représentant légal pour l'intégration dans le parcours de soins IC
-  Patient éligible PRADO - Recueil de son cercle de soins habituel et prise de contact avec le PRADO IC
-  Information à la CPTS au plus tard le jour de la sortie d'hospitalisation



 Transmission du dossier de liaison



- La feuille d'identité du patient et ses coordonnées
- Le compte rendu d'hospitalisation avec à minima le diagnostic de sortie et le traitement de sortie
- La fiche de liaison infirmière (données du suivi infirmier)
- L'ordonnance de bilan sanguin
- Les ordonnances de suivi infirmier
- La fiche de suivi individualisée, établie selon le protocole Insuffisance Cardiaque de la CPTS
- La fiche de consentement signée par le patient (ou son représentant légal)

 Cf. Fiche 6

 Patient non éligible PRADO



Inclusion

IDE coordinatrice CPTS

-  Création d'une fiche d'inclusion
-  Création d'une équipe de soins pluriprofessionnelle en charge du suivi du patient
-  Information des professionnels de santé et transmission du dossier de liaison
-  Si nécessaire, échanges avec les professionnels de santé pour la coordination du retour à domicile

 Cf. Fiche 7



 Patient éligible PRADO



l'Assurance Maladie



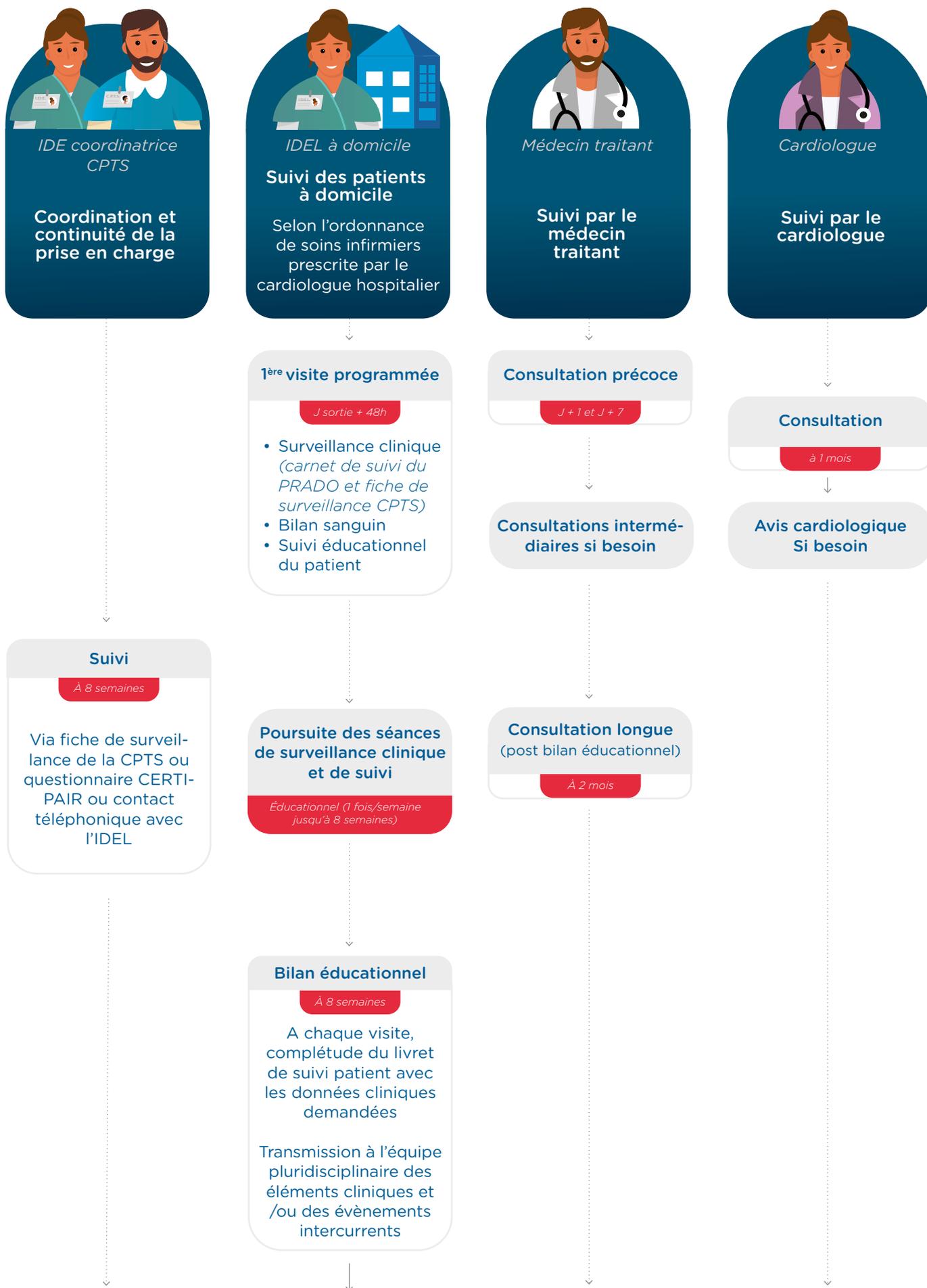
Prado
Le service de retour à domicile

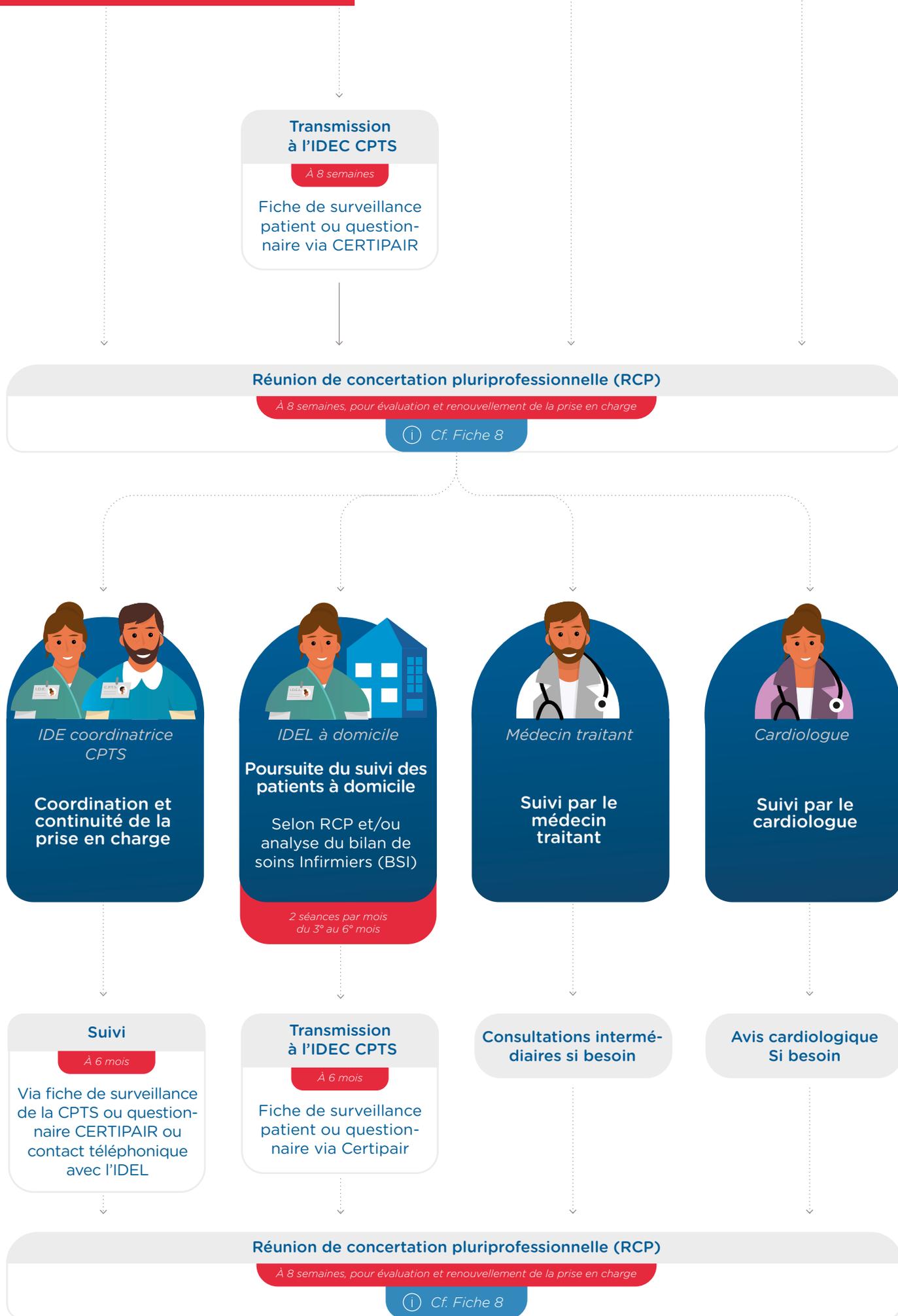
-  Demande d'intégration du patient dans le dispositif de parcours de la CPTS
-  Organisation conjointement la prise en charge, selon les modalités fixées en amont entre les deux parties.
(Le PRADO gère la prise de RDV avec l'IDEL à 48 heures post-hospitalisation, le MT à 8 jours, le cardiologue dans les 2 mois)

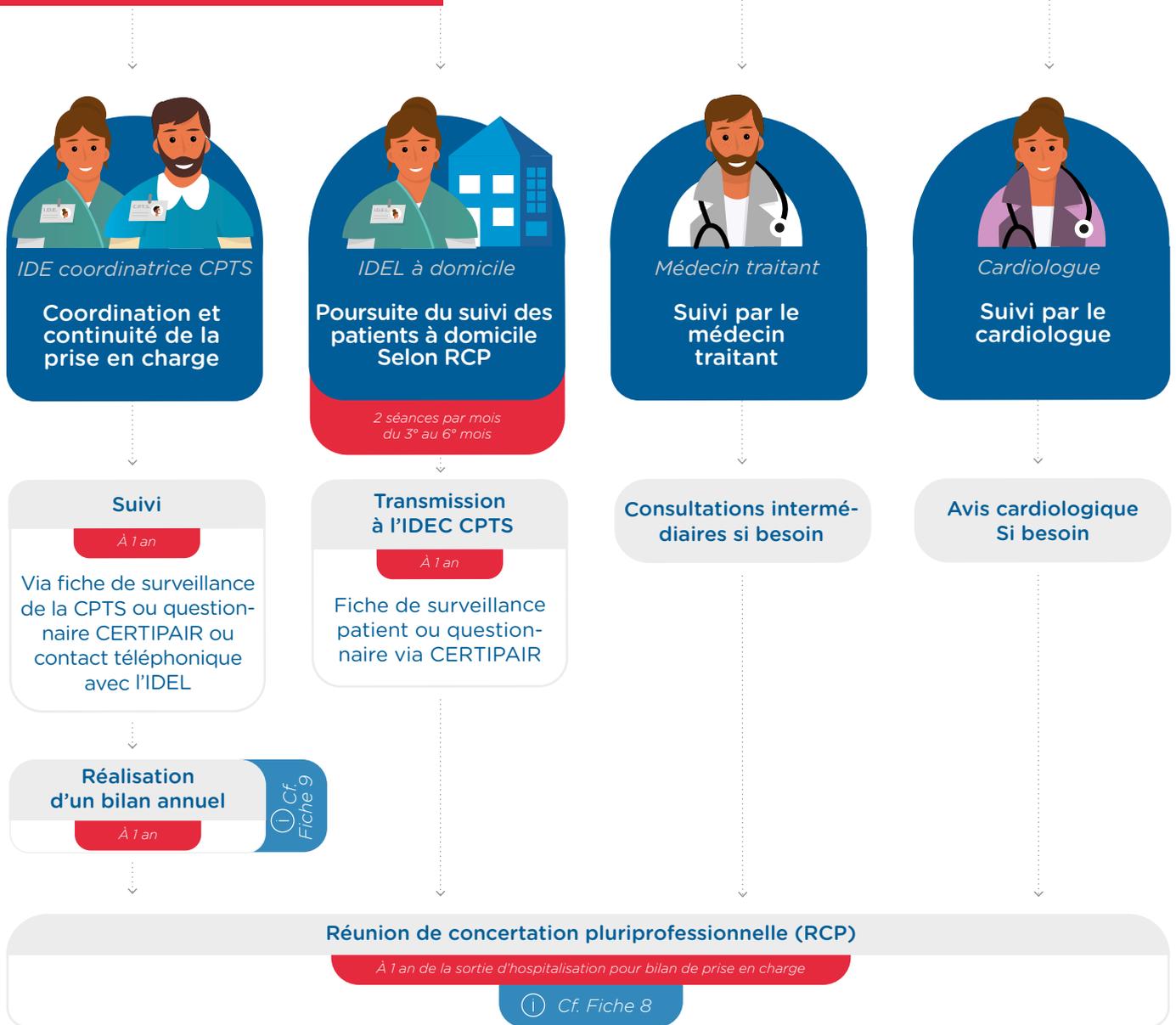


Messagerie sécurisée (MSS)

Suite du parcours de soins IC post hospitalisation, étape par étape







Date fin du dispositif du PRADO : 8 semaines post hospitalisation avec possibilité de renouvellement de 7 séances supplémentaires de surveillance dans le cadre du PRADO (uniquement pour les patients NYHA 3 ou 4). Lorsque la prise en charge avec le PRADO se termine, le suivi du patient est maintenu si le médecin traitant, le cardiologue et l'IDEL en charge du patient le jugent nécessaire.



Chaque suspicion de poussée d'IC est assortie d'un bilan biologique prescrit par le médecin traitant et donne lieu à un signalement au cardiologue en charge du suivi du patient. 

Dans le cas d'une aggravation significative de l'état de santé du patient, nécessitant une modification des modalités du suivi, une information est donnée à tous les professionnels du cercle de soins du patient. 

Dans le cas d'une réhospitalisation, tous les éléments du suivi intégrés dans le dossier e-parcours sont communiqués au service hospitalier en charge du patient. Dans ce cas, le patient est maintenu dans le protocole du parcours afin de reprendre le suivi à son retour à domicile.

Cf. Protocole de suivi de l'insuffisance cardiaque en retour d'hospitalisation

① Cf. Fiche 1

→ Le rôle et les missions de l'IDE Coordinatrice

L'IDE coordonne le parcours de soins entre l'usager, ses proches et les professionnels à différentes étapes du parcours. Elle accompagne les professionnels de santé à mettre en place le projet de soins du patient. Voici la fiche de mission construite par la CPTS.



Intitulé du poste : IDE Coordinatrice de parcours

► **Statut :** Cadre

► **Grade :** Infirmière de parcours

► **Relations fonctionnelles du poste :**

Coordinatrice administrative CPTS, assistante administrative, assistante de direction, chargée de communication, différents prestataires tels que référent informatique, qualité, consultants... étudiants en contrat de formation et/ou professionnalisation...

► **Compétences requises pour le poste :**

- Savoirs : Diplôme d'état infirmière, formation complémentaire en parcours (type Diplôme inter- universitaire en parcours de santé), expérience de terrain significative notamment en exercice coordonné. Connaissance de la politique de santé et de son mode organisationnel. Connaissance du mode d'exercice libéral est un plus. Maîtrise de la démarche projet.
- Savoir- Faire : Piloter des projets, constituer des comités de pilotage, manager une équipe pluridisciplinaire. Travailler en réseau. Avoir des capacités rédactionnelles.
- Savoir être : travailler en équipe, être force de proposition, avoir le sens de l'écoute, de la négociation, de la communication. Avoir des capacités relationnelles.

► **Formation(s) requise(s) :**

- Formations obligatoires : diplôme d'état d'infirmière
- Niveau d'études requis : supérieur
- Diplômes souhaités : universitaire
- Être titulaire du Permis : B

► **Missions :**

- Participer au bon déroulement du parcours patient en fonction du chemin clinique dans lequel il a été inclus.
- Coordonner la prise en charge en respectant les bonnes pratiques.
- Faciliter la coordination des soins.
- Evaluer, analyser, réajuster les écarts.
- Compiler les données et en assurer la traçabilité.
- Organiser l'adhésion des différents professionnels de santé participant aux parcours de soins.
- Faciliter la circulation de l'information.
- Adapter la réponse aux besoins de la population, des professionnels du territoire de santé.
- Enrichir le système d'information.
- Formaliser des démarches éducatives.
- Concourir à la démarche qualité.
- Structurer la communication et en assurer le suivi ainsi que son efficacité.
- Piloter le projet de santé sur les missions parcours, prévention, accompagnement des professionnels de santé, gestion de crises sanitaires, qualité et pertinence, accès aux soins.

► **Conditions de travail, contraintes du poste :**

- Temps de travail : 35H/semaine
- Horaires : variables
- Disponibilités sur des horaires étendus, déplacements requis, organisation libre du temps de travail.
- Participation à des réunions en soirée.

► **A savoir :**

- La rémunération de l'IDEC s'élève à 3200 € brut par mois.
- Pour une file active de 200 patients IC, le temps IDEC est de 1 E.T.P.

→ Les outils de coordination

Pour mettre en œuvre ce parcours de soins IC, la CPTS s'est appuyée sur plusieurs outils numériques apportés par le GRADES GCS SARA (Cf. Encart)

Les échanges interprofessionnels s'effectuent exclusivement par le biais de la Messagerie Sécurisée MonSisra. Tous les Professionnels de Santé sont invités à créer leur espace professionnel et à utiliser cet outil de communication efficace et sécurisé.

Exemple de bouquets de service proposés par le GRADES, GCS SARA



→ GRADeS ou Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé

Dans chaque région, les GRADeS mettent à disposition des acteurs de santé, un bouquet de services numériques sécurisés, permettant d'améliorer la coordination des soins et la prise en charge des patients et usagers. Ces services, gratuits, sont développés sous l'égide de l'ARS, en cohérence avec la feuille de route nationale du numérique en santé et les priorités du Ségur.

Selon ma région, je contacte :

- GCSSara (Auvergne-Rhône-Alpes)
- E-santé Pays de la Loire (Pays de la Loire)
- GCS e-Santé Bretagne
- E-Santé Centre-Val de Loire (Centre-Val de Loire)
- Pulsy (Grand Est)
- Sant& Numérique Hauts-de-France (Hauts-de-France)
- GIP SESAN (Ile de France)
- Normand'e-santé (Normandie)
- ESEA (Nouvelle-Aquitaine)
- E-santé Occitanie (Occitanie)
- E-santé Pays de la Loire (Pays de la Loire)
- ieSS (Provence-Alpes-Côte d'Azur)



→ L'évaluation du parcours

Les indicateurs retenus par la CPTS sont les suivants :

Indicateurs de résultat

- Nombre de patients inclus,
- Nombre de Professionnels de Santé (PS) formés,
- Taux de réhospitalisation dans les 6 mois

Indicateurs de suivi

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



Dans le cadre de sa démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (mission "qualité et pertinence" de la CPTS), la CPTS Roanne Défi et Santé a organisé un Audit Qualité du parcours de Soins Insuffisance Cardiaque.

Les objectifs de cet audit étant :

- D'évaluer le déploiement du parcours dans ses dimensions médicales et médico-économique
- De définir les axes d'amélioration
- Et de mettre en œuvre les mesures correctrices nécessaires

Pour cela, les principaux indicateurs retenus sont :

- Le nombre de patients inclus dans le parcours de soins IC
- Le nombre de patients exclus du parcours et la motivation (Non éligible, refus du patient, oubli du service, absence de professionnel libéral disponible)
- Le nombre de sorties du parcours de soins IC
- Le taux de mortalité
- Le nombre de professionnels de santé formés à la prise en charge de l'IC
- Le taux de réhospitalisation dans les 6 mois

Sur le plan qualitatif, les éléments évalués sont :

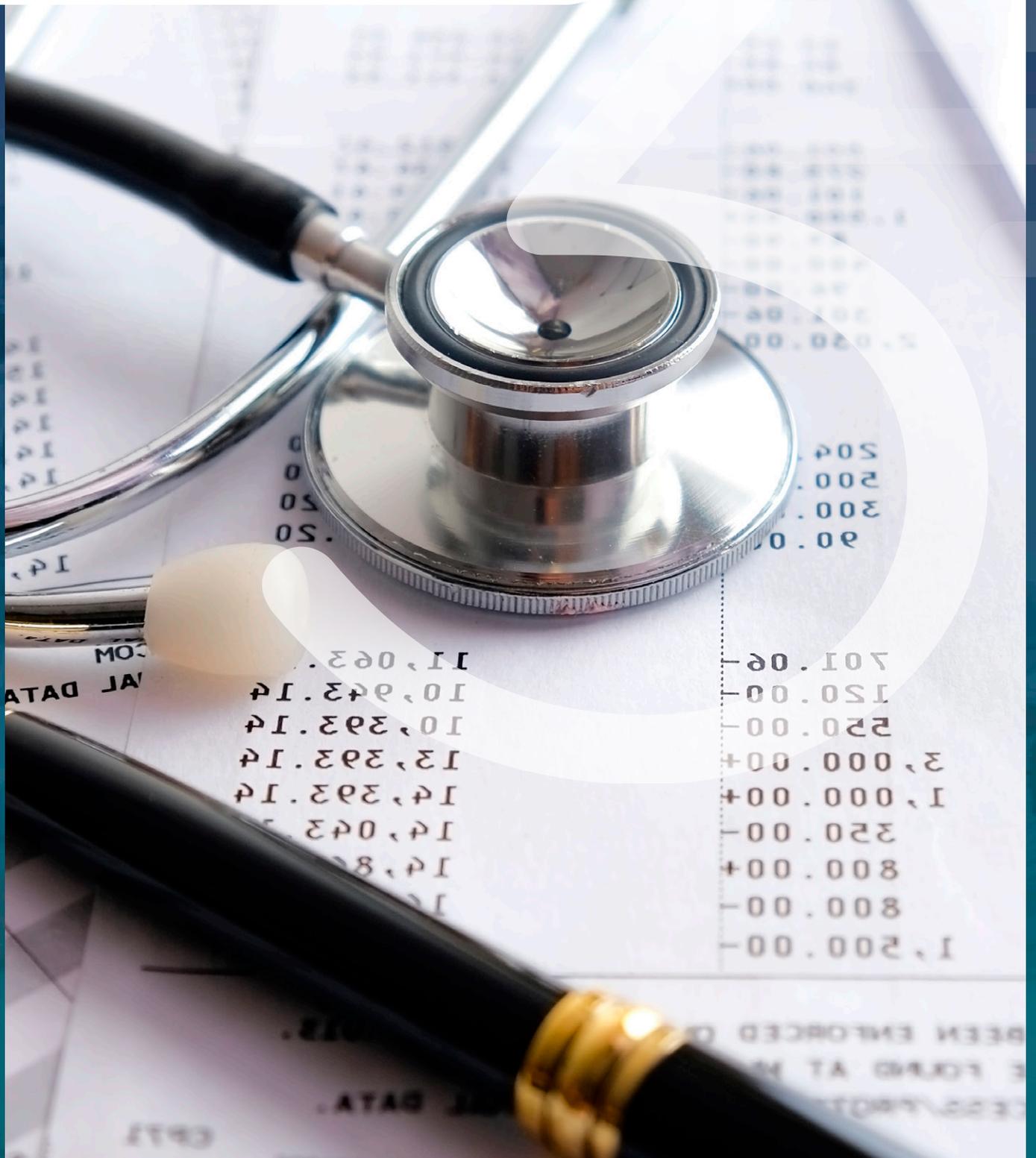
- **La qualité de la formation et son impact sur l'exercice des professionnels**
Questionnaire d'évaluation de la formation
 - Taux de satisfaction des participants
 - Adéquation de la formation aux attentes
- **La plus-value du parcours de soins IC et sa conformité**
Questionnaire d'évaluation de la plus-value du parcours de soins IC

① Cf. Fiche 10

① Cf. Fiche 11

Ces données sont complétées par **une analyse rétrospective des fiches de bilan de fins de parcours** permettant de s'assurer de la conformité du process mis en place. (éligibilité des patients, identité, disponibilité des informations, délais) →

Le modèle économique



Le financement de ce projet « parcours IC » est assuré par la CPTS dans le cadre de sa mission 2 : Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient. Mission financée par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI).

→ Le budget se répartit de la manière suivante :



	Montant Annuel €
• Équipe de la CPTS :	
- 1 E.T.P. d'IDEC	58 400 €
- 0,1 ETP temps administratif	8 400 €
- 0,1 E.T.P. Chargé de communication	3 500 €
- Référent qualité (audit qualité - 15h/an)	900 €
- Rémunération des professionnels de santé (COFIL 2/an - 4h)	60 € /h par professionnel
- Cardiologue formateur	250 € par session de formation
• Autres dépenses	
- Frais d'impression/ location de salle	200 €
- Abonnement CERTIPAIR	1 440 €

	Montant Annuel €
• Financement	
- Financement mission 2 ACI	22 500 €
- Part variable en fonction de l'atteinte d'objectifs traduits sous la forme d'indicateurs. Cf. chapitre évaluation	22 500 €

Témoignages



→ Témoignages projet CARIC

Vincent PEREIRA
IPA EHPAD DES TILLEULS
Saint-Symphorien-de-Lay
et Régny
→



<https://vimeo.com/923278268>

Irina et Olivier
DE SAUNIERE
Cardiologues
→



<https://vimeo.com/923276547>



Dr Anne BARRAU
Médecin généraliste ayant
fait partie de la MSP de
Saint Symphorien de Lay
←



<https://vimeo.com/923276096>

Dr Charles BOURQUIN
Médecin généraliste au
sein de la MSP
Mulsant-Senteurs à
Roanne
←



<https://vimeo.com/923273478>

→ Témoignages projet PARCOURS IC

Dr Marie levallois
Cheffe de service de
cardiologie du CH
de Roanne
→



<https://vimeo.com/923278160>

Emmanuelle
OLLIER
IDE Coordinateur
de la CPTS
→



<https://vimeo.com/923278202>

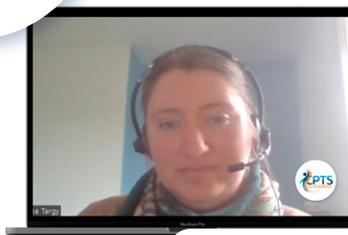


Mmes DUCREUX,
MAREL, DUBOST,
MOSTAPE GARCIA
Conseillères PRADO
CPAM Loire
←



<https://vimeo.com/923275057>

Mme LAFARGUE
Animatrice territoriale
Loire - Référente
ViaPatient ARA du
GCS Sara
←



<https://vimeo.com/923278104>

La boîte à outils

Fiche A - Protocole pluriprofessionnel (MSP - cardiologues) _____	p29-31
Fiche B - Plaquette du programme d'éducation thérapeutique des Dr DE SAUNIERE _____	p32-33
Fiche 1 - Protocole de suivi de l'insuffisance cardiaque en retour d'hospitalisation _____	p34-43
Fiche 2 - Convention de partenariat entre la CPTS Roannais Défi Santé et le CH de Roanne (Modèle) _____	p44-46
Fiche 3 - Affiche à destination du grand public pour les futures campagnes d'information et de prévention _____	p47
Fiche 4 - Formation des professionnels _____	p48
Fiche 5 - Fiche action parcours Insuffisance Cardiaque : exemple _____	p49
Fiche 6 - Formulaire de consentement patient ou son représentant légal _____	p50
Fiche 7 - Support d'inclusion du patient dans le parcours de soins IC _____	p51
Fiche 8 - Exemples de fiches RCP à 8 semaines, à 6 mois, à 1 an _____	p52-54
Fiche 9 - Bilan annuel de prise en charge établi par l'IDE de coordination _____	p55
Fiche 10 - Questionnaire d'évaluation de la formation _____	p56
Fiche 11 - Questionnaire d'évaluation de la valeur ajoutée du parcours de soins IC _____	p57-58

PROTOCOLE N°..... Diagnostic précoce de l'IC

Structure
Nom de votre organisation
Date de création
À compléter
Date de validation
À compléter
Fréquence prévue d'actualisation

Annuellement

Référents / Spécialité
À compléter
**Population cible/
Patientèle**

 Patients suivis par les médecins généralistes de la MSP *[nom à compléter]* sans cardiologue traitant ou suivi au cabinet

- Patients présentant des symptômes évocateurs (EPOF),
- Personnes > 80 ans avec facteurs de risques

**Professionnels
de santé impliqués**

- Médecin généraliste (MT)
- Cardiologue
- Infirmier Diplômé d'Etat en Libéral (IDEL)
- IDE Asalée
- IPA
- Pharmacien
- Biologiste

Objectifs généraux

- Éviter le recours aux urgences et à l'hospitalisation avec :
 - Un dépistage précoce des patients présentant une Insuffisance cardiaque (IC), à un stade de sévérité peu avancé.
 - Un repérage rapide des signes de décompensations de l'IC
- Proposer un parcours « patient IC » multidisciplinaire, en fonction de la complexité des symptômes et du degré de sévérité de la maladie.
- Améliorer la qualité des soins pour ces patients

**Objectifs
opérationnels**

Proposer un parcours de prise en charge gradué entre équipes de soins primaires et cardiologues libéraux permettant :

- Un dépistage et une prise en charge précoces de l'IC, de ses complications et des comorbidités
- Une diminution des délais de prise en charge par les cardiologues
- La définition et la mise en œuvre d'un plan de soins global et personnalisé
- L'instauration d'une surveillance coordonnée

Fiche
n°A

Protocole pluriprofessionnel (MSP – cardiologues)

ANNEXES - FICHE n°A

Centre Ambulatoire Roannais d'IC

Parcours IC sur le territoire Roannais

Déroulé
de la prise
en chargeEquipe soins
primaires
MG, IDEL, IDE
Asalée, ...

1. Repérage de patients pauci symptomatiques à risque ou de patients porteurs de symptômes évocateurs de décompensation d'IC (EPOF, asthénie inhabituelle, dyspnée et orthopnée, palpitations, prise de poids importants rapide, œdèmes des membres inférieurs)
2. Orientation des patients vers le médecin traitant ou IDE Asalée par délégation

Médecin
généraliste

- 1bis. Dépistage systématique des patients de plus de 80 ans et porteurs des pathologies suivantes : HTA, diabète, BPCO, Insuffisance rénale chronique, maladie coronarienne, valvulopathie ou trouble du rythme.

Médecin
généraliste /
IDE Asalée

3. Prise des constantes, prescription des examens biologiques (BNP ou NT-proBNP) et réalisation d'un ECG
4. Selon le résultat (dosage des BNP supérieur à 100 ng/L ou dosage des NT-proBNP supérieur à 500 ng/L), demande d'une télé expertise auprès du cardiologue avec l'ECG. (joindre les résultats d'examens biologiques)

Cardiologue

5. Convocation rapide du patient
6. Réalisation d'un examen d'évaluation et d'exploration(s) fonctionnelle(s) (Ex : échocardiographie) pour confirmation du diagnostic

Médecin
généraliste

7. Si confirmation du diagnostic : déclaration d'ALD afin que les soins remboursables liés à la pathologie soient pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie : ALD insuffisance cardiaque. Il est utile de demander cette reconnaissance ALD même si le patient bénéficie déjà d'une ALD pour une autre pathologie

Cardiologue

- 7bis. Détermination du degré de sévérité de la pathologie ; annonce du diagnostic au patient et détermination des modalités de suivi avec le patient. (plan global de soins). Le degré de sévérité de la maladie et la présence ou non d'IPA de proximité permet de déterminer la fréquence des consultations entre le médecin traitant, l'IDE, l'IPA, et le cardiologue.
8. Mise en place des traitements pharmacologiques et non médicamenteux dont ETP

Cardiologue /
médecin
généraliste /
IPA

9. Suivi du patient selon les fréquences actées dans le plan global de soins.

Fiche n°A

Protocole pluriprofessionnel (MSP – cardiologues)

Liste des sources documentaires ou références

« Diagnostic et prise en charge de l'insuffisance cardiaque aiguë et chronique » - Recommandations HAS 2014 / ESC 2021.

Site Ameli :

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/pathologies-cardio-vasculaires/prise-charge-suivi/memo-detection-suivi-insuffisance-cardiaque>

Listes des documents / outils associés

Ordonnance type d'examen biologique (paramétrable dans les logiciels métiers des médecins généralistes).

Ouverture d'un compte sur la plateforme de télé-expertise sélectionnée.

Lieu de consultation du protocole

À préciser

Indicateurs d'évaluation

- Nombre de patients IC dépistés (Prise en charge)
- Délai moyen de prise en charge des patients par le cardiologue
- Taux de satisfaction des médecins généralistes

Mode de validation du protocole

À préciser

« BIEN VIVRE MON INSUFFISANCE CARDIAQUE »

Programme dédié aux patients insuffisants cardiaques et
leurs proches



« Je me prends
en main, j'en
parle à mon
médecin ! »

Pour adhérer au programme,
parlez-en à votre médecin
traitant ou votre cardiologue !

Les ateliers se déroulent ici !

Roannais maison du cœur

Cabinet de Cardiologie de Saunière

109 Rue Henri Berthaud

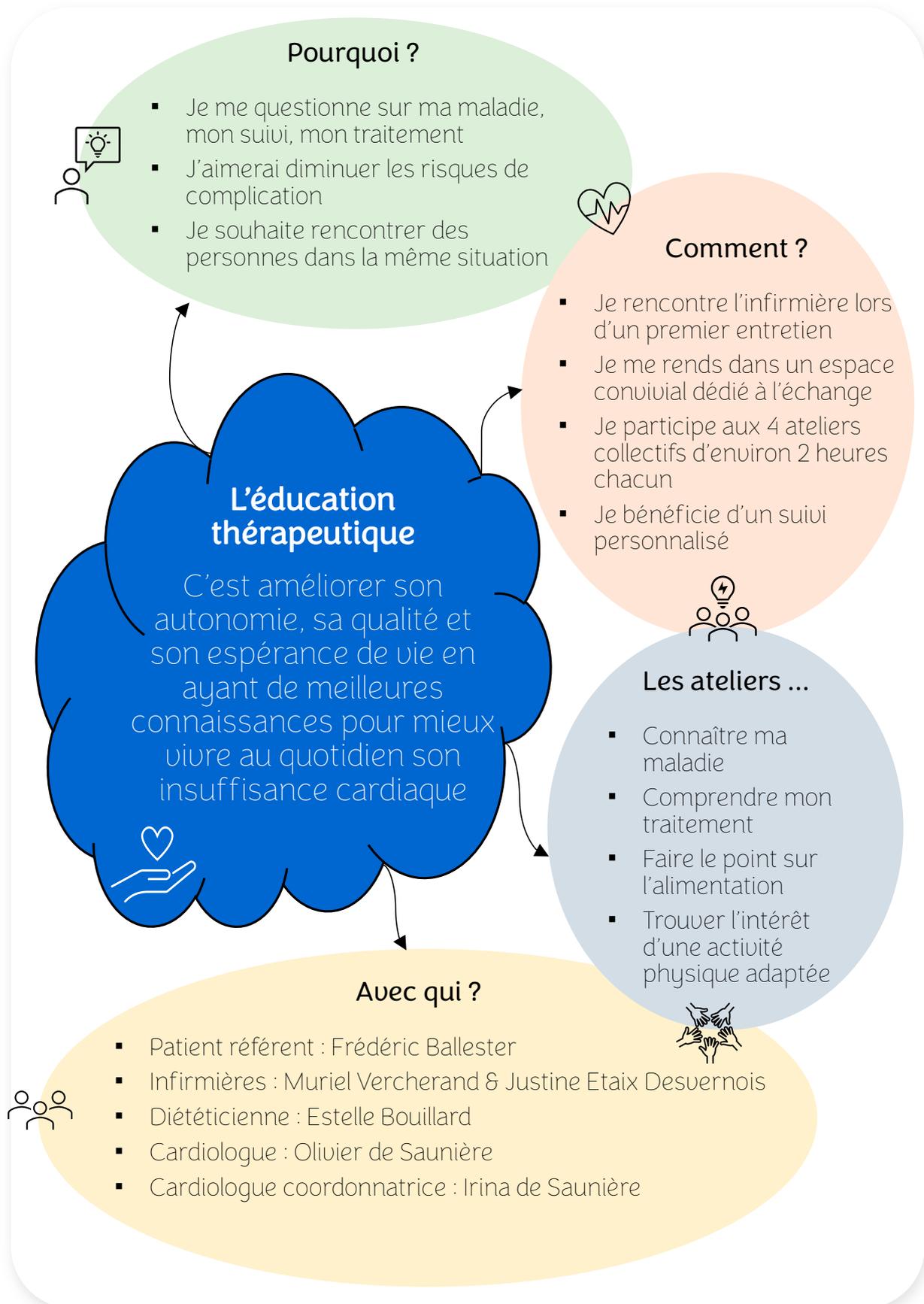
42153 Riorges

04 77 44 90 50

secretariat@cardiologiedesauniere.fr



Programme d'éducation
thérapeutique validé et
financé par l'ARS

Fiche
n°BPlaquette du programme d'éducation thérapeutique
des Drs DE SAUNIÈRE

PROTOCOLE DE SUIVI DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN RETOUR D'HOSPITALISATION

1 Le patient, hospitalisé à la suite d'une décompensation cardiaque pourra bénéficier, avec son accord, des éléments de suivi exposés ci-après à son retour à domicile :

- Visite hebdomadaire d'un(e) infirmier(ère) libéral(e) en systématique, sous forme de surveillance clinique et soins infirmiers techniques éventuels. La fréquence des visites pourra être augmentée ou diminuée selon l'évaluation initiale et/ou l'évolution du suivi, en accord avec le médecin référent.
- Consultation avec son médecin traitant dans les 15 jours qui suivent sa sortie d'hospitalisation.
- Consultation avec son(sa) cardiologue ou dans le service de cardiologie hospitalier dans le mois qui suit sa sortie d'hospitalisation.
- Séances d'éducation thérapeutique au sein de programmes dédiés.
- Suivi de réadaptation cardiaque, activité physique adaptée sur prescription médicale.
- Si les conditions matérielles sont réunies, des actes de télémédecine et/ou télé-expertise pourront lui être proposés, avec l'accompagnement de l'infirmier(ère) libéral(e) à son domicile ou dans un cabinet dédié. Ces actes pourront être réalisés à sa demande, ou à la demande de l'un des professionnels de santé assurant son suivi.
- Si sa prise en charge doit mettre en relation un réseau d'intervenants à domicile, le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) pourra intervenir en appui de coordination.

2 L'intégration du patient dans le parcours repose sur différents éléments :

- L'information à la CPTS et la transmission des éléments nécessaires à sa prise en charge au plus tard la veille de la sortie d'hospitalisation.
- La création d'une équipe de soins pluriprofessionnelle en charge du suivi du patient au moyen d'un outil de messagerie sécurisée (Mon SISRA).
- La collaboration avec le dispositif PRADO pour la coordination de la prise en charge du patient à son retour à domicile si nécessaire et/ou applicable.
- La mise en œuvre rapide du suivi et la programmation des rendez-vous auprès des différents professionnels de santé dès sa sortie.
- La formalisation d'un dossier de liaison complet, transmis au patient à sa sortie d'hospitalisation et communiqué aux différents professionnels de santé en charge du patient. La transmission du dossier médical s'effectuera par messagerie sécurisée (Mon SISRA)

L'accord du patient sera systématiquement recherché, après information éclairée, pour permettre la transmission de ses données médicales aux différents intervenants en soin et à l'infirmière de parcours de la CPTS. Une fiche de consentement sera signée par le patient (ou son représentant légal) et incluse dans son dossier de liaison.



Fiche n°1

Protocole de suivi de l'insuffisance cardiaque en retour d'hospitalisation

3

En pratique : le protocole est enclenché lorsque le patient est hospitalisé et une date de sortie est envisagée.



Le PRADO est sollicité et le patient est éligible

Le protocole habituel est suivi pour coordonner le retour à domicile. Le PRADO procède à la demande d'intégration du patient dans le dispositif de parcours de la CPTS et organise conjointement la prise en charge, selon les modalités fixées en amont entre les deux parties. L'infirmière de parcours de la CPTS crée une équipe de soins au moyen de l'outil « Mes Patients » et organise avec le service où le patient est hospitalisé la transmission du dossier de liaison par messagerie sécurisée.



Le patient n'est pas éligible au PRADO ou le PRADO n'est pas sollicité

Le référent hospitalier réunit les éléments nécessaires à la sortie du patient et recueille son consentement pour son intégration au sein du parcours. L'infirmière de parcours de la CPTS est ensuite contactée au plus tard le jour de la sortie pour organiser le retour à domicile du patient, via messagerie sécurisée.

Dans tout les cas :



Le dossier de liaison est remis au patient

Les éléments nécessaires sont :

- La feuille d'identité du patient et ses coordonnées
- Le compte rendu d'hospitalisation, où doivent apparaître à minima le diagnostic de sortie et le traitement de sortie
- La fiche de liaison infirmière dans lequel apparaissent les données du suivi infirmier
- L'ordonnance de bilan sanguin, datée et signée par le cardiologue ou médecin du service (document type inclus dans le protocole)
- Les ordonnances de suivi infirmier, comprenant les soins prescrits, leur périodicité et la durée de validité. Une ordonnance type de soins infirmiers est établie pour la prise en charge PRADO (cf annexe)

- Le livret de suivi individualisé, établie selon le protocole Insuffisance Cardiaque de la CPTS
- La fiche de consentement signée par le patient (ou son représentant légal)



Envoi du dossier du patient via messagerie sécurisée

Les éléments du dossier, dématérialisés, sont transmis par Mon SISRA à l'infirmière de parcours de la CPTS, qui les communique aux différents professionnels de santé, identifiés par le patient et/ou son entourage. Si le patient n'a pas de suivi habituel, elle se mettra en relation avec lui pour planifier les rendez-vous de suivi.

Éléments du dossier à transmettre via messagerie sécurisée :

- Le compte rendu d'hospitalisation, où doivent apparaître à minima le diagnostic de sortie et le traitement de sortie
- L'ordonnance de bilan sanguin, datée et signée par le cardiologue ou le médecin du service (document type inclus dans le protocole)
- Les ordonnances de suivi infirmier, comprenant les soins prescrits, leur périodicité et la durée de validité. Une demande de soins infirmiers y est jointe pour permettre la surveillance clinique hebdomadaire du patient (hormis dans le cadre du PRADO)



Suivi coordonné du patient

Formation pluriprofessionnelle :

Une formation spécifique est dispensée dans les différents secteurs du territoire de la CPTS Roannais Défi Santé. Cette formation s'adresse à tous les professionnels de santé intervenant dans le suivi de l'insuffisance cardiaque. Cette formation est proposée gratuitement par la CPTS et ouverte à tous les professionnels de santé. Le Dr Irina DE SAUNIERE, cardiologue de Roanne, assure cette formation sur tout le territoire. Vigilance : Seules les formations labellisées DPC permettent de justifier la cotation de la surveillance clinique hebdomadaire par l'IDEL.

PRADO : Le PRADO intervient selon les modalités décrites ci-après :



CONTINUITÉ ET PÉRIODICITÉ DES SOINS

La 1^{re} consultation du médecin et la 1^{re} séance à domicile de l'infirmier(e) ont lieu dans les 7 jours suivant la sortie d'hospitalisation. À l'issue de sa 1^{re} consultation, le médecin décide de la périodicité de ses consultations et de la nécessité d'avis cardiologique(s) supplémentaire(s). Il réalise par ailleurs une consultation longue 2 mois après le retour à domicile.

L'infirmier(e), pour sa part, se rend au domicile du patient une fois par semaine pendant 2 mois. Pour les patients en stade III et IV de la NYHA^[3] à l'issue des 2 mois, elle poursuit ses séances 2 fois par mois jusqu'au 6^e mois.

LE MÉDECIN TRAITANT	L'INFIRMIÈR(E) FORMÉ(E) AU SUIVI DU PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE
<p>Coordination des professionnels de santé dans une approche globale</p>	<p>Surveillance clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> pression artérielle, poids, fréquence cardiaque, respiration identification des signes d'alerte : prise de poids, œdème, dyspnée, toux
<p>Évaluation clinique</p>	<p>Éducation du patient et son entourage (échanges et écoute pour encourager chez le patient) :</p> <ul style="list-style-type: none"> le suivi des règles hygiéno-diététiques l'observance et la gestion du traitement l'autonomie et l'implication par l'auto-surveillance (poids...) la détection et gestion des signes de décompensation une activité physique adaptée
<p>Adaptation thérapeutique</p> <p>Si insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection $\leq 40\%$:</p> <ul style="list-style-type: none"> titration IEC jusqu'à la dose maximale tolérée, avec surveillance biologique et clinique <p>En cas de difficultés d'adaptation des IEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> avis du cardiologue <p>Pour la titration des bêtabloquants et pour les traitements antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes, ARA II associés aux IEC, dispositifs implantables... :</p> <ul style="list-style-type: none"> avis du cardiologue <p>Si signe(s) de rétention :</p> <ul style="list-style-type: none"> nouvelle prescription de diurétiques à adapter aux signes congestifs <p>Traitements des causes déclenchantes.</p> <p>En cas de fibrillation auriculaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> anticoagulation efficace et avis du cardiologue 	
<p>Vaccination antigrippale tous les ans et vaccination antipneumococcique</p>	
PHARMACIEN(NE) D'OFFICINE	CARDIOLOGUE
<p>Il/elle est informé(e) de la sortie du patient. Il/elle délivre les médicaments et les dispositifs médicaux, repère le risque d'événement indésirable médicamenteux et alerte le médecin traitant en cas de besoin.</p> <p>Si nécessaire, il/elle réalise sur préconisation de l'équipe médicale hospitalière :</p> <ul style="list-style-type: none"> une dispensation de médicaments à domicile et/ou un accompagnement pharmaceutique 	<p>Adaptation du plan d'action en cas d'aggravation aiguë, en lien avec le médecin traitant.</p> <p>Consultation un mois après la fin de l'hospitalisation.</p> <p>Avis spécialisé lors de situations à risque le nécessitant.</p>

Retour à domicile après hospitalisation pour décompensation cardiaque

2_

Fiche n°1

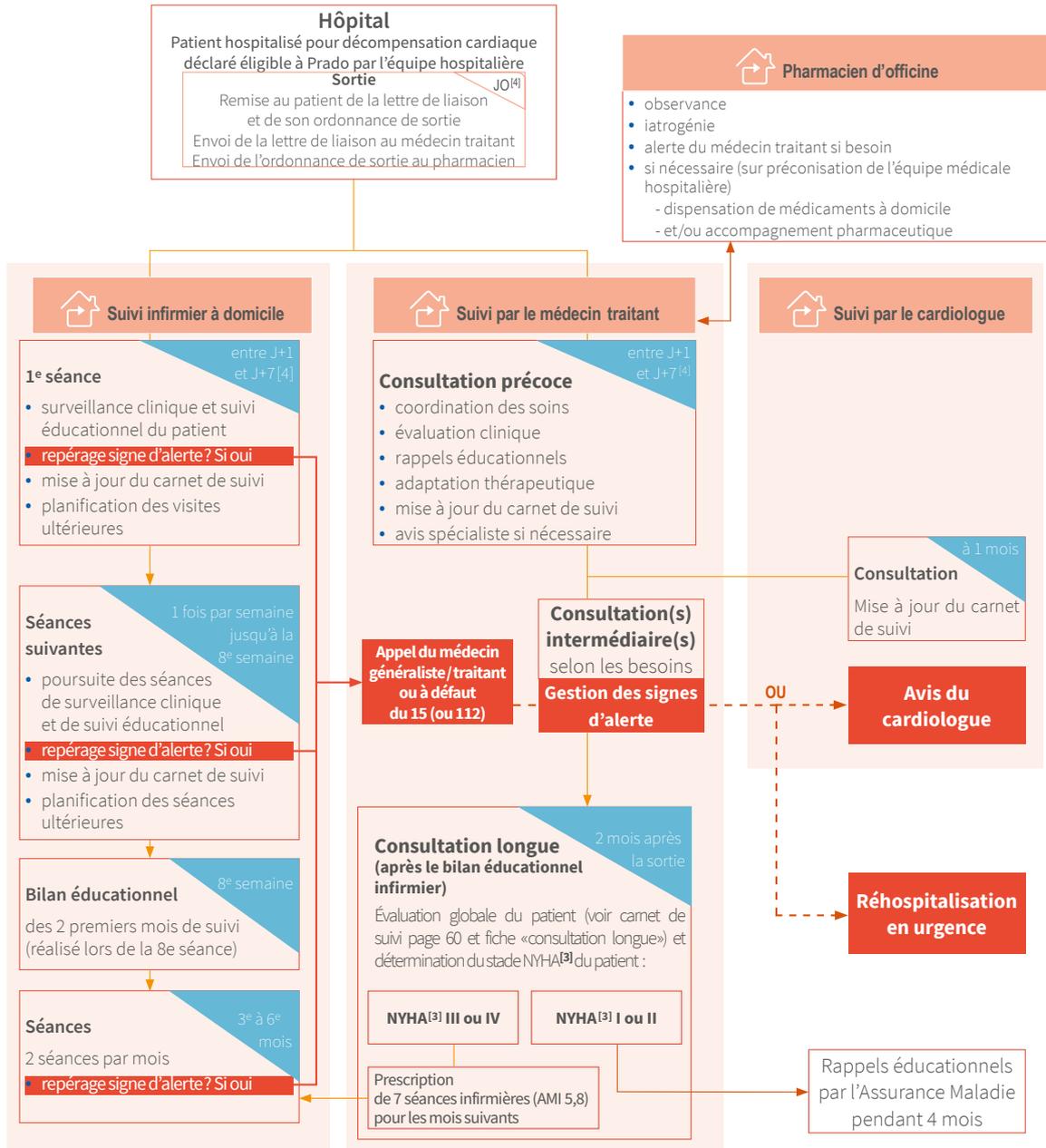
Protocole de suivi de l'insuffisance cardiaque en retour d'hospitalisation

ANNEXES - FICHE n°1

Le Parcours de soins IC post hospitalisation

Parcours IC sur le territoire Roannais

ARTICULATION DES CONSULTATIONS ET VISITES AUTOUR DU PATIENT



Sources :

HAS, Guide du parcours de soins, Insuffisance cardiaque, juin 2014.

ESC, Guideline for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, 2021.

^[1] SFC : Société française de cardiologie.

^[2] Haute autorité de santé (www.has-sante.fr).

^[3] NYHA : Classification de l'insuffisance cardiaque par la New-York Heart Association :

- stade NYHA I : pas de symptôme ni de limitation de l'activité physique ordinaire;

- stade NYHA II : limitation modeste de l'activité physique = à l'aise au repos mais l'activité ordinaire entraîne une fatigue, des palpitations, une dyspnée;

- stade NYHA III : réduction marquée de l'activité physique = à l'aise au repos mais une activité moindre qu'à l'accoutumée provoque des symptômes et des signes objectifs de dysfonctionnement;

- stade NYHA IV : limitation sévère = symptômes présents même au repos.

^[4] J0 = jour de l'hôpital ; J+1 = lendemain de la sortie de l'hôpital ; J+7 = 7e jour suivant la sortie d'hôpital.

Retour à domicile après hospitalisation pour décompensation cardiaque

L'infirmier(ère) libéral(e) :

Il(elle) intervient à domicile suivant l'ordonnance de soins infirmiers prescrit par le cardiologue de l'hôpital. La première visite est programmée **dans les 48h** qui suivent le retour à domicile pour la surveillance clinique. Lors de sa première visite à domicile, il(elle) effectue le bilan sanguin de sortie du patient, inclus, dans le dossier de liaison. Il(elle) remplit la feuille de surveillance avec les données cliniques demandées, qu'il(elle) laisse chez le patient (*voir annexe 3*) Les éléments cliniques et /ou évènements intercurrents devant être portés à l'attention de l'équipe pluridisciplinaire sont transmis sur Mes Patients. **Dans le cadre du PRADO, les modalités sont les suivantes :**



Description de l'acte infirmier et Modalités de facturation

1- Description de l'acte infirmier

Séance de surveillance, d'observation d'un patient insuffisant cardiaque ou BPCO dont l'état nécessite une surveillance clinique et/ ou une adaptation thérapeutique en fonction des indications du protocole remis à la sortie de l'hôpital, par le médecin prescripteur.

Cet acte infirmier inclut :

- la surveillance des paramètres cliniques. (Pression artérielle, poids, œdèmes, respiration...);
- l'identification des signes d'alerte ;
- le contrôle de l'observance des traitements et des règles hygiéno-diététiques ;
- l'éducation du patient et/ou de son entourage et l'évaluation des compétences acquises (rappels d'éducation nécessaires à l'auto surveillance de la pathologie) ;
- **la tenue du carnet de suivi et la transmission des informations au médecin traitant**, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications.

2- Modalités de facturation

L'acte infirmier prévu est inscrit à la nomenclature générale des actes et prestations (NGAP).

Vous pouvez consulter la NGAP sur le site **AMELI.fr** : Professionnel de sante - Votre exercice libéral - Facturation – Nomenclature et codage – NGAP et LPP

Il est coté « AMI 5,8 » (Article 5ter - Chapitre II- Titre XVI)

- Le suivi infirmier comprend **une visite hebdomadaire pendant au moins deux mois avec une première visite dans les 7 jours suivant la sortie**. Le rythme peut être adapté en fonction du protocole. La durée de prise en charge est de 4 à 6 mois pour l'insuffisance cardiaque et jusqu'à 6 mois pour les formes sévères de bronchopathie chronique obstructive (stade II et suivants).

- **Le nombre maximum de séances est de 15.**

- Des majorations de nuit ou de jour férié ne peuvent pas être cotées à l'occasion de cet acte.

La facturation de cet acte est conditionnée à la formation des IDE à ce suivi post hospitalisation.

Les programmes de formation sont accessibles en e-learning via le site <https://www.mondpc.fr/>
Les infirmières inscrites bénéficient de la gratuité du programme et de surcroît sont indemnisées du temps passé à le suivre selon les modalités prévues par le dispositif du DPC.

Dans le cadre de Prado, les recommandations concernant le rythme des interventions de l'IDE ne sont pas modifiées hormis le nombre maximum de séances qui passent de 16 à 15 :

- ✓ la prescription initiale est toujours de 8 séances minimum.
- ✓ il est toujours recommandé une fréquence d' intervention de l'IDE, une fois par semaine pendant 8 semaines (soit 8 séances) puis une fois toutes les deux semaines pour les patients NYHA 3 et 4 ou BPCO 2,3,4 à concurrence de 7 séances maximum sur 4 mois.
- ✓ l'acte AMI 5,8 n'est soumis ni à un accord préalable ni à une DSI.

UOP – maj 26/08/2019

Fiche n°1

Protocole de suivi de l'insuffisance cardiaque en retour d'hospitalisation

Le médecin traitant :

Une consultation est programmée **dans les 7 jours** qui suivent le retour à domicile du patient. Lors de cette consultation, le bilan sanguin de retour à domicile doit être effectué et les résultats transmis au médecin. Cette consultation précoce a pour objectif d'évaluer l'état de santé du patient au plus proche de la sortie d'hospitalisation. Elle doit permettre au médecin d'adapter la prise en charge et de faire appel au cardiologue s'il le juge nécessaire. Dans le cadre de la télé-médecine, et si les conditions matérielles sont réunies, les téléconsultations peuvent être envisagées idéalement à partir du deuxième rendez-vous qui suit le retour à domicile. Des actes de télé-expertise peuvent être pratiqués, notamment pour obtenir un avis cardiologique urgent. **Dans le cadre du dispositif PRADO, une consultation longue est programmée à l'issue du 2^{ème} mois après le bilan éducationnel dispensé par l'IDEL (voir fiche ci-après).** Lors de cette consultation, le médecin peut prolonger le suivi à domicile pour une durée complémentaire de 4 mois à raison de une séance de surveillance clinique tous les 14 jours.



Fiche n°1

Protocole de suivi de l'insuffisance cardiaque en retour d'hospitalisation

Le(la) Cardiologue :

Si le patient a déjà un suivi chez un cardiologue de ville : une consultation est programmée dans le mois qui suit le retour à domicile. **Si le patient ne bénéficie d'aucun suivi spécialisé en cardiologie,** une consultation de suivi est programmée au moment de sa sortie par un cardiologue hospitalier. **Le(la) cardiologue sera tenu(e) informé(e) des éléments du dossier via mon SISRA et communiquera ses éléments de suivi en retour aux différents intervenants.**

Continuité de la prise en charge

Lorsque la prise en charge avec le PRADO se termine, le suivi du patient est maintenu si le médecin traitant, le cardiologue et l'IDEL en charge du patient le jugent nécessaire.

Le protocole de suivi du patient IC sera rythmé par 3 réunions de concertation pluriprofessionnelles, à 8 semaines, 6 mois et 1 an de la sortie d'hospitalisation.

L'IDE de parcours de la CPTS effectue un suivi à 8 semaines de la sortie d'hospitalisation afin de **programmer la concertation pluriprofessionnelle.** L'IDE de parcours communique au moyen de la messagerie Mon SISRA à tous les professionnels de santé intervenant dans le suivi du patient.

Si une prolongation du dispositif PRADO est prévue, l'IDE de parcours effectue un deuxième suivi à 6 mois, selon les mêmes modalités.

La concertation entre le médecin traitant, le(la) cardiologue (si possible) et l'infirmier(ère) doit avoir lieu après la dernière séance de bilan éducationnel et la consultation longue avec le médecin traitant et après la période de prolongation de suivi de 6 mois.

Si le suivi à domicile du patient s'avère nécessaire, le médecin prescrit un Bilan de Soins Infirmiers (BSI), permettant d'établir un plan de soins infirmiers personnalisés.

Chaque suspicion de poussée d'IC sera assortie d'un bilan biologique, prescrit par le médecin traitant et donnera lieu à un signalement au cardiologue en charge du suivi du patient au moyen de mon SISRA ou téléexpertise. La prise en charge ambulatoire des décompensations cardiaques sera privilégiée, dans le respect de l'arbre décisionnel. *(voir annexe 2)*

Dans le cas d'une aggravation significative de l'état de santé du patient, nécessitant une modification des modalités du suivi, une information doit être portée à l'attention de tous par le biais de Mon SISRA.

Dans le cas d'une réhospitalisation, tous les éléments du suivi intégrés dans « Mes Patients » seront communiqués au service hospitalier en charge du patient. Dans ce cas, le patient doit être maintenu dans le protocole du parcours afin de reprendre le suivi à son retour à domicile.

L'IDE de parcours de la CPTS effectue un nouveau suivi à 1 an de la sortie d'hospitalisation afin de programmer une concertation pluriprofessionnelle de bilan de prise en charge. L'IDE de parcours communique au moyen de la messagerie Mon SISRA à tous les professionnels de santé intervenant dans le suivi du patient.

Ce bilan doit permettre d'évaluer la prise en charge annuelle du patient en analysant les résultats attendus et obtenus :

- Stade NYHA
- Stabilisation de la maladie
- Nombre et dates de réhospitalisation dans l'année
- Nombre de consultations avec le médecin traitant
- Nombre de consultations avec le(la) cardiologue
- Périodicité et continuité du suivi infirmier
- Autres intervenants
- Ruptures identifiées dans le parcours de soins
- Suite de la prise en charge
- Qualité des échanges interprofessionnels
- Pistes d'amélioration

Ce bilan doit être communiqué à l'IDE de parcours de la CPTS qui l'intégrera comme élément de suivi qualité du parcours.

La prise en charge du patient sera poursuivie par l'équipe de soins constituée, qui informera l'IDE de parcours de la CPTS en cas de nouvel épisode de décompensation nécessitant une hospitalisation. Le cas échéant, les étapes du parcours seront reprises et un nouveau suivi d'un an sera effectué.

ANNEXE I

Ordonnance Type IDE à domicile

Nom-Prénom Médecin :

Coordonnées :

N°RPPS/Adeli :

Nom - Prénom du patient :

Date de naissance :

Date de l'ordonnance :

Faire pratiquer par IDEL à domicile :

8 séances hebdomadaires de surveillance et d'éducation dans la cadre de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

- Cette surveillance se déroule en lien avec le dispositif PRADO
- Cette surveillance se déroule dans le cadre d'un retour à domicile à la suite d'une décompensation cardiaque

Signature

ANNEXE II
**Arbre décisionnel en cas de constatation de décompensation cardiaque
par l'IDE a domicile (patients du parcours d'insuffisance cardiaque)**


Fiche n°1

Protocole de suivi de l'insuffisance cardiaque en retour d'hospitalisation

ANNEXES - FICHE n°1

Le Parcours de soins IC post hospitalisation

Parcours IC sur le territoire Roannais

Parcours de Soins insuffisance cardiaque : Feuille de surveillance infirmière

Nom du patient		Nom de naissance		Date de naissance		Code postal		Commune											
Prénom		Date de naissance		Code postal		Commune		IMC											
Adresse		Taille		IMC		Code postal		Commune											
Poids de référence : PR		Taille		IMC		Code postal		Commune											
Stimulateur cardiaque		Oui / Non																	
Défibrillateur cardiaque		Oui / Non																	
S E M A T E	D A T E	P o i d s	Variation rapport poids de référence	Tension Artérielle		Pouls		OMI		Respiration		Observation du traitement		Bilan sanguin		Appel téléphonique			
				Systolique	Diastolique	Fréquence	Régulier, OUI / NON	0 = Absence 1 = Légers 2 = Modérés 3 = Importants	0 = Absence 1 = Légers 2 = Modérés 3 = Importants	0 = Absence 1 = Légers 2 = Modérés 3 = Importants	0 = Absence 1 = Légers 2 = Modérés 3 = Importants	0 = Absence 1 = Légers 2 = Modérés 3 = Importants	0 = Absence 1 = Légers 2 = Modérés 3 = Importants	0 = Absence 1 = Légers 2 = Modérés 3 = Importants	0 = Absence 1 = Légers 2 = Modérés 3 = Importants	0 = Absence 1 = Légers 2 = Modérés 3 = Importants	0 = Absence 1 = Légers 2 = Modérés 3 = Importants	1 : Cardiologue 2 : Médecin 3 : Centre 15 4 : IDE parcours	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
Premier bilan de suivi pour insuffisance cardiaque post-hospitalisation dans le cadre du PRADO : L'infirmière coordinatrice du parcours IC de la CPTS va vous contacter (06 64 02 23 33)																			
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
SUIVI		IDE LIBERALE		1 / sem pdt 8 semaines +/- 7 séances ensuite		CARDIOLOGUE		1 Mois		ÉCHANGES PLURIPROFESSIONNELS PAR MESSAGERIE SECURISEE MON SISRA		MÉDECIN TRAITANT		Dans les 7 jours après le retour à domicile et 2 mois		INFIRMIÈRE PARCOURS		A 8 semaines, 6 mois & 1 an	

Fiche n°2

Convention de partenariat

Entre : La CPTS : ,

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du territoire : ,

dont le siège est situé : ,

Indiquer l'adresse

représentée par : ,

Nom *Prénom*

agissant en tant que Président de l'Association d'une part,

Et : Le CH de : ,

situé : ,

Indiquer l'adresse

représenté par : ,

Nom *Prénom*

agissant en tant que Directeur délégué de l'établissement, d'autre part.

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la mise en place du parcours insuffisance cardiaque, mission conventionnée par l'ARS et la CPAM de , la CPTS et le CH de , ont souhaité formaliser leur partenariat autour d'une convention de fonctionnement.

Ceci exposé, il est convenu ce qui suit :

→ Sommaire

Article 1 Objet de la convention

Article 2..... Modalités du partenariat

Article 3..... Obligations des partenaires

Article 4 Assurance

Article 5..... Révision de la convention

Article 6..... Durée et dénonciation de la convention

Article 7..... Résolution des litiges

Fiche n°2

Convention de partenariat

Article 1 - Objet de la convention

- 1.1 -** La présente convention a pour objet de définir les modalités de coopération instituées entre la CPTS [] et le CH de [] dans le cadre de la mise en place du protocole de suivi de l'insuffisance cardiaque (en annexe).

Article 2 - Modalités du partenariat

2.1 - Périmètre du partenariat

Est sollicité le service de cardiologie du CH de [] .

2.2 - Conditions de mise en œuvre des actions de coopération

Le partenariat fonctionne avec :

- Un transfert d'informations par le biais de MonSisra relatives au patient : fiche de liaison de sortie d'hospitalisation
- Le consentement du patient est consigné par un écrit signé du patient et transmis à la CPTS au moment de l'inclusion
- Une réciprocité de confidentialité entre l'Infirmière de parcours de la CPTS [] et l'équipe de cardiologie du CH de []
- La présence périodique de l'IDE de Parcours de la CPTS au sein du service de cardiologie, comprenant éventuellement des stages d'observation et des visites de patients en chambre. A ce titre, l'IDE de Parcours de la CPTS est sollicitée par le service de cardiologie
- Cette convention accompagnée d'un protocole de suivi de l'insuffisance cardiaque, protocole rédigé par [] , Infirmière Coordinatrice du projet de santé de la CPTS []

2.3 - Pilotage du partenariat

Le partenariat est piloté par [] , Infirmière de parcours de la CPTS [] .

Article 3 - Obligations des partenaires

3.1 - Obligations générales

Les partenaires s'engagent à participer activement à la réalisation des actions de coopération initiées dans la présente convention. Ils ont l'obligation de se communiquer réciproquement toutes les informations nécessaires à la réalisation de ces actions, dont les coopérations qui pourraient être engagées avec d'autres partenaires.

Chacun s'engage à ne pas avoir de pratiques déloyales.

Chacun s'engage à respecter la confidentialité des informations dont il pourrait avoir connaissance du fait de la mise en œuvre du partenariat et veille à ce que son personnel observe strictement la règle du secret professionnel, dans les conditions établies par la loi et le règlement.

Chacun est tenu de respecter les clauses de la présente convention de partenariat.

3.2 - Obligations particulières

Fiche
n°2

Convention de partenariat

Article 4 - Assurance

- 4.1 -** Si besoin, les partenaires ajustent leur contrat d'assurance en considération de l'objet du partenariat.

Article 5 - Révision de la convention

- 5.1 -** La présente convention peut être modifiée à la demande de l'un ou l'autre des partenaires. Toute modification à la présente convention fait l'objet d'un avenant.

Article 6 - Durée et dénonciation de la convention**6.1 - Durée de la convention**

La présente convention est conclue pour une durée d'un an, renouvelable tacitement.

6.2 - Résiliation de la convention

La présente convention peut être dénoncée, en cours d'exécution, par l'un ou l'autre des partenaires, en cas de manquement aux engagements souscrits. La dénonciation doit être motivée et faire l'objet d'une procédure contradictoire. A l'issue de celle-ci, et si les manquements persistent, la convention peut être dénoncée, moyennant un préavis de 2 mois, permettant la réorganisation de la prise en charge des patients.

La dénonciation de la convention et l'exposé de ses motifs se font par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article 7 - Résolution des litiges

- 7.1 -** Toutes les contestations qui pourront s'élever entre les partenaires au sujet de l'application ou de l'interprétation de la présente convention feront, au préalable, l'objet d'une tentative de règlement amiable et seront portés à la connaissance de l'ARS et la CPAM de . En cas d'échec de celui-ci, le litige sera porté devant la juridiction administrative compétente.

Fait à :

Le : / /

En deux exemplaires.

Pour la CPTS :

Pour le CH de :

La/Le Président(e),

Le Directeur délégué de l'établissement

Fiche n°3

Affiche à destination du grand public pour les futures campagnes d'information et de prévention

ANNEXES - FICHE n°3

Le Parcours de soins IC post hospitalisation

Parcours IC sur le territoire Roannais



Et si c'était une insuffisance cardiaque ?

CRISE CARDIAQUE

DIABÈTE

RÉGIME TROP RICHE EN SEL

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Essoufflement

Prise de poids

Œdèmes

Fatigue accrue

Parlez-en à votre médecin traitant ou à votre infirmier(ère)

Fiche
n°4

Formation des professionnels

Dans le cadre de la mise en œuvre du parcours de soins IC, une formation spécifique et gratuite est dispensée dans les différents secteurs du territoire de la CPTS Roannais Défi Santé. Cette formation s'adresse à tous les professionnels de santé intervenant dans le suivi de l'insuffisance cardiaque. Elle est animée par le cardiologue libéral, Irina DE SAUNIÈRE.

Cette formation permet de réactualiser les connaissances autour de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et d'apporter les dernières recommandations thérapeutiques. Elle a pour objet, surtout, de sensibiliser les professionnels de santé au diagnostic précoce d'IC, à l'importance de la prise en charge spécialisée et les modalités de la surveillance paramédicales des patients IC

Cette formation de 2 heures, proposée depuis 2019 à l'ensemble de la population médicale et paramédicale du territoire, a été approuvée par l'ARS mais elle est non validante.

Vigilance : seules les formations labellisées DPC permettent de justifier la cotation de la surveillance clinique hebdomadaire par l'IDEL.



→ **Les thématiques abordées :**

- Epidémiologie et enjeux de l'insuffisance cardiaque
- Pronostic et impact sur la qualité de vie
- Hospitalisation pour l'insuffisance cardiaque comme un indicateur puissant de la gravité
- Données locales
- Rappel du rôle du système cardiovasculaire et du fonctionnement du cœur
- Insuffisance cardiaque : définition, la genèse de l'apparition des symptômes
- Symptômes de l'insuffisance cardiaque
- Causes de l'insuffisance cardiaque, retour sur les principales pathologies cardiaques
- Types de l'insuffisance cardiaque, les éléments clés du diagnostic : EPOF >>BNP/NT-pro BNP>>cs cardio avec une ETT
- Prise en charge complexe spécialisée de l'insuffisance cardiaque : les traitements médicamenteux et non médicamenteux (les mesures hygiéno-diététiques, l'activité physique, l'éducation thérapeutique), les vaccinations, le dépistage et la correction d'une carence en fer
- Populations à risque de l'insuffisance cardiaque
- Axes d'action de l'assurance maladie (Patient éligibles PRADO)
- Importance du diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque et des décompensations
- Importance du suivi médical spécialisé
- Modalités de surveillance paramédicale avec sensibilisation sur les signes d'alerte
- Schémas de parcours de patient insuffisance cardiaque connu ou pas / moyens d'adressage

→ **Les outils :**

Power Point avec un vidéo projecteur
Formation interactive, favorisant un échange entre les professionnels, adaptée aux profils des participants



Fiche n°5

Fiche action parcours Insuffisance Cardiaque : exemple

ANNEXES - FICHE n°5

Le Parcours de soins IC post hospitalisation

Parcours IC sur le territoire Roannais

Objectifs régionaux de référence au PRS	Mission socle ACI CPTS en faveur de l'organisation de parcours pluri professionnels
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> • 410 patients hospitalisés sur le CH Roanne pour 2023 dont 243 patients cible. • 179 accompagnements Prado Insuffisance Cardiaque en 2023, 142 en 2022, 132 en 2021 et 52 en 2020
Finalité / objectif général du projet	La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a organisé l'expérimentation du parcours de soins de l'insuffisance cardiaque, en se basant sur les recommandations HAS, structurées par un référentiel rédigé par les Collèges Nationaux Professionnels (CNP) de Cardiologie. L'objectif est de réduire la morbi-mortalité liée à cette pathologie en améliorant la coordination des Professionnels de Santé intervenant dans la prise en charge des patients qui en souffrent.
Objectif opérationnel	Mise en place d'un parcours de soins Insuffisance Cardiaque post hospitalisation coordonné au niveau du territoire.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de la patientèle du parcours en fonction des critères d'inclusion. • Mise en œuvre des actions de formation spécifiques au parcours. • Présentation du parcours et communication. • Part des patients suivi par le médecin généraliste, après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les délais préconisés par le CNP (14 jours). • Part des patients suivis par l'IDEL, après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les délais préconisés par le CNP (8 jours). • Part des patients suivis par le cardiologue, après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les délais préconisés par le CNP (2mois). • Nombre de patients inclus dans le parcours insuffisance cardiaque. • Nombre de professionnels de santé formés sur le territoire. • Taux de ré hospitalisation dans les 6 mois (concernant les patients pris en charge dans le parcours insuffisance cardiaque).
Point d'adhérence avec les autres actions de la CPTS	Mission socle obligatoire
Public bénéficiaire	Toute la population du territoire de la CPTS
Territoire couvert	CPTS Roannais Défi Santé
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital Roanne, Clinique du Renaison, Hôpital Local de Charlieu • Médecins Généralistes • Cardiologues de ville et hospitaliers • MSP du territoire
Leviers / Freins	<ul style="list-style-type: none"> • Territoire étendu et limitrophe avec d'autres départements (03-69-71). • Accès aux soins : démographie médicale en tension • Astreinte cardio difficile à solliciter. • Lien ville/hôpital/Prado effectif • Bonne collaboration tripartite • Repérage de la CPTS comme acteur facilitateur • Temps dédié à la coordination par un Professionnel de santé • Formation du coordonnateur /DIU Parcours en Santé • Nombre significatif de professionnels de santé formés sur la médecine de ville
Calendrier :	<p>Début : 2019</p> <p>Etapes clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparation groupe de copilotage : 10/07/2019 • Mise en place du groupe de travail /Copil : Cardiologues hospitaliers et de ville, des Médecins Généralistes, des Infirmiers, Coordinatrice parcours, Référent qualité. • Ecriture et validation du protocole de parcours de soins • Formations pluriprofessionnelles annuelles • Audit qualité : 31/12/2022 • Audit Qualité 2 : 31/12/2023 Evaluation des mesures correctives <p>Fin prévisionnelle : parcours pérenne car une plus-value prouvée</p>

Fiche
n°6Formulaire de consentement patient
ou son représentant légal

ANNEXES - FICHE n°6

Le Parcours de soins IC post hospitalisation

Parcours IC sur le territoire Roannais

Je soussigné(e) _____ donne mon accord pour l'intervention des professionnels de santé de la CPTS _____ dans le cadre du parcours de soins Insuffisance Cardiaque (IC) et l'autorise à recueillir les informations tant sanitaires que sociales, utiles aux soins et aux services que je requiers.

J'autorise également le professionnel de la structure CPTS _____ à partager ces informations avec les professionnels qui participent à ma prise en charge dans la plus grande confidentialité et à accéder à mes données de santé. Ces droits d'accès pourront être supprimés sur simple demande de ma part auprès du CGS _____.

Nom du GRADeS _____

Pour habilitier d'autres professionnels sur le dossier

→ Professionnels de santé autorisés

J'autorise ces professionnels de santé et leur équipe soignante à accéder à mes données de santé. Ces droits d'accès pourront être supprimés sur simple demande de ma part auprès du CGS _____,

Nom du GRADeS _____

Adresse _____

Profession	Nom	Prénom	Ville ou structure d'exercice
Médecin Généraliste			
Cardiologue			
Infirmier			
...			

Pour proscrire des Professionnels : ils n'auront jamais accès au dossier, même s'ils appartiennent à l'équipe d'un acteur habilité.

→ Professionnels de santé proscrits

Ces professionnels ne pourront en aucun cas être inclus dans l'équipe me prenant en charge

Profession	Nom	Prénom	Ville ou structure d'exercice
Médecin Généraliste			
Cardiologue			
Infirmier			
...			

Fait à : _____

Le : _____ / _____ / _____

Signature du patient
(ou de son représentant légal)

Fiche
n°7Support d'inclusion du patient
dans le parcours de soins IC

ANNEXES - FICHE n°7

Le Parcours de soins IC post hospitalisation

Parcours IC sur le territoire Roannais

**SORTIE D'HOSPITALISATION LE :** / /

À la suite d'une décompensation

ANTÉCÉDENTS :



Poids d'entrée :

kg



Poids à la sortie :

kg



OMI en régression après cure de diurétiques et amélioration de l'état respiratoire.

Devant l'évolution favorable avec traitement diurétiques, le patient est autorisé à rentrer à domicile.



NT-proBNP de sortie :

ng/L



DFG :

mL/min

Le patient présente un stade NYHA à à sa sortie.Prise en charge PRADO : Oui Non

Rdv Dr :

Rdv Dr :

SUIVI IDEL :

En place 1x/semaine

1^{er} passage le :

/ /

Mode de vie :

📞 On prévoit une RCP 1 téléphonique le :

/ /

Fiche
n°8Exemples de fiches RCP
à 8 semaines, à 6 mois, à 1 an

Parcours IC

SUIVI PATIENT À 8 SEMAINES (RCP1)

Les données recueillies dans ce questionnaire seront **uniquement consultées par l'équipe de la CPTS Roannais Défi Santé** et seront anonymisées. Elles seront utilisées à des fins d'évaluation du risques d'insuffisance cardiaque et seront **supprimées au bout d'un an**.

Pour en savoir plus, vous pouvez nous retrouver sur les réseaux sociaux ou sur notre site web :
<https://www.roannaisdefisante.fr/roannais-defi-sante/>

Ce questionnaire est hébergé sur un serveur sécurisé (HDS) en France qui préserve vos données de santé.

Date* : / /

*Obligatoire

Nom du patient* : Prénom du patient* : Poids* : kgConstantes OK* : Oui NonOMI* : Oui NonDyspnée* : Oui NonOrthopnée* : Oui NonFatigue* : Oui NonRégime hyposodé* : Oui Non

Demande de renouvellement de prescription de 7 séances de surveillance hebdomadaire dans le cadre du PRADO (uniquement si NYHA 3 ou 4)* : Oui Non

Notes :

Suivi IDEL* : Oui Non
Nombre de passages par semaine :

COMPTE-RENDU RCP1

M. est stable sur le plan cardiaque.
Nom du patient *Prénom du patient*Présence OMI : Oui NonDyspnée : Oui NonOrthopnée : Oui NonPoids : kgRégime hyposodé : Oui Non

Demande de renouvellement de prescription de 7 séances de surveillance hebdomadaire dans le cadre du PRADO (uniquement si NYHA 3 ou 4)* : Oui Non

Nombre de passages IDEL/semaine : Elle prévoit une RCP2 le : / /

Fiche n°8

Exemples de fiches RCP
à 8 semaines, à 6 mois, à 1 an

Parcours IC

SUIVI PATIENT À 6 MOIS (RCP2)

Les données recueillies dans ce questionnaire seront **uniquement consultées par l'équipe de la CPTS Roannais Défi Santé** et seront anonymisées. Elles seront utilisées à des fins d'évaluation du risques d'insuffisance cardiaque et seront **supprimées au bout d'un an**.

Pour en savoir plus, vous pouvez nous retrouver sur les réseaux sociaux ou sur notre site web :
<https://www.roannaisdefisante.fr/roannais-defi-sante/>

Ce questionnaire est hébergé sur un serveur sécurisé (HDS) en France qui préserve vos données de santé.

Date* : / /

*Obligatoire

Nom du patient* :

Prénom du patient* :

Poids* : kg

Constantes OK* : Oui Non

OMI* : Oui Non

Dyspnée* : Oui Non

Orthopnée* : Oui Non

Fatigue* : Oui Non

Régime hyposodé* : Oui Non

Suivi IDEL* : Oui Non

Nombre de passages par semaine :

Notes :

COMPTE-RENDU RCP2

M.

est stable sur le plan cardiaque.

Nom du patient

Prénom du patient

Présence OMI : Oui Non

Dyspnée : Oui Non

Orthopnée : Oui Non

Poids : kg

Régime hyposodé : Oui Non

Nombre de passages IDEL/semaine :

Elle prévoit une RCP3
et bilan annuel le : / /

Fiche n°8

Exemples de fiches RCP
à 8 semaines, à 6 mois, à 1 an

Parcours IC

SUIVI BILAN PATIENT ANNUEL (RCP3)

Les données recueillies dans ce questionnaire seront **uniquement consultées par l'équipe de la CPTS Roannais Défi Santé** et seront anonymisées. Elles seront utilisées à des fins d'évaluation du risques d'insuffisance cardiaque et seront **supprimées au bout d'un an**.

Pour en savoir plus, vous pouvez nous retrouver sur les réseaux sociaux ou sur notre site web :
<https://www.roannaisdefisante.fr/roannais-defi-sante/>

Ce questionnaire est hébergé sur un serveur sécurisé (HDS) en France qui préserve vos données de santé.

Date* : / /

*Obligatoire

Nom du patient* :

Prénom du patient* :

Poids* : kg

Constantes OK* : Oui Non

OMI* : Oui Non

Dyspnée* : Oui Non

Orthopnée* : Oui Non

Fatigue* : Oui Non

Régime hyposodé* : Oui Non

Suivi cardiologue* : Oui Non Ne sait pas

Suivi Médecin traitant* : Oui Non Ne sait pas

Suivi IDEL* : Oui Non Ne sait pas

Nombre de passages par semaine :

Aides diverses :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aides | <input type="checkbox"/> Cours |
| <input type="checkbox"/> Aides ménagères | <input type="checkbox"/> Téléalarme |
| <input type="checkbox"/> Aide à la toilette | <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie |
| <input type="checkbox"/> Portage de repas | <input type="checkbox"/> Autres précisions |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie | |

Hospitalisation en cardiologie
au cours de l'année* : Oui Non

État stable* : Oui Non
État cardiaque stable
Si oui, sortie de parcours

Remarques :

COMPTE-RENDU RCP3

M. est stable sur le plan cardiaque.

Nom du patient

Prénom du patient

Présence OMI : Oui Non

Dyspnée : Oui Non

Orthopnée : Oui Non

Poids : kg

Régime hyposodé : Oui Non

Nombre de passages IDEL/semaine :

Suivi cardiologue : Oui Non Ne sait pas

Suivi Médecin traitant : Oui Non Ne sait pas

Hospitalisation en cardiologie
durant l'année de suivi : Oui Non

Fiche n°9

Bilan annuel de prise en charge établi
par l'IDE de coordination

ANNEXES - FICHE n°9

Le Parcours de soins IC post hospitalisation

Parcours IC sur le territoire Roannais

NOM/NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

DATE D'INCLUSION :

Stade NYHA de sortie :

Nombre d'hospitalisation/an :

Suivi Consultation Cardio Oui Non

Suivi Médecin Traitant Oui Non

Suivi IDEL Oui Non

Rupture prise en charge Oui Non

Si oui, nature de la rupture :

Suite prise en charge :

Sanitaire	Med Traitant	Cardio	IDEL	DAC	SSIAD
Sociale	Auxiliaire de vie	DAC			

Résumé de la prise en charge :

QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX INFIRMIERS LIBÉRAUX

*Obligatoire

Q1 : Avez-vous bénéficié d'une formation spécifique pour le suivi des patients insuffisants cardiaque ?*

Oui Non

Date de formation prévue : Oui Non

Q2 : Avez-vous suivi la formation spécifique dispensée par le Dr Irina de Saunière ?*

Oui Non

Q3 : Si vous n'avez pas suivi la formation CPTS pour l'IC, quelles en sont les raisons ?*

Choix multiples

- Manque de temps ?
- Insuffisance de l'offre de formation
- Horaires et lieux inadaptés ?
- Autre organisme de formation
- Autre ?

Q4 : Si vous avez bénéficié de la formation CPTS pour l'IC Dr Irina de Saunière :
A-t-elle répondu à vos attentes ?*

Concernant les intervenants :

Oui Non NC

Concernant la durée de la formation :

Oui Non NC

Concernant le contenu :

Oui Non NC

Concernant le lieu et horaires :

Oui Non NC

Concernant les outils de communication :

Oui Non NC

Quelles améliorations seraient à apporter ?

Avez-vous bénéficié de support de formation ?

Oui Non NC

Auriez-vous souhaité un support de formation ?

Oui Non

Éprouvez-vous le besoin d'une formation complémentaire ou d'un rappel de formation dans le futur ?

Oui Non

Q5 : Un audit sera réalisé pour évaluer le protocole du parcours de l'insuffisance cardiaque développé entre la CPTS, les cardiologues et la CPAM de Roanne. Souhaitez-vous être informé des résultats de cet audit ?*

Oui Non

QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX INFIRMIERS LIBÉRAUX

*Obligatoire

Q1 : Avez-vous déjà eu des patients intégrés dans le parcours d'IC ?*

- Oui Non

Q2 : Avez-vous suivi la formation spécifique dispensée par le Dr Irina de Saunière ?*

- Oui Non

Q3 : L'inclusion de vos patients insuffisants cardiaques dans le protocole IC de la CPTS de Roanne représente-t-elle pour vous une plus-value en terme :*

Plusieurs choix possibles

- De coordination avec un seul interlocuteur référent au sein de la CPTS
 Une meilleure coordination pluriprofessionnelle
 Financier : rémunération par la lettre clef spécifique AMI 5,8.
 De meilleure reconnaissance des pratiques cliniques infirmières par une véritable consultation dédiée

Conformité

Q4 : Le suivi de vos patients a-t-il été conforme au protocole écrit ?*

- Oui Non

S'il y a eu dysfonctionnement, lequel ?

- Documents absents ou incomplets
 Coordination CPTS/CH Roanne/Professionnels de santé
 Autre : ex : médecin injoignable

Information

Q5 : Lors de l'inclusion d'un de vos patients dans le protocole IC de la CPTS de Roanne, avez-vous reçu l'intégralité des informations nécessaires ?*

- Oui Non

Quelles sont les pièces manquantes ?

Fiche
n°11Questionnaire d'évaluation de
la valeur ajoutée du parcours de soins IC

Q6 : Avez-vous accès facilement aux données médicales, paramédicales, biologiques ?*

- Oui Non

Si les données ne sont pas disponibles, pourquoi ?

- Pas de logiciel pluri pro
 Rétention d'information
 Autre :

Q7 : Comment communiquez-vous avec les autres acteurs du protocole IC ?*

- Téléphone
 Courriel
 Messagerie sécurisée
 Courrier papier
 Pas d'échange



Outil'ic

La boîte à outils de l'Insuffisance Cardiaque



EthiCare

www.ethicare.fr

direction@ethicare.fr