# Evolution des pratiques de soins

## Comprendre pour anticiper

Le point de vue du cardiologue

ville : Dr Olivier Stora

hôpital : Pr Jean-Noël Trochu

# La ville

Dr Olivier Stora

# Evolution de la cardiologie
# Epidémiologie

- Les **maladies cardio-neuro-vasculaires** recouvrent un ensemble diversifié de maladies fréquentes et graves, avec en premier lieu les **cardiopathies ischémiques**, les **maladies cérébro-vasculaires**, les maladies **vasculaires** périphériques, les maladies hypertensives, l'insuffisance cardiaque…

- Elles ont longtemps représenté le principal groupe de décès en France, comme dans de nombreux pays. Mais depuis quelques années, elles se situent en France au deuxième rang, après les tumeurs, du fait d'une **diminution continue du nombre de décès** cardio-vasculaires en lien avec l'amélioration de la prévention et de la prise en charge thérapeutique.

## 2 Décès par cardiopathie ischémique

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

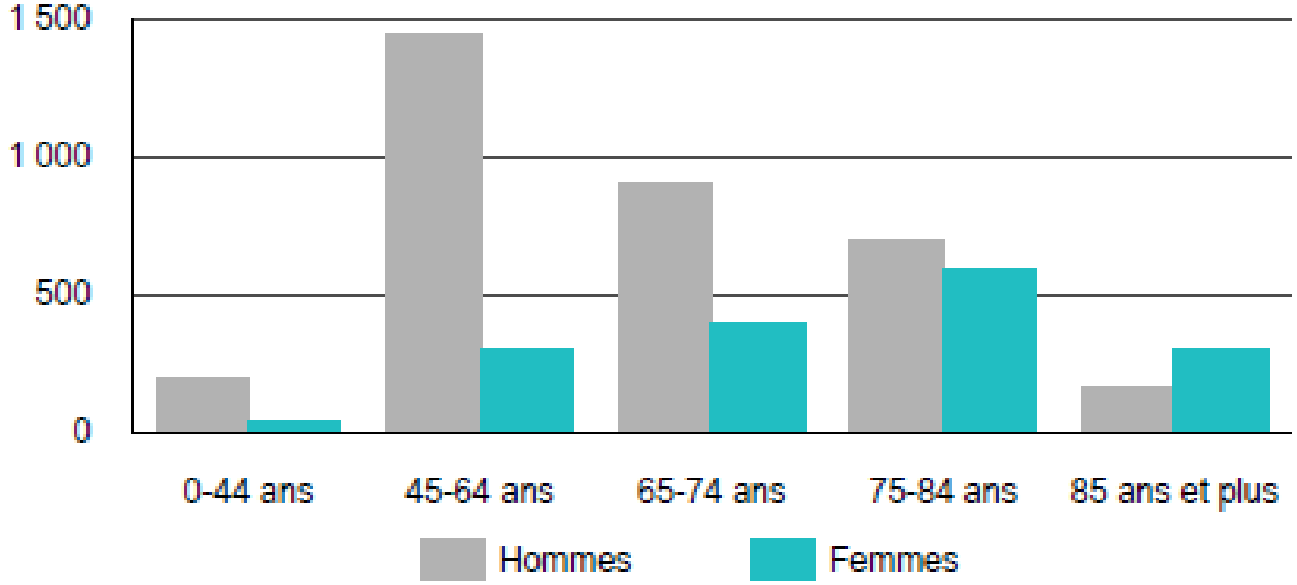
| | Moins de 65 ans | 65 ans et plus | Total | ICM tous âges | ICM avant 65 ans |
|---|---|---|---|---|---|
| Hommes | 217 | 994 | 1 211 | 95* | 89* |
| Femmes | 30 | 960 | 990 | 101 | 72* |
| **Total** | **247** | **1 954** | **2 201** | **98** | **87*** |

*Source : Inserm CépiDc*

* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

## 3 Admissions en affection de longue durée pour maladie coronaire (ALD n° 13)

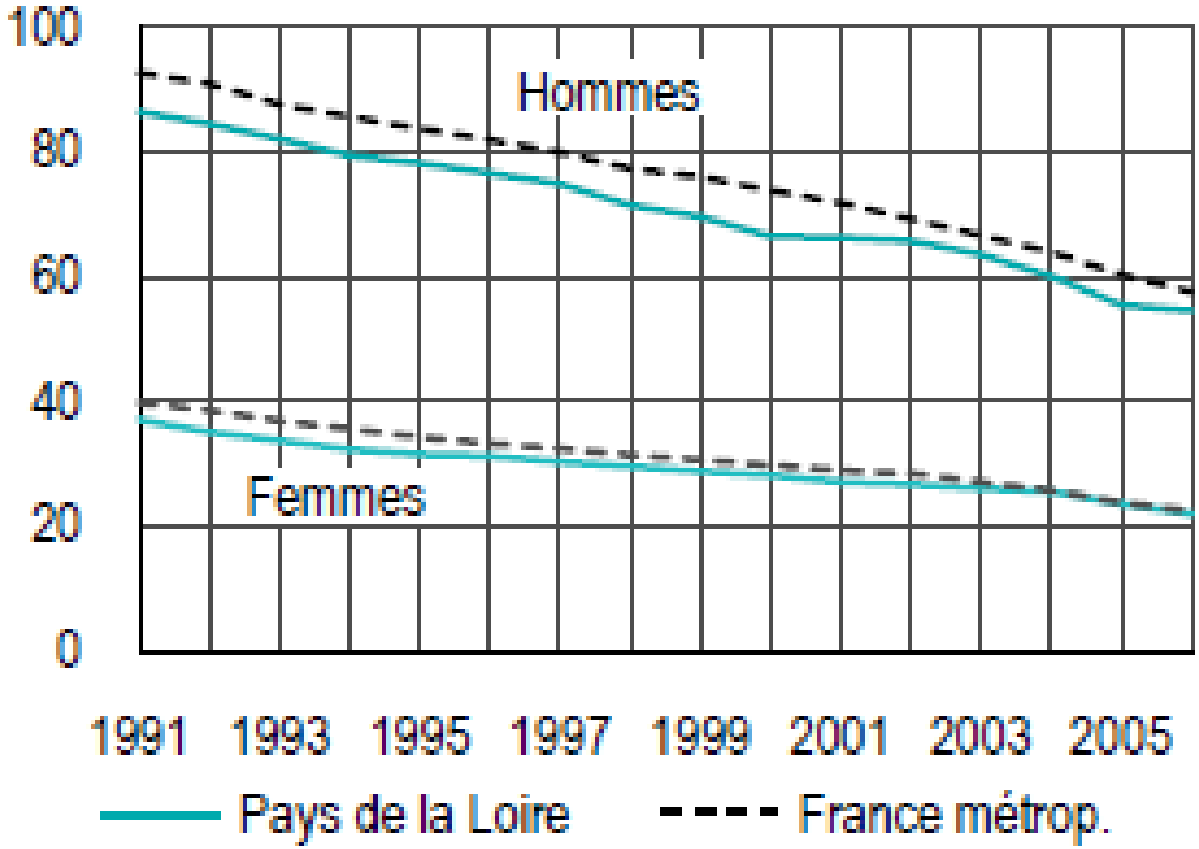
Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)




*Sources : Cnamts, CCMSA, RSI*

## 5 Evolution du taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique

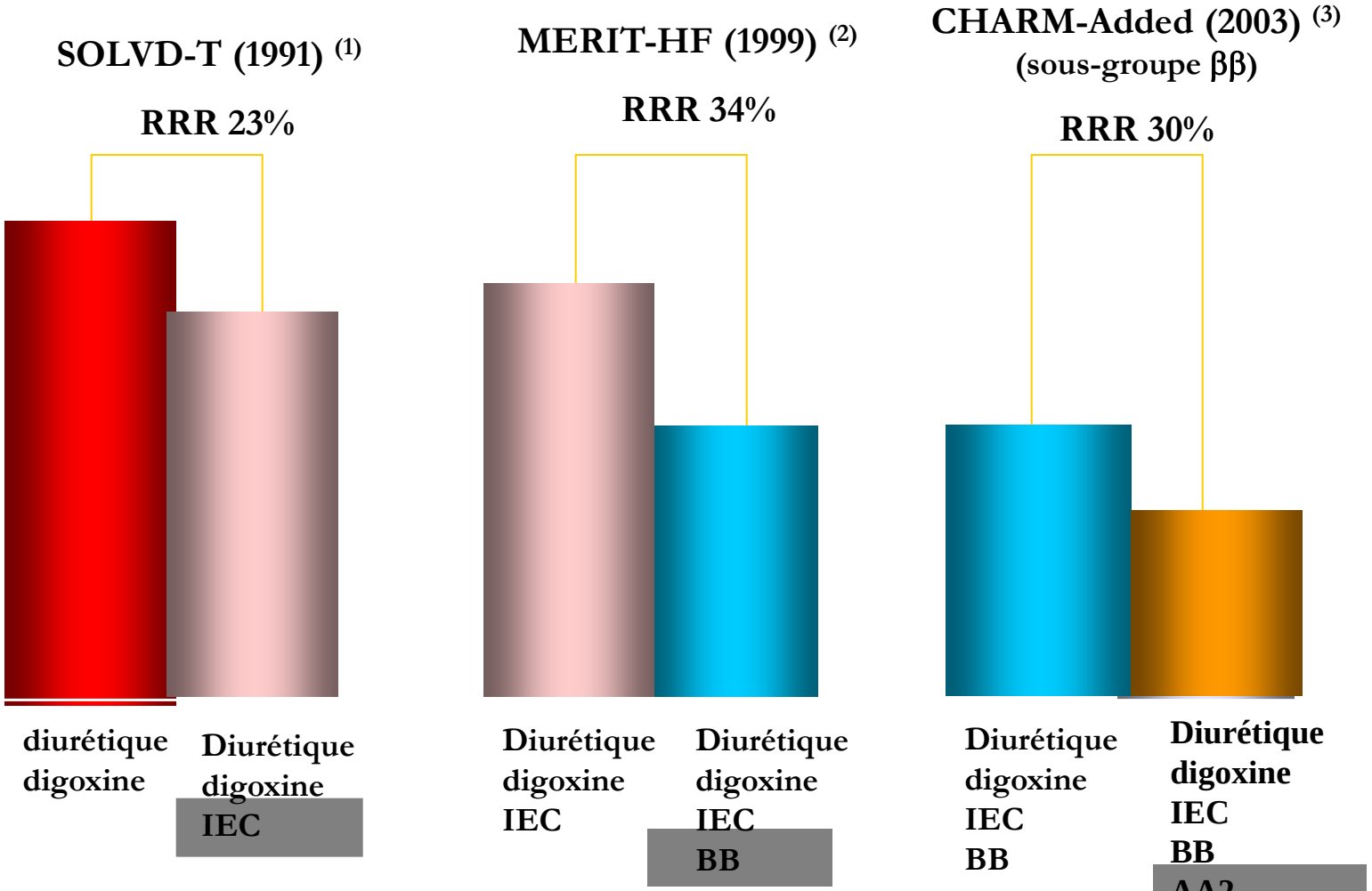
Pays de la Loire, France métrop. (1991-2006)




*Sources : Inserm CépiDc, Insee*

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

# Impact du traitement médical sur la mortalité à 1 an




1- Yusuf S et al. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure. NEJM. 1991 ; 325 : 293-302.

2- Fagerberg B for the MERIT-HF Study Group. Effect of metoprolol CR/XL in chronic failure. Metoprolol CR/XL Randomized Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). Lancet 1999 ; 353 : 2001-2007.

3- Mc Murray JVJ et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function taking angiotensin-converting-enzyme inhibitors : the CHARM-added trial. The Lancet 2003 ; 362 : 767-71.

## loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004
**comporte trois objectifs**

- la poursuite de la **réduction de la mortalité** par cardiopathies ischémiques et thromboses veineuses profondes (objectif 69) ;

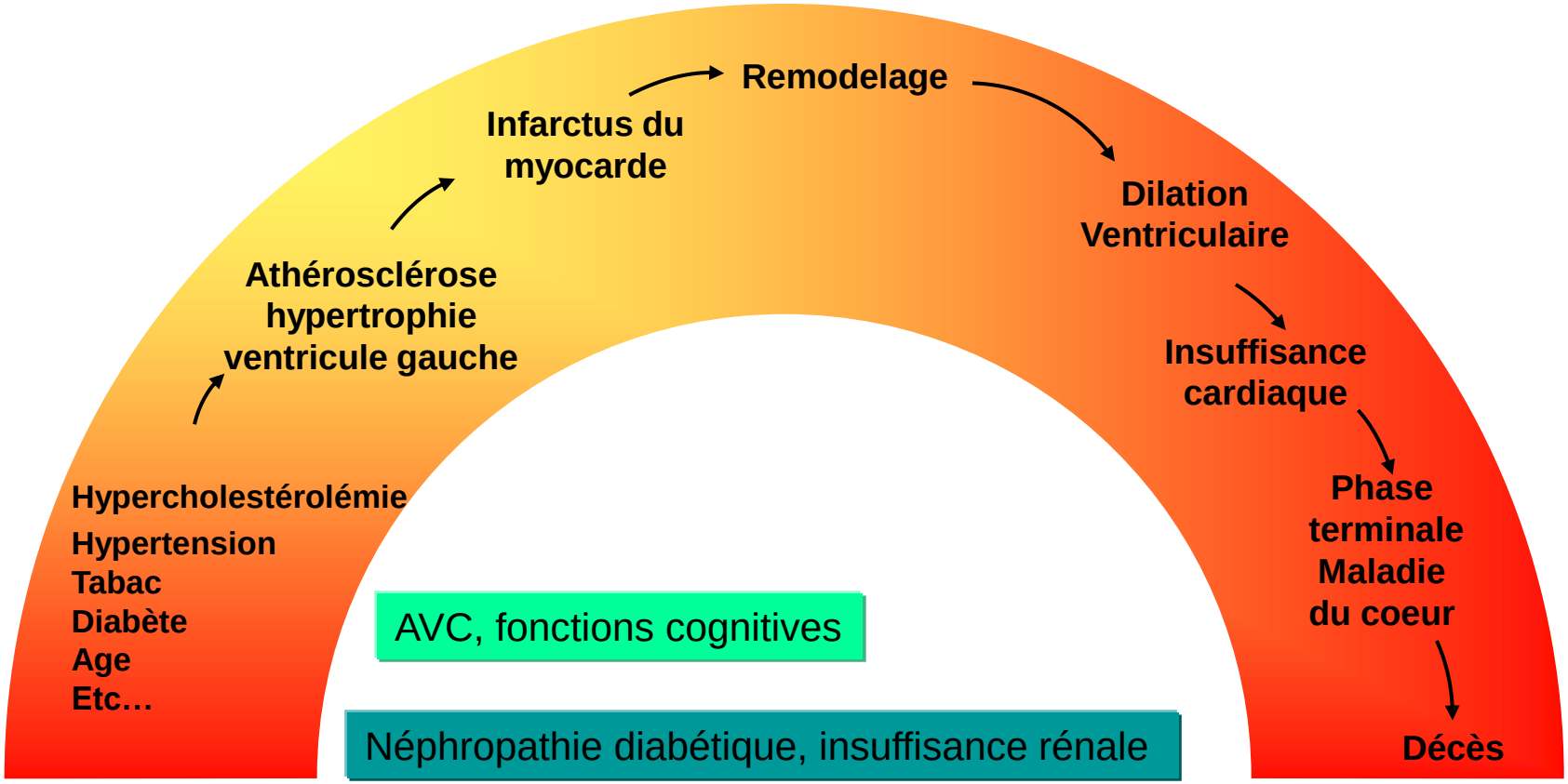
- la **réduction de la fréquence et la sévérité des séquelles** fonctionnelles des accidents vasculaires cérébraux (objectif 72) ;

- la réduction de la mortalité par insuffisance cardiaque ainsi que la réduction des décompensations aiguës par l'amélioration de la prise en charge coordonnée (objectif 73).

# 11 objectifs visent la réduction de la fréquence des facteurs de risques cardio-vasculaires

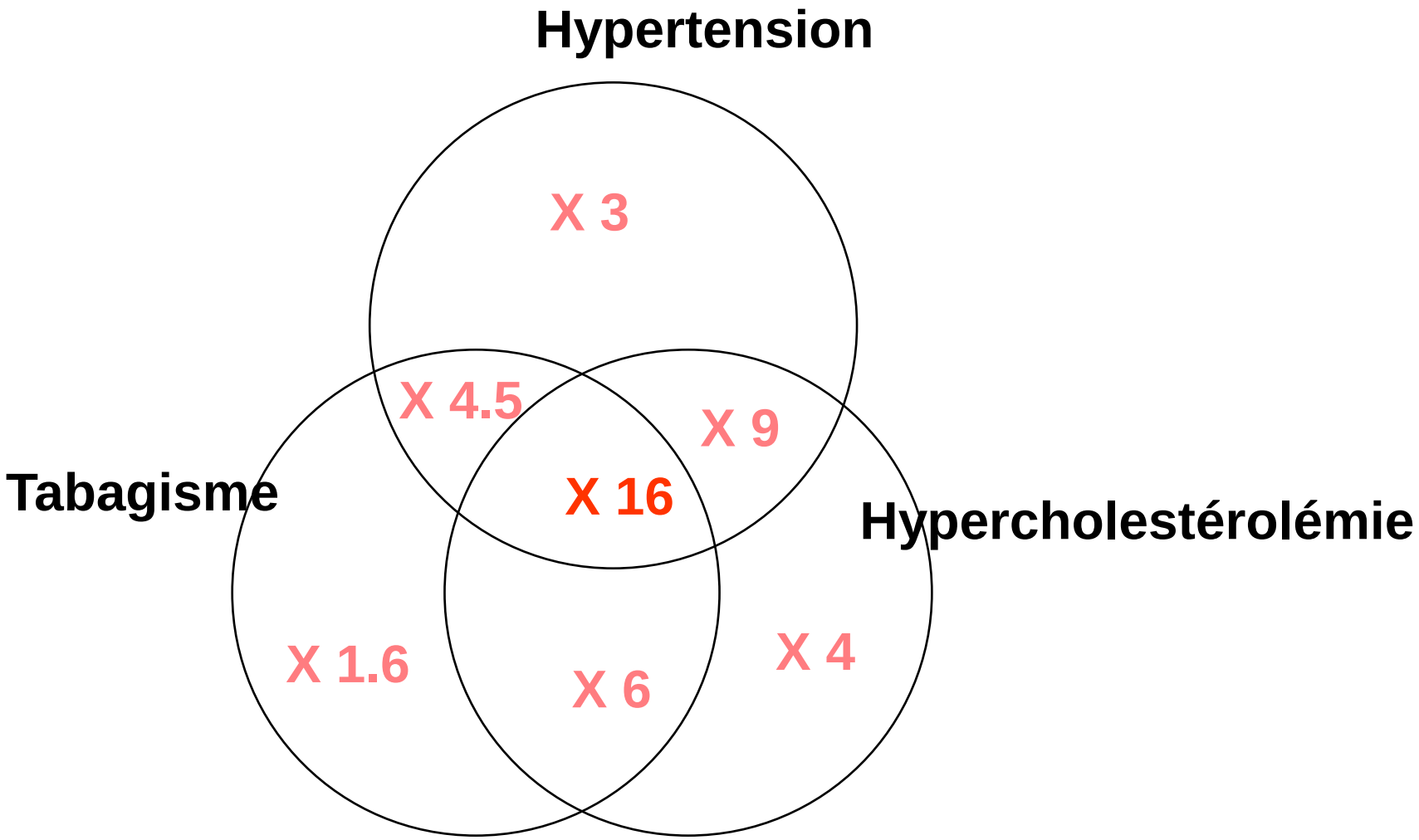
- le tabac (objectifs 3 et 4) ;
- l'hypercholestérolémie (objectif 70) ;
- l’hypertension artérielle (objectif 71) ;
- l’obésité (objectifs 5 et 12) ;
- la sédentarité et l’activité physique (objectif 9) ;
- les consommations de fruits et légumes (objectifs 10) ;
- la consommation de sel (objectif 11) ;
- l’amélioration de la prise en charge du diabète et la diminution des complications (objectifs 54 et 55).

# le Continuum Cardiovasculaire



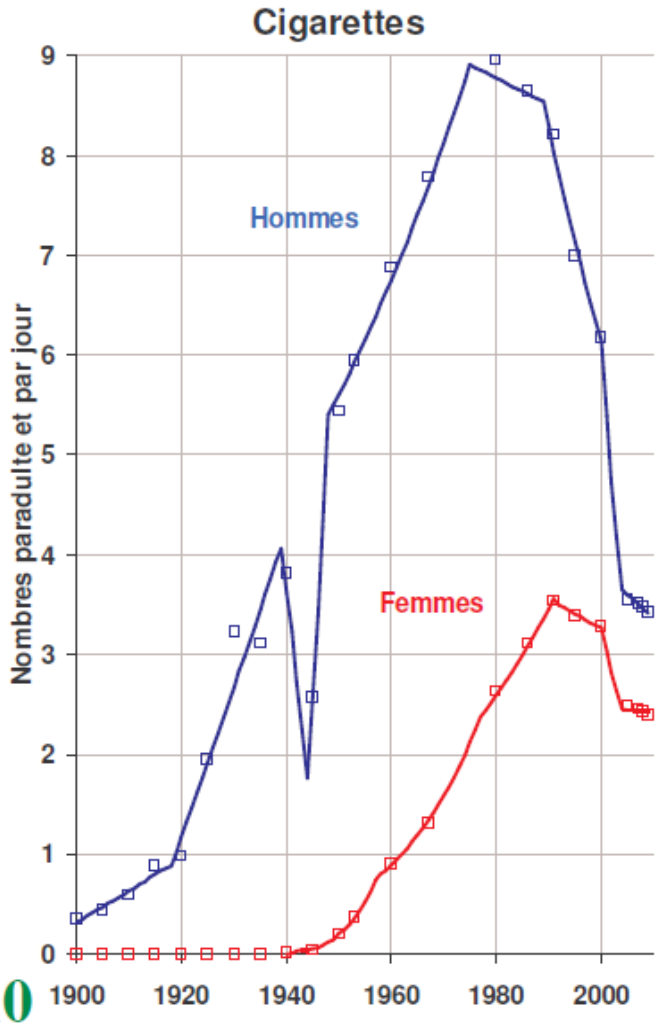

(1) Adapté de la figure 1 de la publication de Dzau V, et al.: Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease : A workshop consensus statement. *Am Heart J* 1991 ; 121 :1244-63.

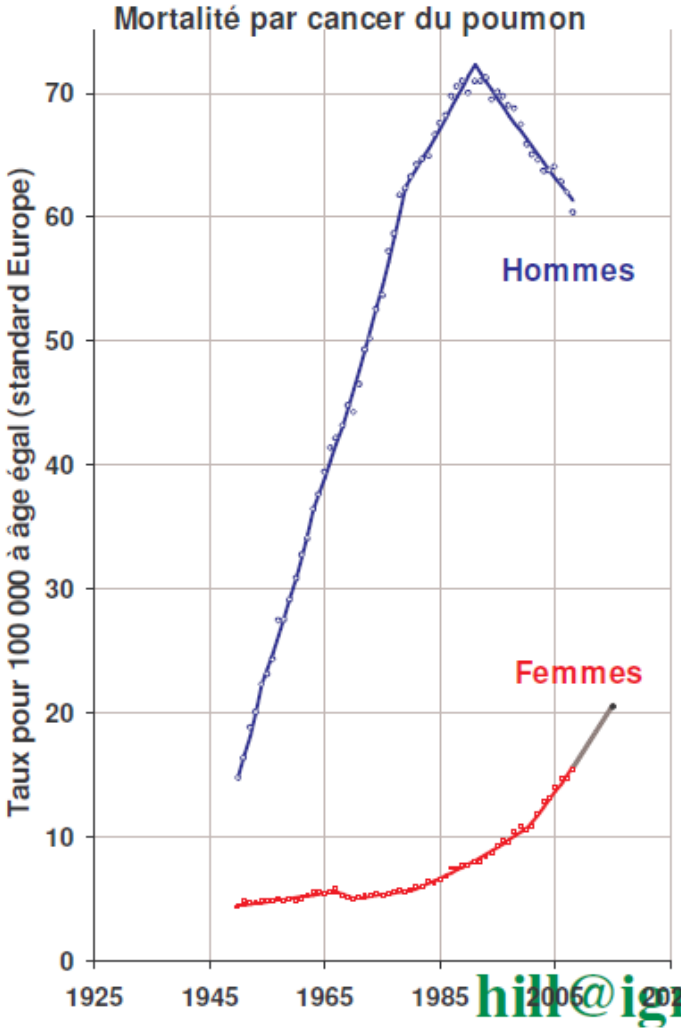
# Multiplication du risque par l’association des FDR




*Poulter N. et al. Oxford Med. Press 1993*

# Consommation de tabac et cancer




2010

hill@igr.fr

BEH Bulletin épidémiologique hebdomadaire

InVS INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

16 décembre 2008 / n° 49-50

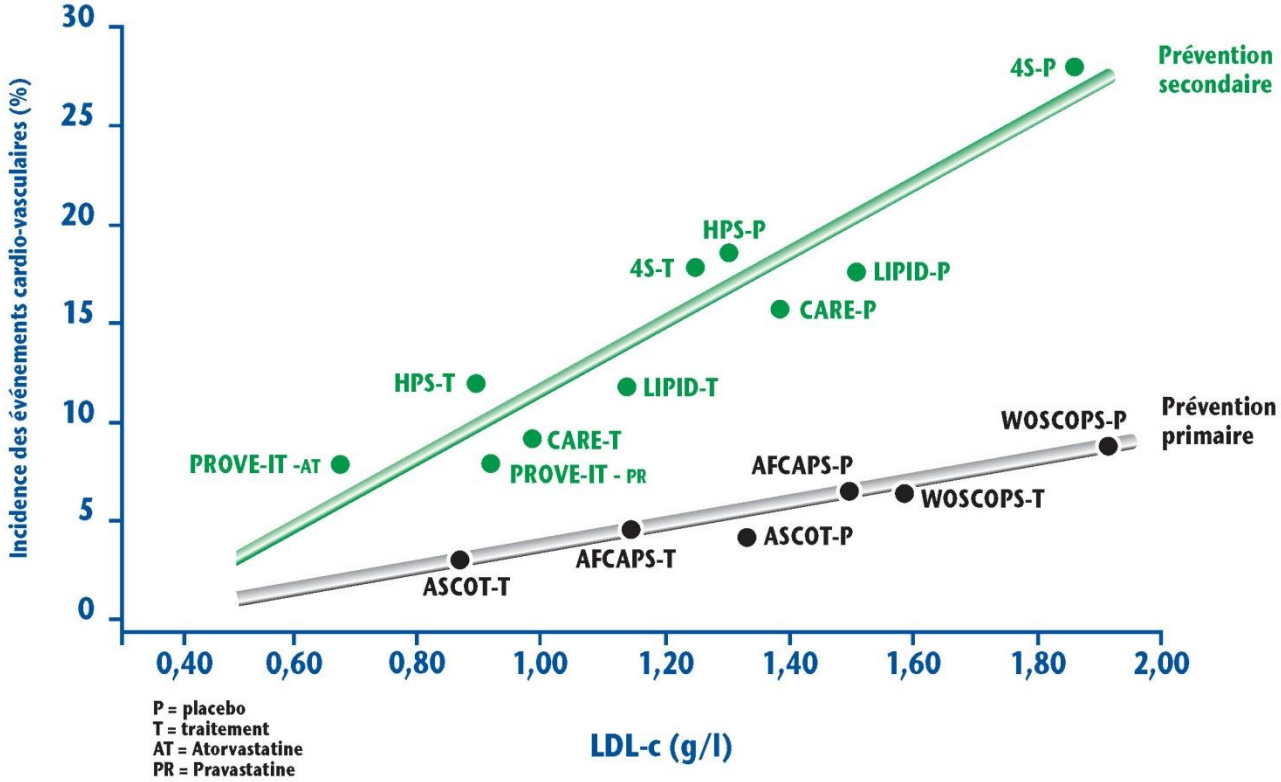
**Tableau 3 Prévalence de l'hypertension artérielle, traitement et contrôle, France, ENNS 2006-2007**
***Table 3 Prevalence, treatment and control of hypertension, France, ENNS Survey 2006-2007***

| Hommes | 18-34 ans | 35-44 ans | 45-54 ans | 55-64 ans | 65-74 ans | 18-74 ans | [IC95 %] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mesure dans l'année (%) | 68,3 | 86,4 | 96,5 | 92,7 | 97,5 | 86,5 | [ 83,1-89,9] |
| Prévalence de l'HTA (%) | 4,0 | 19,5 | 42,6 | 62,4 | 69,9 | 34,1 | [ 29,8-38,4] |
| HTA connue* (%) | 21,5 | 22,9 | 40,5 | 55,2 | 59,9 | 46,9 | [ 39,4-54,5] |
| HTA connue traitée* (%) | ** | 55,7 | 60,3 | 85,5 | 91,4 | 77,4 | [ 67,2-87,6] |
| HTA traitée contrôlée* (%) | ** | ** | 46,8 | 43,5 | 33,9 | 41,8 | [ 32,3-51,3] |
| **Femmes** | **18-34 ans** | **35-44 ans** | **45-54 ans** | **55-64 ans** | **65-74 ans** | **18-74 ans** | **[IC95 %]** |
| Mesure dans l'année (%) | 87,5 | 88,1 | 89,5 | 93,6 | 95,7 | 90,2 | [ 87,9-92,6] |
| Prévalence de l'HTA (%) | 5,6 | 13,1 | 31,4 | 43,7 | 65,0 | 27,8 | [ 24,7-30,8] |
| HTA connue* (%) | 22,3 | 55,5 | 52,9 | 62,0 | 68,6 | 58,8 | [ 52,4-65,2] |
| HTA connue traitée* (%) | ** | 60,8 | 78,4 | 91,5 | 94,9 | 86,6 | [ 81,1-92,1] |
| HTA traitée contrôlée* (%) | ** | ** | 64 | 59,4 | 49,6 | 58,5 | [ 51,1-65,8] |

* HTA connue= proportion d'hypertendus connus parmi les hypertendus.
HTA connue traitée= proportion d'hypertendus traités par médicaments à action antihypertensive parmi les hypertendus connus.
HTA traitée contrôlée= proportion d'hypertendus contrôlés parmi les hypertendus traités.
** Effectifs insuffisants.
Champ : France métropolitaine 18-74 ans.
Source : Étude ENNS, 2006-2007.

# Incidence des événements cardio-vasculaires en fonction du niveau de LDL-c [1,2,3]

## En 2004




**Un bénéfice cardio-vasculaire corrélé à la réduction du LDL-c [1,2,3]**


D'après :
(1) Ballantyne CM. Am J Cardiol 1998; 82: 3Q – 12Q.
(2) Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA) : a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2003 ; 361(9364):1149-58.
(3) O'Keefe JH *et al.* Optimal low-density lipoprotein is 50 to 70 mg/dl. J Am Cardiol 2004;43:2142-6.

# Les acteurs de la santé

Le patient

Médecin généraliste

Hôpital

Cardiologue

# Le patient 2.0

- Plus autonome
- Plus consommateur
- Plus nomade
- Plus responsable
- Plus actif : associations de pts
- Plus exigent : obligation de résultat
- Plus (et plus mal) informé : internet
- Plus méfiant vis-à-vis des traitements et des médecins (Médiator, statines, AOD)
- Plus procédurier : judiciarisation, Loi Kouchner

# Le médecin généraliste

- Plus de travail

- Isolé
- Surchargé de travail
- Encadrement
- Contrôle de la qualité
- Augmentation des taches administratives

- Moins de médecins

- Diminution des effectifs
  (-6,5 % en MG)
- Féminisation de la profession
  (58 % des installations)
- Médecine salariée
- Aspiration à une meilleur qualité de vie

# Le cardiologue

Pathologie complexe = hyper spécialisation

- Cloisonnement des compétences (Rythmo, IC, HTA, coronarographie imagerie),
- Elargissement vers

  dépistage, prévention, éducation
- prise en charge globale du patient

Moins de cardiologues

- Décrue démographique
- Délégation des taches ? Techniciens en échocardiographie, éducation thérapeutique

# Hospitalisation

- Un pole de compétence
- Une offre de soin concurrentielle

- Difficile d’y entrer
- Difficile d’en sortir…
- Communication parfois difficile

# Les circuits de soin
# Une organisation cloisonnée

Hier

Médecin généraliste

Suivi,
orientation

Cardiologue libéral

Urgences
Suivi de pathologie chronique,
Facteurs de risque

Urgences

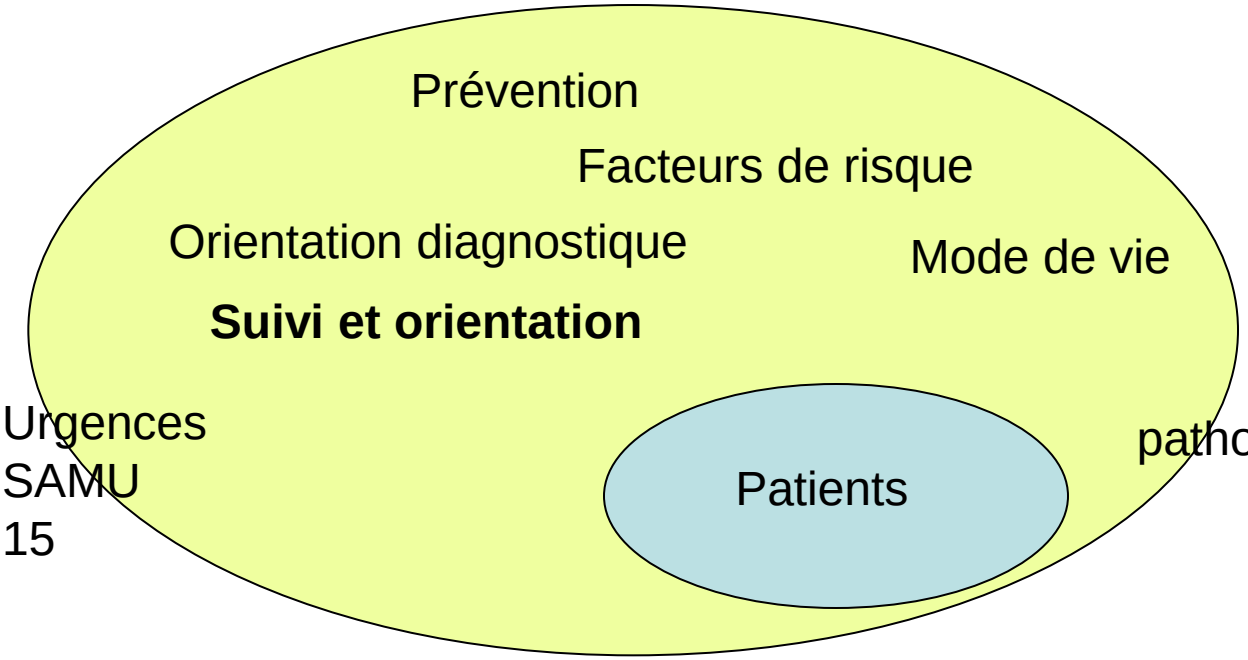
SAMU

15

Hospitalisation

Patients/pathologies graves
Rythmologie
Hémodynamique

# Les circuits de soin
# Médecin généraliste




Cardiologue libéral

Urgences
SAMU
15

pathologie chronique
Prévention
Dépistage

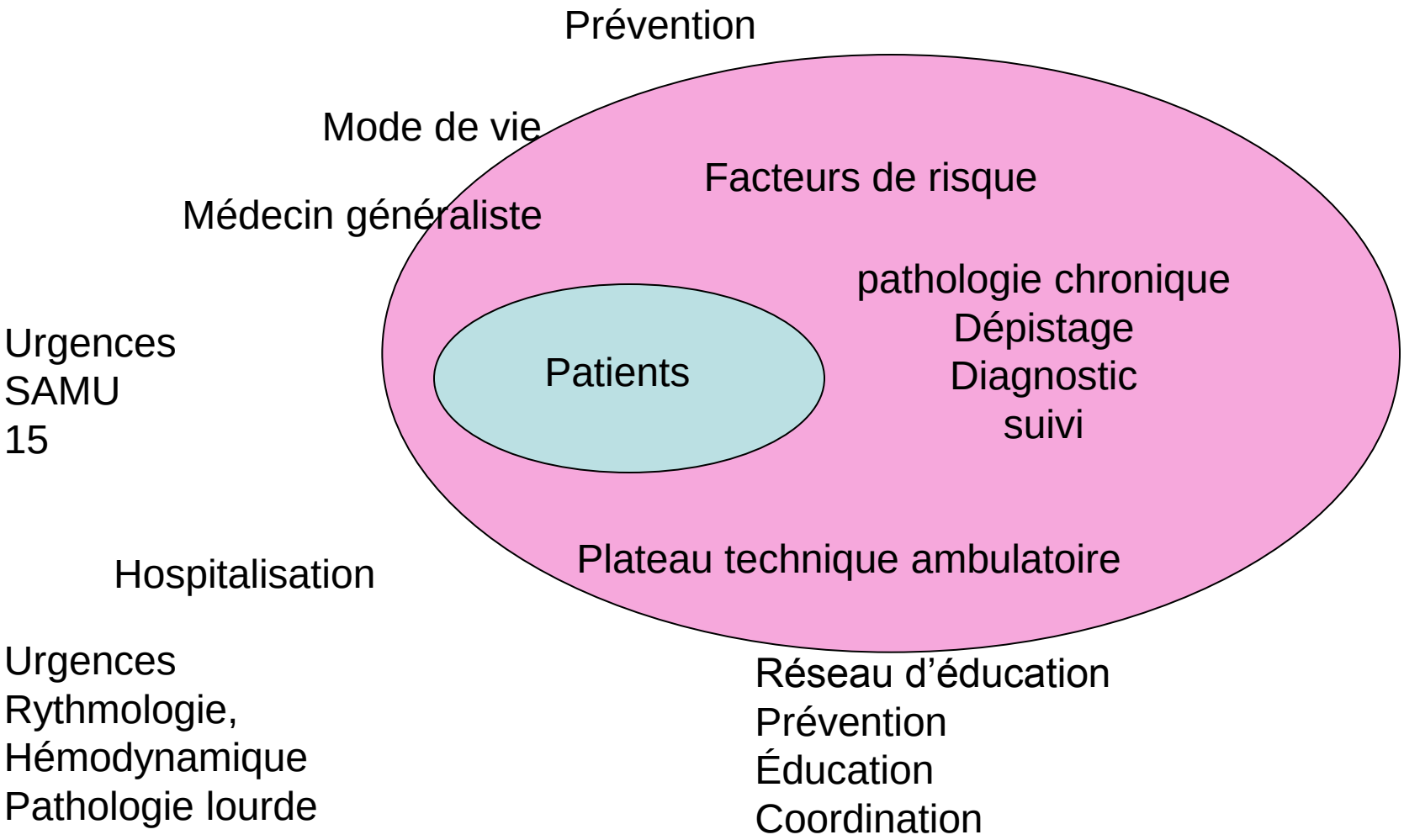
Plateau technique ambulatoire

Hospitalisation

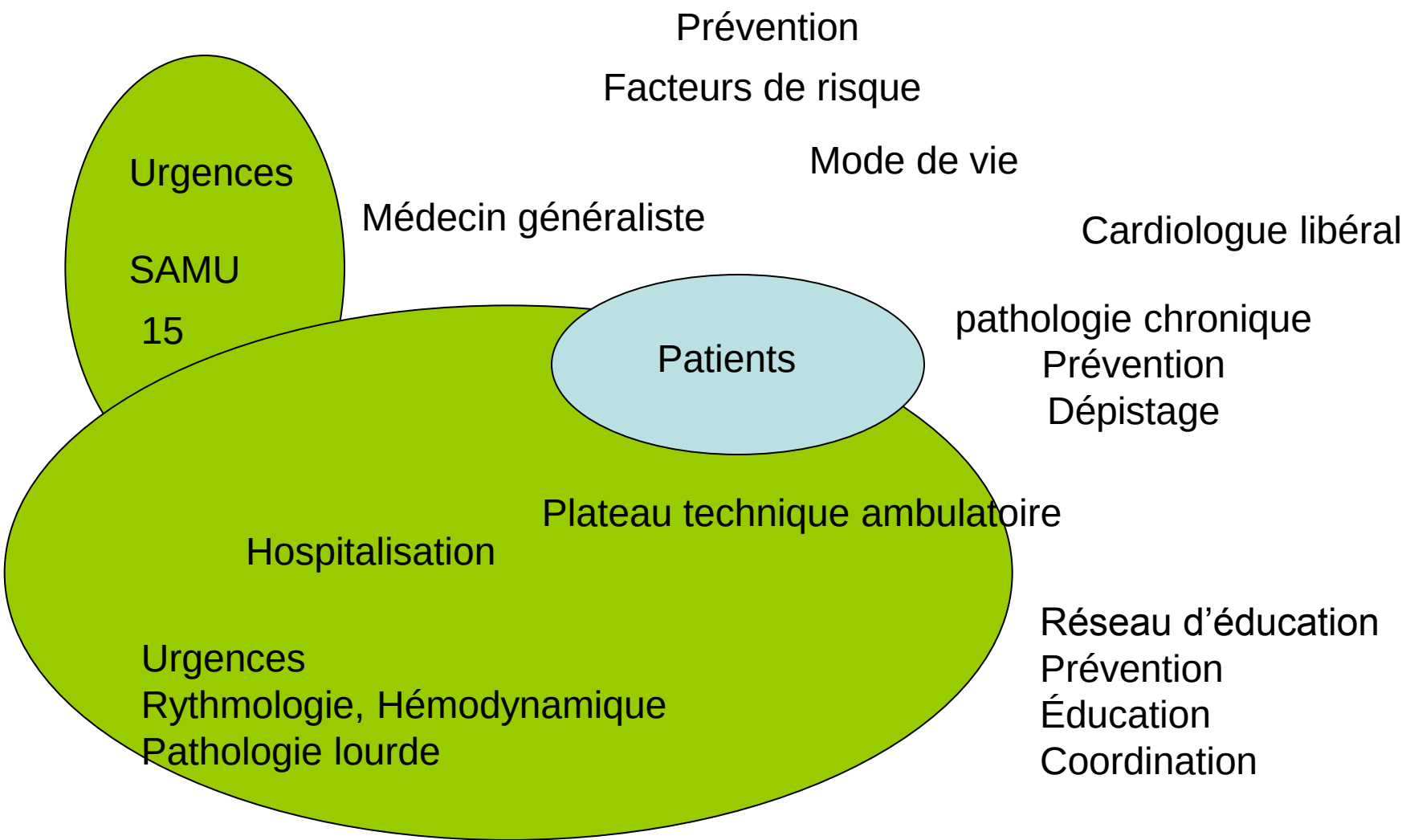
Urgences
Rythmologie, Hémodynamique
Pathologie lourde

Réseau d'éducation
Prévention
Éducation
Coordination

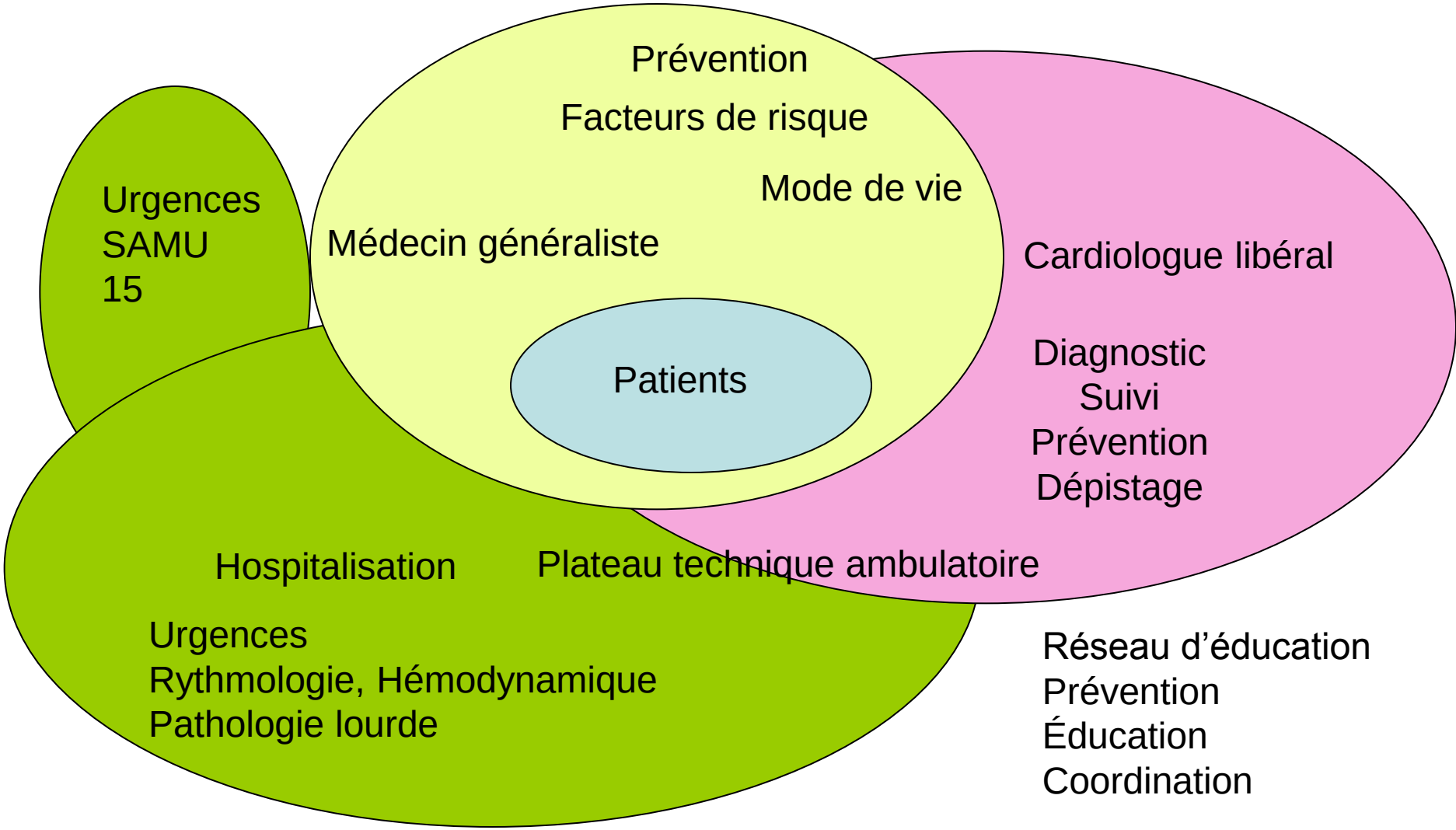
# Les circuits de soin Cardiologue



# Les circuits de soin
# Hospitalisation



# Les circuits de soin
# Répartition des rôles



# L’établissement hospitalier

## Exemple de la prise en charge d’une maladie chronique

Jean-Noël Trochu

l'Institut du thorax
Inserm
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES
UNIVERSITÉ DE NANTES

# Les défis de l'insuffisance cardiaque

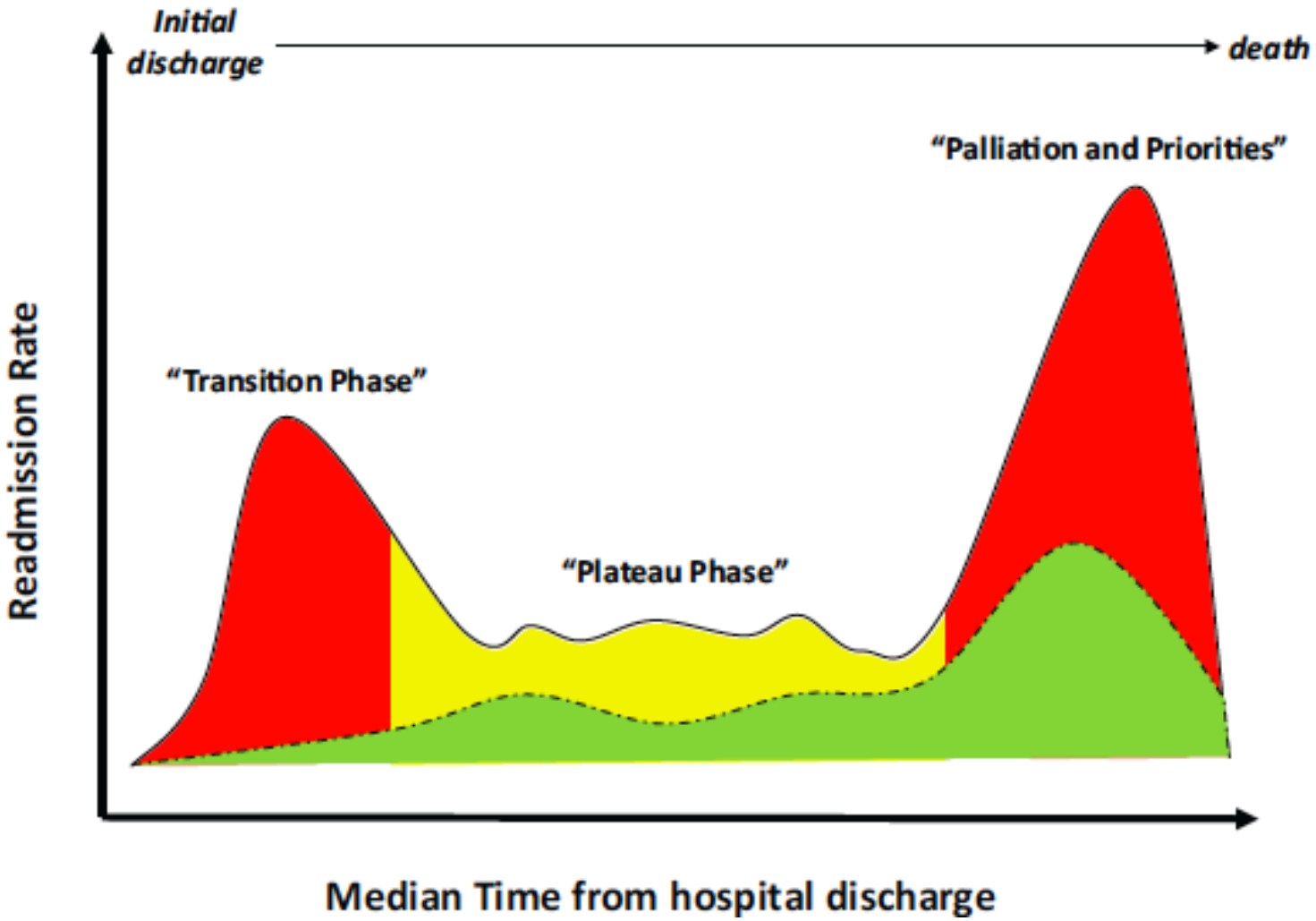
- Insuffisance cardiaque dans les pays développés :
  - 2% population, 10% après 70 ans
- Hospitalisations en France
  - 1ère cause hospitalisation après 60 ans – 200 000 / an
  - Durée de séjour 10 j. – mortalité hospitalière : 8%
  - Réhospitalisations : 50% à 1 an
  - 2% budgets de la santé
    - 70% liés aux hospitalisations, 20 0000 € / an

**What is the burden of hospitalizations for Heart Failure in France in 2010?**

M. Galinier[1], B. Bouvet[2], M. Rocchi[2], P. De Groote[3], J-N. Trochu[4]

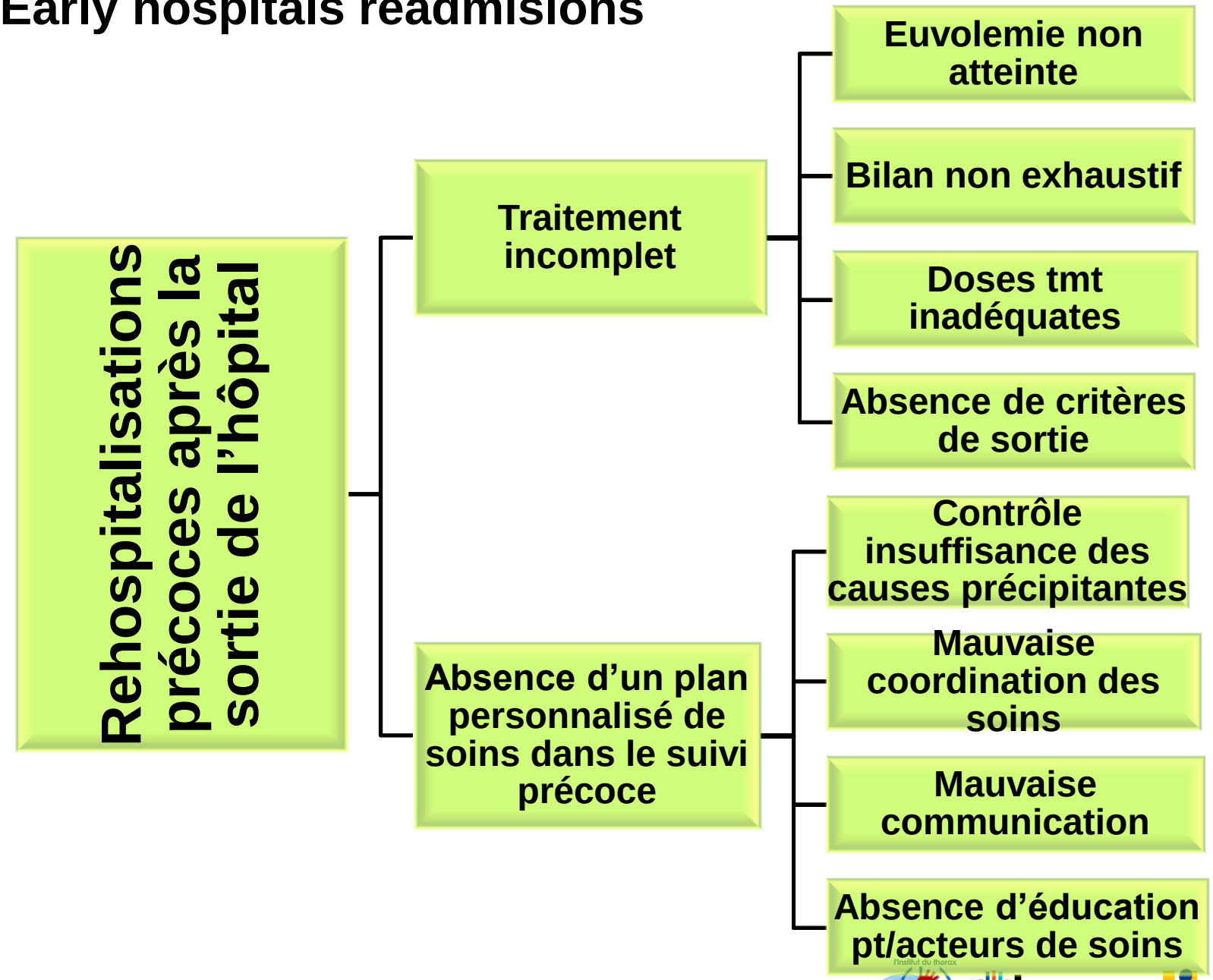
| | |
|---|---|
| Number of hospitalizations in 2010 | 210,490 |
| Number of hospitalizations after excluding hospitalizations of less than 2 days | 191,235 |
| Number of hospital days in 2010 | 2,025,249 |
| Average duration per hospital stay | 9.6 days |
| Average duration after excluding hospitalizations of less than 2 days | 10.5 days |
| Number of patients hospitalized at least once in 2010 for HF (principal diagnosis) | 160,092 |
| Number of patients after excluding hospitalizations of less than 2 days | 149,771 |
| Average hospital stay per patient | 1.3 |
| Average number of days spent during the year at hospital per patient | 12.7 |
| Average number of days per patient after excluding hospitalizations of less than 2 days | 13.4 |
| Mean age | 79.0 years |

# Rehospitalisation pour insuffisance cardiaque

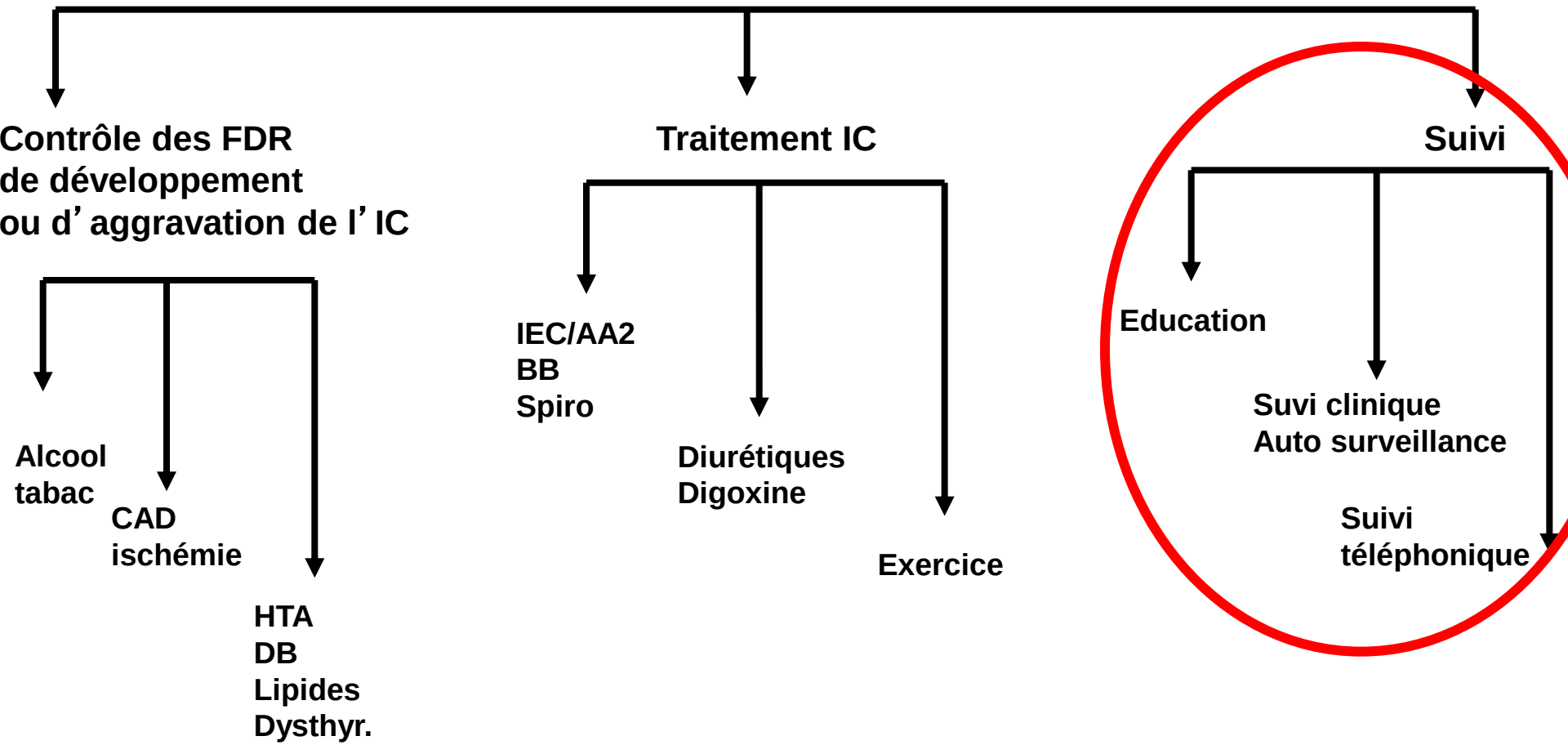



Desai AS, Stevenson LW. Circulation. 2012;126:501-506

# Early hospitals readmisions



# Traitement de l'insuffisance cardiaque



# Enhanced Access to Primary Care for Patients with Congestive Heart Failure

**Health-Related Quality of Life, Clinic Visits, and Hospital Use***

| MEASURE | ENHANCED ACCESS | USUAL CARE | *P* VALUE† |
|---|---|---|---|
| Quality of life‡ | | | |
| Mean SF-36 PCS score | | | |
| Baseline | 29.3 | 28.6 | >0.2 |
| At 6 months | 31.5 | 30.1 | >0.2 |
| Mean SF-36 MCS score | | | |
| Baseline | 45.6 | 43.7 | 0.07 |
| At 6 months | 47.1 | 45.1 | >0.2 |
| 6-month outpatient utilization | | | |
| Visits per patient | 17.2 | 14.1 | <0.001 |
| General medical clinic | 3.8 | 2.2 | <0.001 |
| Specialty clinic | 4.2 | 4.2 | >0.2 |
| Other visits§ | 9.2 | 7.8 | 0.01 |
| 6-month hospital utilization | | | |
| Proportion of patients readmitted | 55.9% | 43.9% | 0.01 |
| Proportion of CHF readmissions deemed preventable‖ | 29.4% | 29.6% | 1.0 |
| Number of readmissions | 1.5 | 1.1 | 0.02 |
| Hospital days | 9.1 | 7.3 | 0.04 |
| Deaths | 13.1% | 8.6% | 0.13 |

Oddone EZ. Am J Phys, Eff Clin Pract. 1999 Sep-Oct;2(5):201-9

Annals of Internal Medicine | Improving Patient Care

# Pharmacist Intervention to Improve Medication Adherence in Heart Failure

## A Randomized Trial

Michael D. Murray, PharmD, MPH; James Young, PharmD; Shawn Hoke, BA; Wanzhu Tu, PhD; Michael Weiner, MD, MPH; Daniel Morrow, PhD; Kevin T. Stroupe, PhD; Jingwei Wu, MS; Daniel Clark, PhD; Faye Smith, MA; Irmina Gradus-Pizlo, MD; Morris Weinberger, PhD; and D. Craig Brater, MD

314 low-income pts included 12 mo., 9 mo. intensive, 3 mo. post intensive, 62 yo.

*Table 3.* Emergency Department Visits and Hospitalizations*

| Variable | Emergency Department Visits | | Hospital Admissions | | Combined Outcome | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Intervention Group ($n$ = 122) | Usual Care Group ($n$ = 192) | Intervention Group ($n$ = 122) | Usual Care Group ($n$ = 192) | Intervention Group ($n$ = 122) | Usual Care Group ($n$ = 192) |
| All causes | -8% | | | | -8% | |
| Mean (SD), $n$ | 2.16 (3.31) | 2.68 (4.87) | 0.78 (1.66) | 0.97 (1.78) | 2.94 (4.69) | 3.65 (6.26) |
| Median (IQR), $n$ | 1 (0–3) | 1 (0–3) | 0 (0–1) | 0 (0–1) | 1 (0–3) | 1.5 (0–4) |
| IRR (95% CI)† | 0.82 (0.70–0.95) | | 0.81 (0.64–1.04) | | 0.82 (0.72–0.93) | |
| Cardiovascular | | | | | | |
| Mean (SD), $n$ | 0.57 (1.39) | 0.65 (1.63) | 0.31 (0.86) | 0.37 (0.91) | 0.61 (1.72) | 0.67 (1.95) |
| IRR (95% CI)‡ | 0.94 (0.51–1.73) | | 0.86 (0.45–1.63) | | 0.96 (0.48–1.91) | |
| Heart failure | | | | | | |
| Mean (SD), $n$ | 0.30 (1.03) | 0.30 (1.27) | 0.11 (0.46) | 0.15 (0.58) | 0.40 (1.47) | 0.44 (1.79) |
| IRR (95% CI)‡ | 1.09 (0.42–2.87) | | 0.77 (0.28–2.10) | | 1.00 (0.36–2.77) | |

* IQR = interquartile range; IRR = incidence rate ratio.

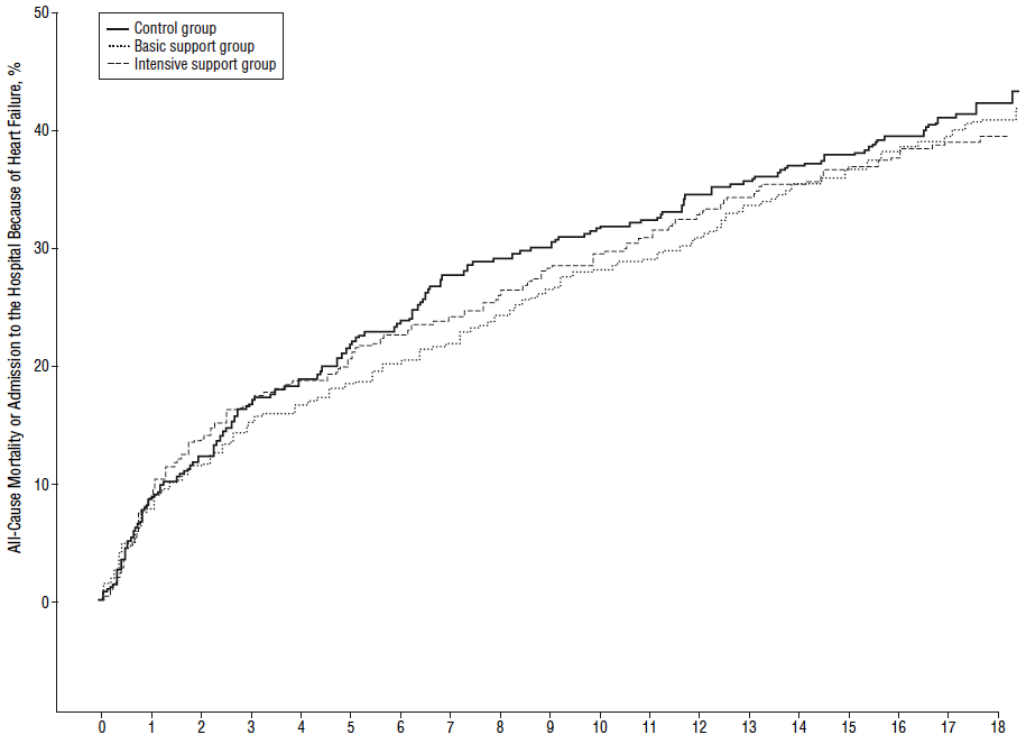
Ann Intern Med. 2007;146:714-725.

l'Institut du thorax Inserm Centre Hospitalier Universitaire de Nantes Université de Nantes

# Effect of Moderate or Intensive Disease Management Program on Outcome in Patients With Heart Failure

## *Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH)*

Time to death or rehospitalisations because of HF




- Favourable trend in mortality (-15%) was offset by more hospitalizations in the intervention groups
- Nurses' proclivity towards hospitalizations in case of congestion ?
- High level of primary care in the control group, and extra visits to the cardiologists

Jaarsma et al. Arch Intern Med. 2008;168(3):316-324

Instituts thématiques Inserm CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES UNIVERSITÉ DE NANTES

THE COCHRANE COLLABORATION®

**Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and meta-analysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: Abridged Cochrane Review†**

Inglis SC, Cochrane Database Systematic Review 2010 Aug 4

Inglis SC. European Journal of Heart Failure (2011) 13, 1028–1040

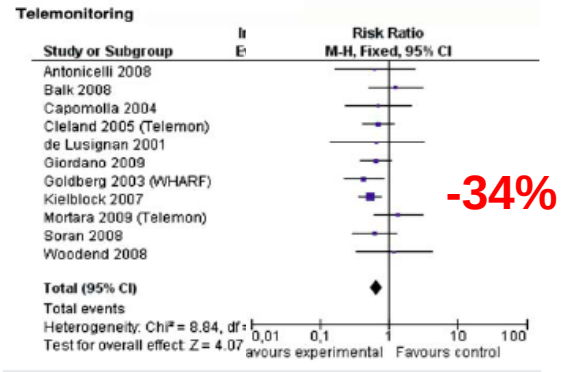
16 études évaluant un suivi téléphonique structuré : 5613 pts
11 études évaluant la télésurveillance : 2710 pts
2 études évaluant ces 2 interventions

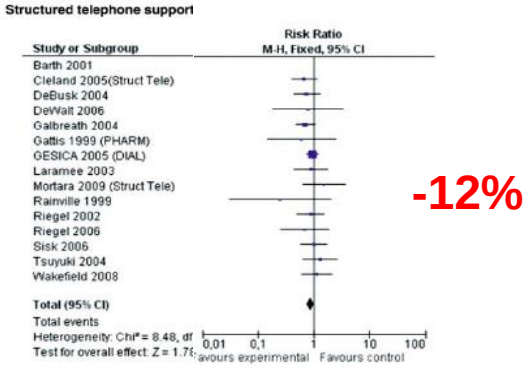
**Telemonitoring:** transfer of physiological data (BP, weight, ECG, and O2) through telephone or digital cable from home to healthcare provider

**Regular structured telephone contacts:** between patients and healthcare providers, which may or may not include the transfer of physiological data

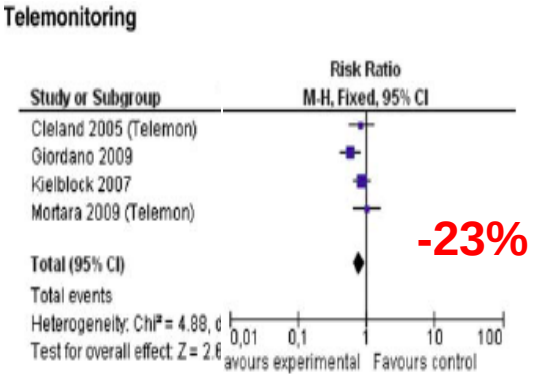
l'Institut du thorax Inserm CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES UNIVERSITÉ DE NANTES

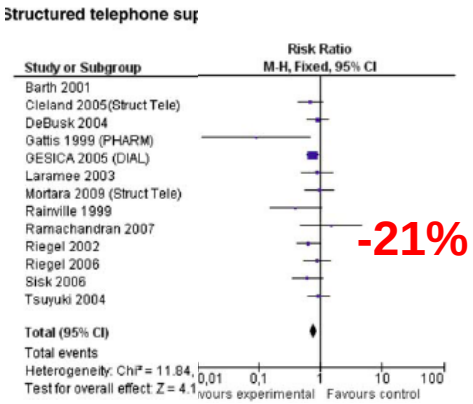
# All cause mortality



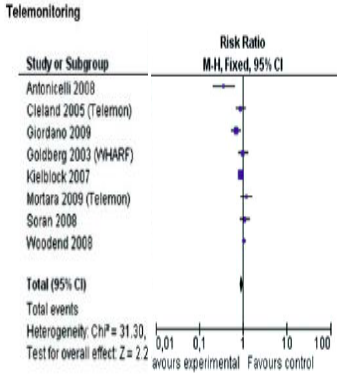



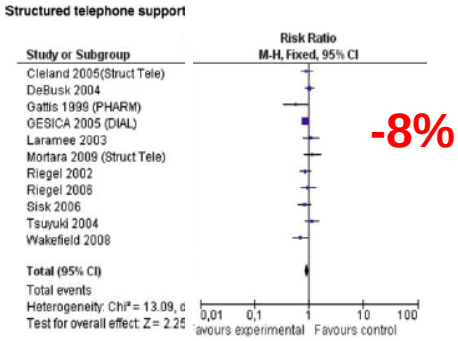

# HF rehospitalization




# All causes rehospitalizations




Inglis SC. European Journal of Heart Failure (2011) 13, 1028–1040

# Limites

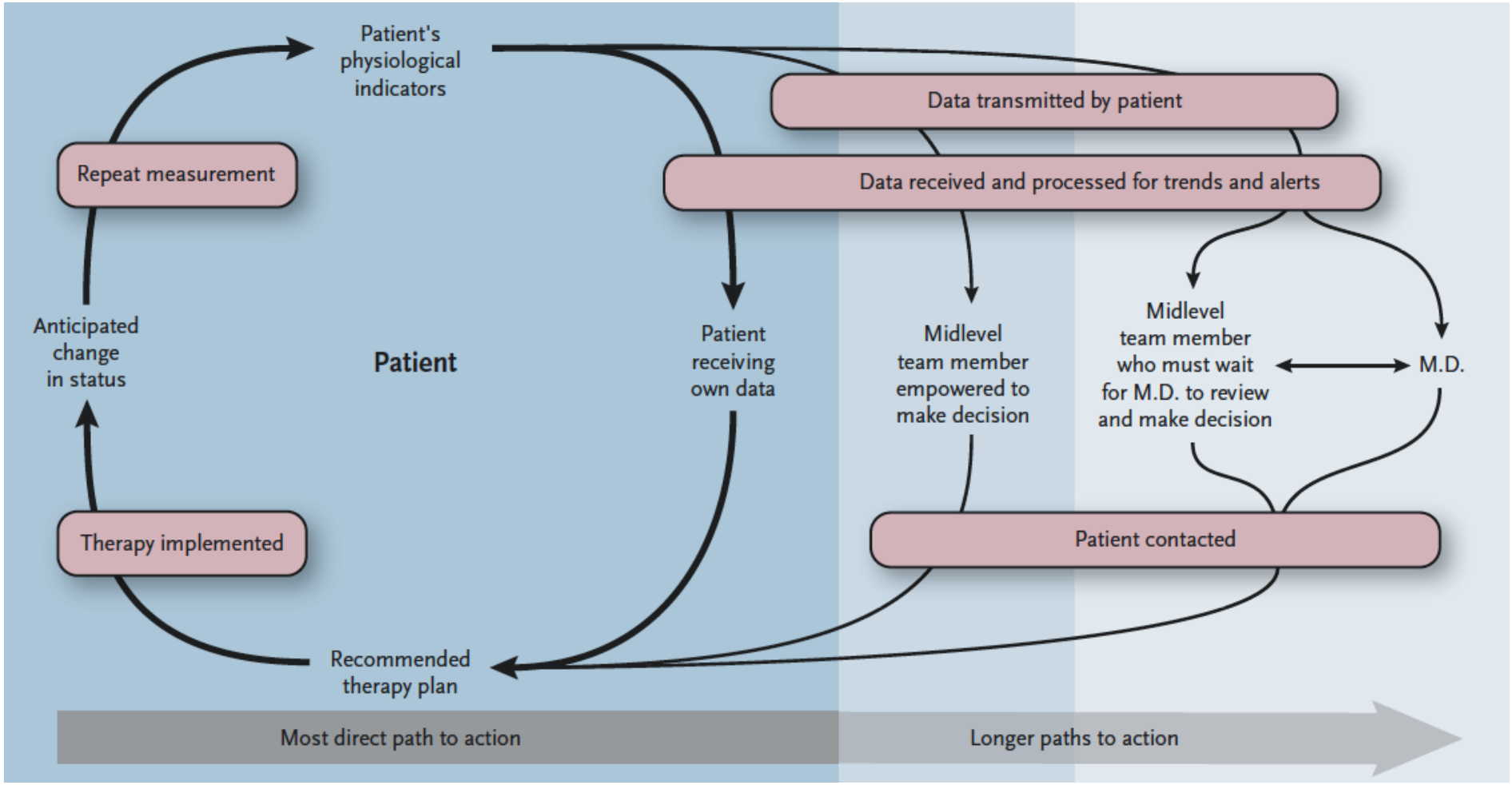
## Observance / pts

- **Sous utilisation**
  - 14% n'utilisent pas les systèmes, 55% continuaient à utiliser les système à la fin de l'étude Téle HF 3 fois par semaine
- **Groupes contrôles différents ?**
- **Quel patient va en tirer** le meilleur bénéfice
- **Education**
  - Patients, famille, acteurs de soins

## Système

- **Paramètres surveillés**
  - modifications tardives du signal, qualité, pertes transmission et performance des algorithmes
- **Réponse**
  - 9h-18h
  - personnels de niveau moyen sans pouvoir de décision, pas d'adaptation thérapeutique
  - Pas d'approche éducative ds réponse, pas d'acquisition de compétences
- **Organisation**
  - Durée du suivi : Télé-HF (6mo) - TIM-HF (26 mo)
  - collaboration insuffisante avec les acteurs de soins conventionnels et de premier recours (MG, cardiologues, infirmières)

# Cercle de prise en charge ambulatoire de l'IC




Desai AS StevensonLW NEJM 2011;363;24

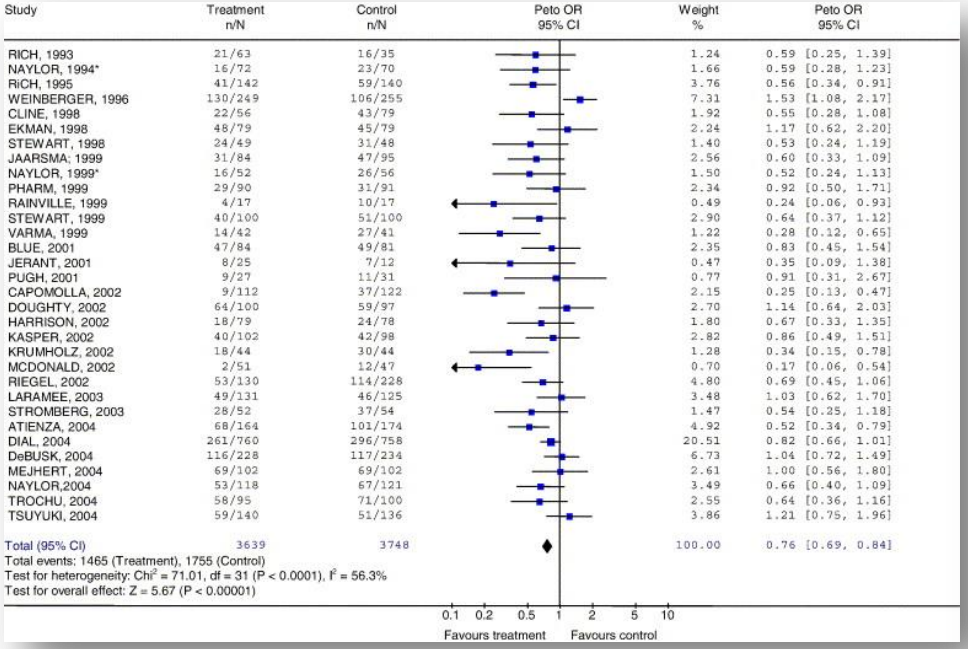
# Télécardiologie et suivi des patients insuffisants cardiaques

- Enjeux médico-économiques majeurs
- Approche holistique indispensable
- Ne doit pas être une réponse purement technique et déshumanisée :
  - complément aux soins cliniques traditionnels sans s'y substituer
  - en s'intégrant aux structures de soins existantes
  - en maintenant la qualité de la relation soignants-patients-entourage
- Doit associer un programme (renforcement) d'éducation du patient et de l'entourage
- Toujours en évaluation

# Multidisciplinary management programmes in elderly HF patients

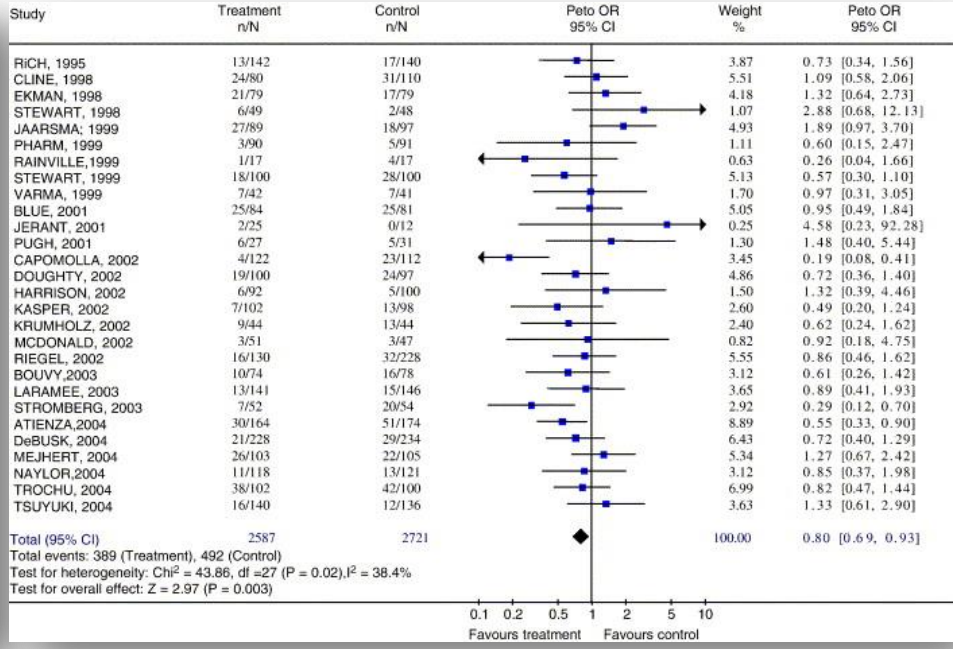
## All causes rehospitalisations

- 24%




## All causes mortality

- 20%




Roccaforte R et al EJHF 2005 7 1133

# Complexity of program and clinical outcomes of heart failure disease management incorporating specialist nurse-led heart failure clinics. A meta-regression analysis

Christopher O. Phillips[a,*], Ramesh M. Singa[b], Haya R. Rubin[b,c], Tiny Jaarsma[d]

Complexity and program components of CHF DM with specialist nurse-led heart failure clinics

| Program components | Complexity of study protocols (first author, year) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cline et al. [30] | Ekman et al. [31] | McDonald et al. [32]; Ledwidge et al. [33] | Doughty et al. [34] | Kasper et al. [35] | Stromberg et al. [36] |
| Discharge planning ● | + | – | + | – | – | – |
| Pre-discharge CHF education[a] ● | + | – | + | – | – | – |
| Post-discharge CHF education[a] | + | + | + | + | + | + |
| Medication counseling and review | + | + | + | + | + | + |
| ACE inhibitors optimized | | | | | | |
| Baseline >75% | – | – | + | + | + | + |
| Follow-up >75% | + | – | + | + | + | nr |
| Self-care behavior[b] ● | + | + | + | + | – | + |
| Increased communication between providers | + | + | + | + | + | + |
| Home visit[c] ● | + | – | – | – | – | – |
| Telephone follow-up[d] | + | + | + | + | + | + |
| Specialist heart failure nurse | + | + | + | + | + | + |
| Heart failure clinics[e] | + | + | + | + | + | + |

discharge planning and immediate post-discharge follow-up >

Phillips Eur J Heart Fail 7 (2005) 333– 341

# Etude Nantes 2000
# REHOSPITALISATIONS POUR IC
# 1 an après la sortie

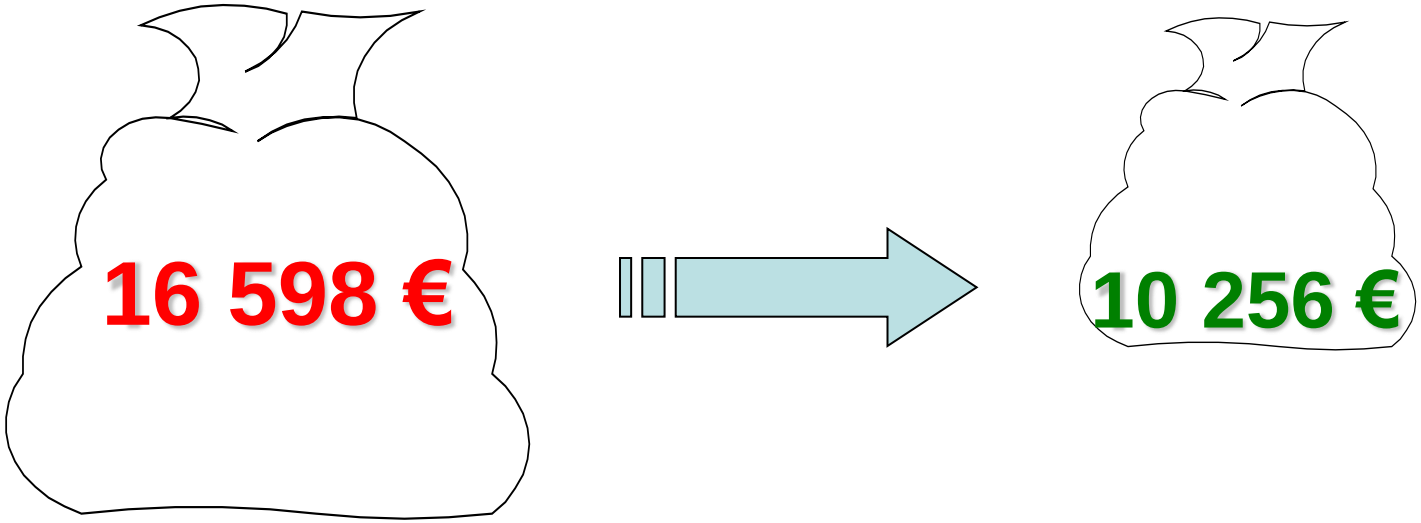
| | Control | Intervention | p |
|---|---|---|---|
| Nb hospitalisations | 131 | 42 | 0.01 |
| Nb jours hospitalisation | 1570 | 798 | (-772) |
| Nb jours hospitalisation / pt | 15.70 ± 25.9 | 8.40 ± 15.6 | <0.01 |
| Délai 1ère hospitalisation (j) | 124 | 116 | 0.072 |

… et 2 lits gagnés pour 100 patients traités

l'Institut du thorax
Inserm
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES
UNIVERSITÉ DE NANTES

# Mean cost per patient real life 2004

**Before inclusion** **After inclusion**




Mean saving per patient: 6 342 € over 290 days of FU, i.e. 7 982 €/year/patient

- Soit : 1, 891,734 € si on extrapole les résultats à l'ensemble des patients suivis pendant la même période

# RESICARD: East Paris network for the management of heart failure: Absence of effect on mortality and rehospitalization in patients with severe heart failure admitted following severe decompensation

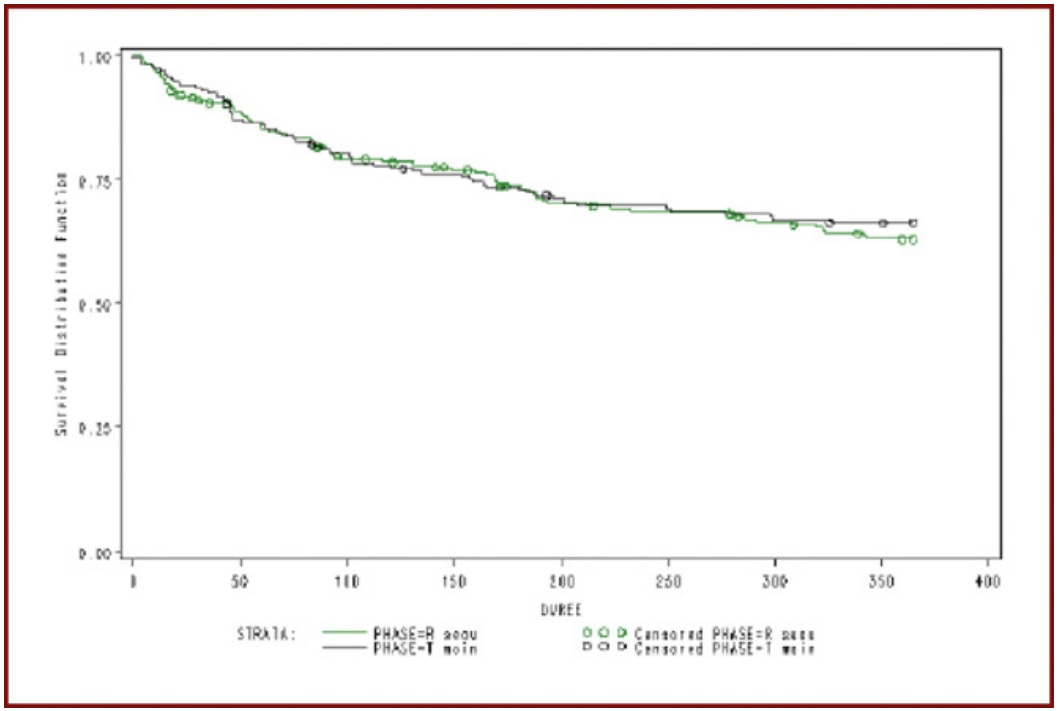
**Primary endpoints:**

• onset of major cardiac events, defined as readmission or death from cardiovascular causes during follow-up;

• interval between inclusion and onset of a major cardiac event.

**Secondary endpoints:**

• all cause death, total number of hospital readmissions, number of readmissions for heart failure and duration of hospitalization




Assyag P. Arch Cardiovasc Dis (2009) **102**, 29—41

# Effectiveness of a multidimensional home nurse led heart failure disease management program—A French nationwide time-series comparison

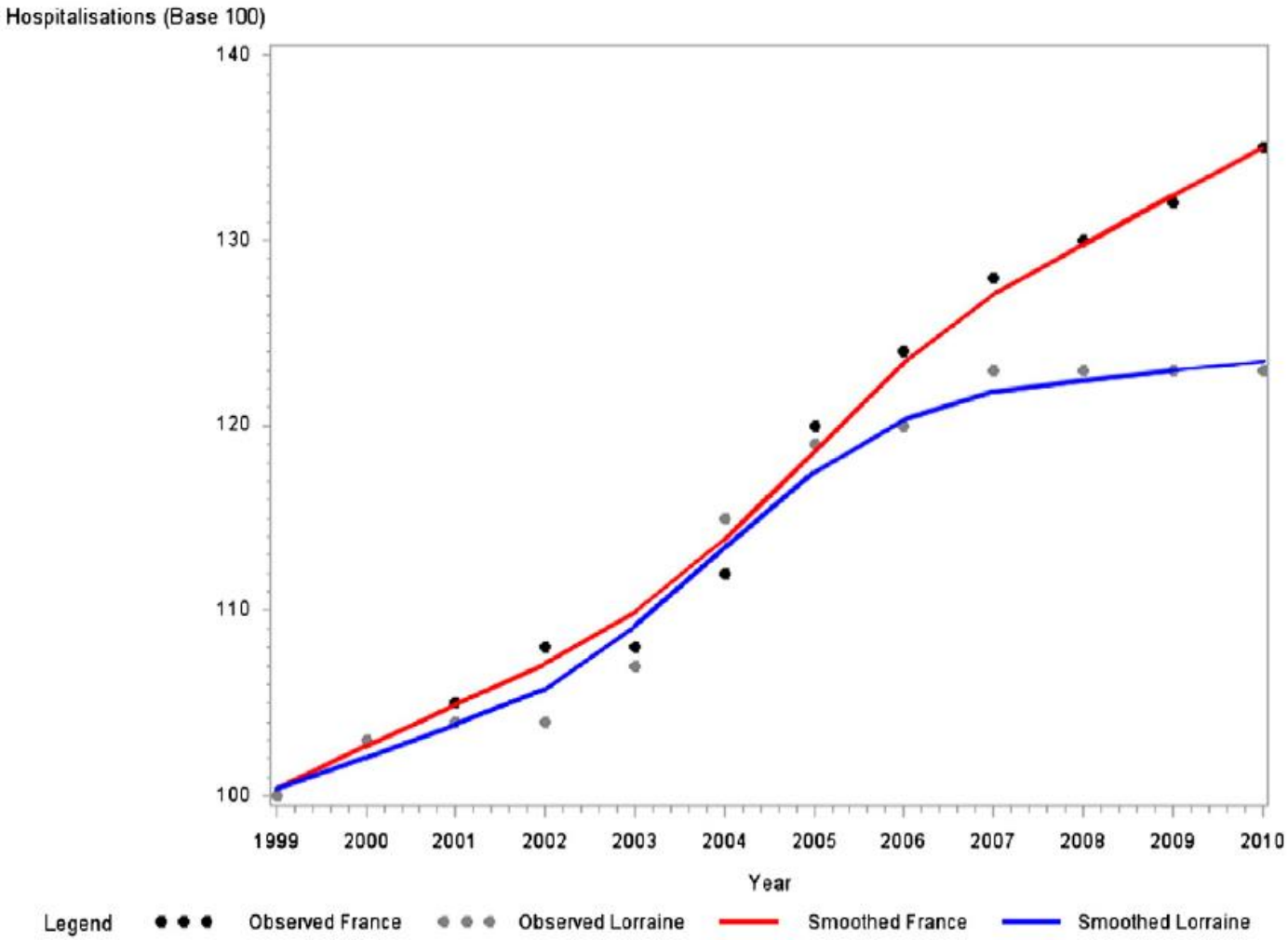



**Fig. 3.** Trend of heart failure hospitalizations between 1999 and 2010 in Lorraine vs. all other regions in France.

Agrinier N. Intern J of Cardiol 168 (2013) 3652–3658

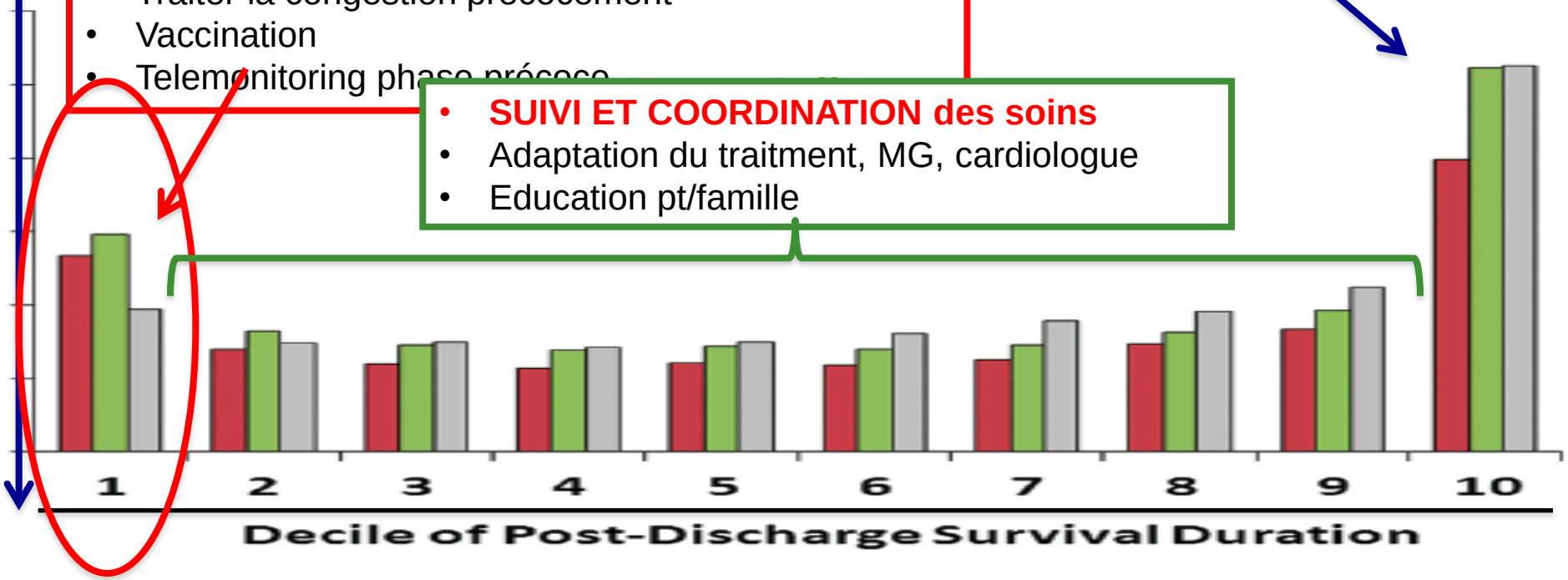
# Plan personnalisé de soins

- **QUALITE DES SOINS à l'hôpital**
- Critères de sortie

- **SUIVI PRECOCE après la sortie**
- Plan personnalisé de soin, cibler les sujets à risque
- Approche multidiscipinaire, "disease manahgement
- Infirmières (délégation de tâches)
- Treatment uptitration
- Coordination des soins
- Aspects psycho/socio/economic Pt/
- Education des proches et des aidants
- Traiter la congestion précocément
- Vaccination
- Telemonitoring phase précoce

- **INSUFISANCE CARDIAQUE AVANCEE**
- Spécialistes IC, adresser au centre de reférence
- Assistance circulatoire, transplant,
- Soins palliatifs

- **SUIVI ET COORDINATION des soins**
- Adaptation du traitment, MG, cardiologue
- Education pt/famille




Adapted from Desai AS, Stevenson LW. Circulation. 2012;126:501 and Chun S. Circ Heart Fail. 2012;5:414-421

European Heart Journal (2012) **33**, 1787–1847
doi:10.1093/eurheartj/ehs104

ESC GUIDELINES

# ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012

**Table 26** Characteristics and components of management programmes for patients with heart failure with reduced ejection fraction and heart failure with preserved ejection fraction

| | |
|---|---|
| **Characteristics** | Should employ a multidisciplinary approach (cardiologists, primary care physicians, nurses, pharmacists, etc.) |
| | Should target high-risk symptomatic patients |
| | Should include competent and professionally educated staff |
| **Components** | Optimized medical and device management |
| | Adequate patient education, with special emphasis on adherence and self-care |
| | Patient involvement in symptom monitoring and flexible diuretic use |
| | Follow-up after discharge (regular clinic and/or home-based visits; possibly telephone support or remote monitoring) |
| | Increased access to healthcare (through in-person follow-up and by telephone contact; possibly through remote monitoring) |
| | Facilitated access to care during episodes of decompensation |
| | Assessment of (and appropriate intervention in response to) an unexplained increase in weight, nutritional status, functional status, quality of life, and laboratory findings |
| | Access to advanced treatment options |
| | Provision of psychosocial support to patients and family and/or caregivers |

McMurray JJV. European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847

# Role de l’infirmière ?

- Clinique d’IC
  - Education
  - Accompagnement
  - Support téléphonique
  - Conseil sur le traitement, prises, effets secondaires, adaptation des doses ?)
- Suivi ambulatoire
  - Education
  - Accompagnement
  - Conseil sur le traitement, prises, effets secondaires, adaptation des doses ?)

# Rôles du patient

# Education du patient

Aider le patient à vivre une vie optimale malgré/avec sa maladie
Pour concilier au mieux sa vie, ses projets de vie et les exigences du traitemen

- L'information ne garantit pas l'acquisition d'un savoir
- Le savoir ne conduit pas forcément à un changement de comportement
- La composante essentielle de l'auto-prise en charge
  - Apprendre à reconnaitre les signes d'aggravation,
  - Adapter son mode de vie et observer au mieux le traitement

- Education va au delà de l'information
  - Approche globale
  - Partages de compétences
  - formation à la prise de décision
- Approche multidisciplinaire et multi-professionnelle qui permet :
  - Composer entre la maladie, vie sociale et les projets de vie, représentation de la maladie, acceptation d'une maladie chronique
- Nécessité d'un personnel formé à l'éducation thérapeutique

Albano et d' Ivernois. Cahiers pédagogiques 2001 399
Ditewig JB Patient education and counseling 2010 78 297

# Objectifs personnalisés

**Tableau I. Référentiel de compétences pour les patients insuffisants cardiaques – Réseau Respecticœur.**

| |
|---|
| Repérer les signes d'alerte annonciateurs d'une décompensation :<br>– se peser régulièrement ;<br>– repérer ses œdèmes ;<br>– analyser son degré d'essoufflement et de fatigue. |
| Décider les actions à entreprendre devant les signes d'aggravation (alerte, consultation médicale, modification du traitement diurétique) en situation d'urgence ou non. |
| Limiter sa consommation sodée quotidienne (en prenant des repas cuisinés sans sel, en contrôlant la quantité d'aliments salés), dans la vie courante et lors de situations particulières. |
| Pratiquer une activité physique adaptée en régularité, en durée, en intensité (n'entraînant pas de symptômes). |
| Organiser la prise des médicaments, prendre régulièrement son traitement. |
| Consulter régulièrement son médecin. |
| Communiquer sur sa situation de santé de façon adaptée au contexte. |
| Réajuster l'autosurveillance, l'alimentation, l'activité physique, la prise du traitement en cas d'événement intercurrent. |

A.-L. Laprérie, J.-N. Trochu. Médecine des maladies Métaboliques
Janvier 2013 - Vol. 7 - N° 1

Plan de site Mentions légales Accessibilité Contact

Société Française de Cardiologie

Rechercher

Activités de la SFC | Groupes et filiales

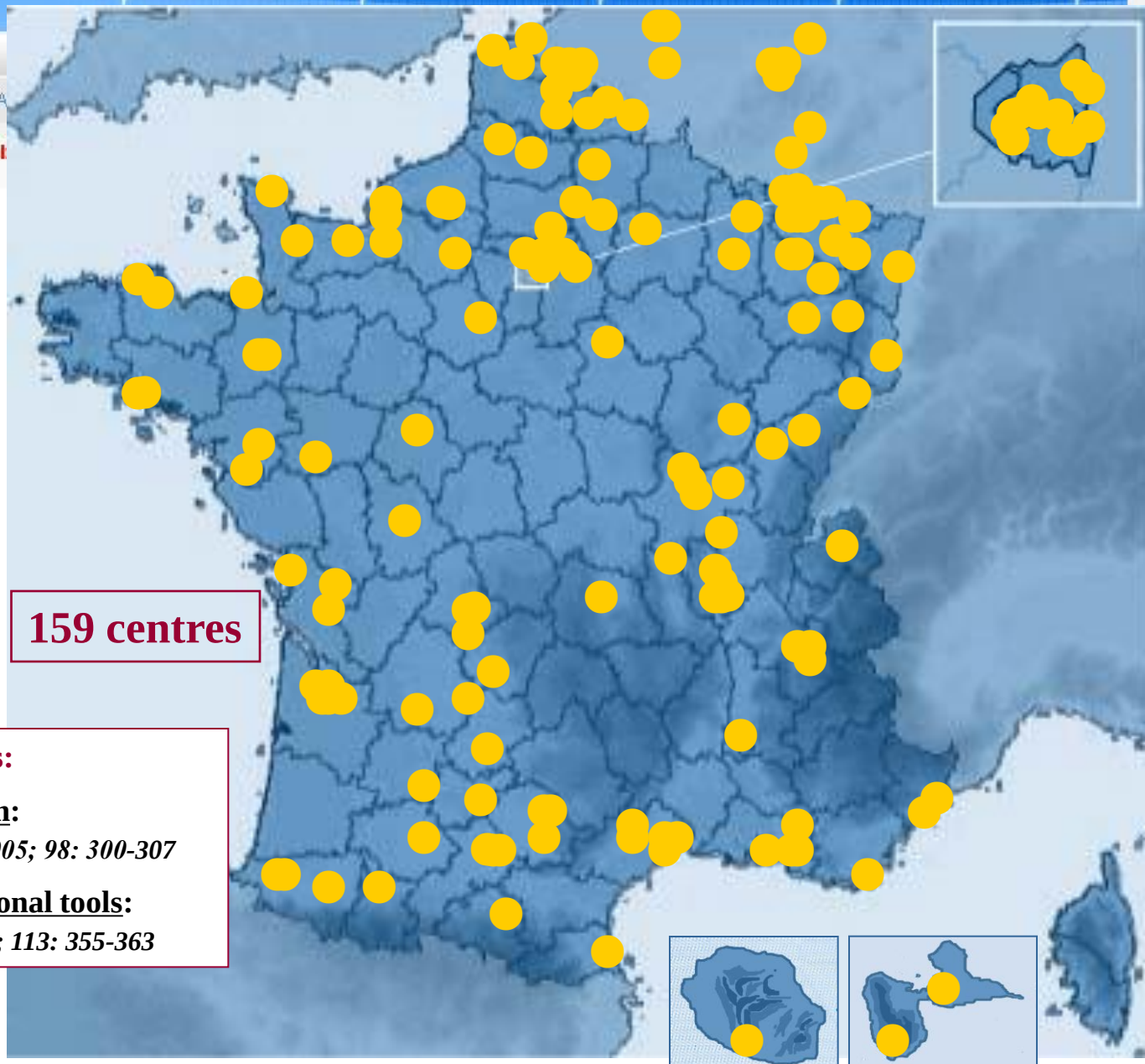
Vous êtes ici : A

Navigation

18/19 septemb

Insuffisance cardiaque et cardiomyopathies

- Agenda
- Registres et études
- Membres et contacts
- Comptes-rendus de réunion
- Références bibliographiques
- DIU
- Cas clinique
- Parcours EP
- Nos favoris
- Journées des g de travail
- Publications des groupes et filiales




**2 first publications:**

- **I-CARE Program:**
  *Arch Mal Cœur 2005; 98: 300-307*
- **I-CARE Educational tools:**
  *Int J Cardiol 2006; 113: 355-363*

# Therapeutic education: a comprehensive approach

- Continuous education :
  - initiale phase of education
  - Educative follow up
  - Resumption education phase
  - Multiprofessional, multidisciplinar

- Adhesion
  - proposition of GP or cardiologist
  - during hospitalisation
- Education
  - educational diagnosis
  - Individual education
  - collective education
- Clinical and educational follow up
- Periodical evaluation

# Peut on offrir à chaque patient un plan personnalisé de soins de qualité ?

- Les réseaux / éducation sont initialement issus d'organisations hospitalières confrontées à l'impossibilité d'optimiser le traitement en phase hospitalière et le nombre de patients à prendre en charge
- Nombre croissant de pts atteints de maladie chronique et besoin de développer les programmes en proximité et ambulatoire :
  - Les programmes deprise en charge multi disciplinaire se sont développés pour répondre à cette question au cours des années 2000
  - based on structured patient education programs and coordination of care
  - structured, flexible, tailored and accessible organization, this program and others have demonstrated their beneficial effects on quality of life, reduction of hospital readmission and survival.
  - will reach all chronic patients ?

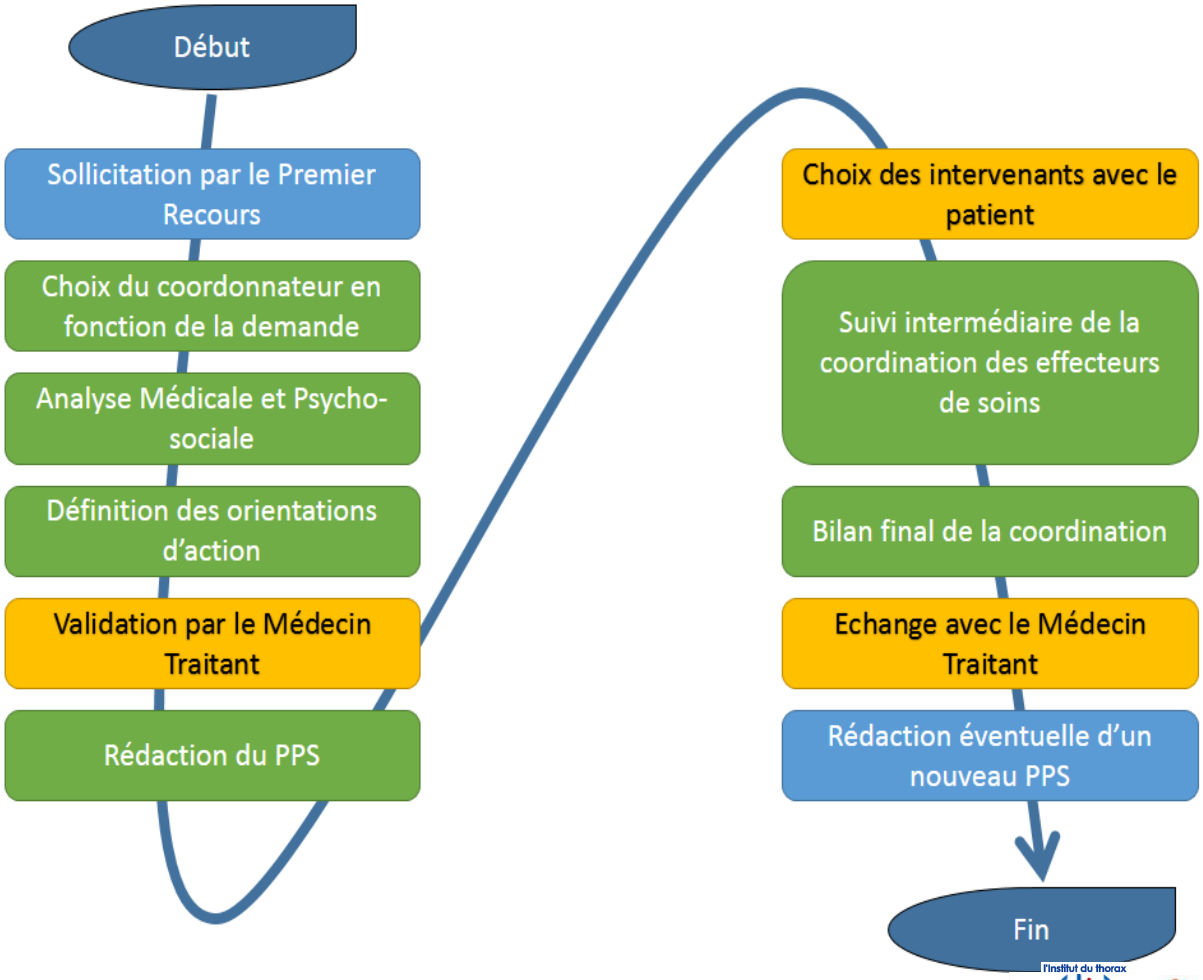
# 2004 => 2014

*MC44*

Rencontre à l'ARS le 26 mars 2014

# L'appui à la coordination

**Orientations du guide méthodologique de l'ARS Pays de la Loire « Evolution des réseaux de santé. Elaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et conduite du dialogue de gestion » - mai 2013.**



# 4 fonctions au cœur de MC44

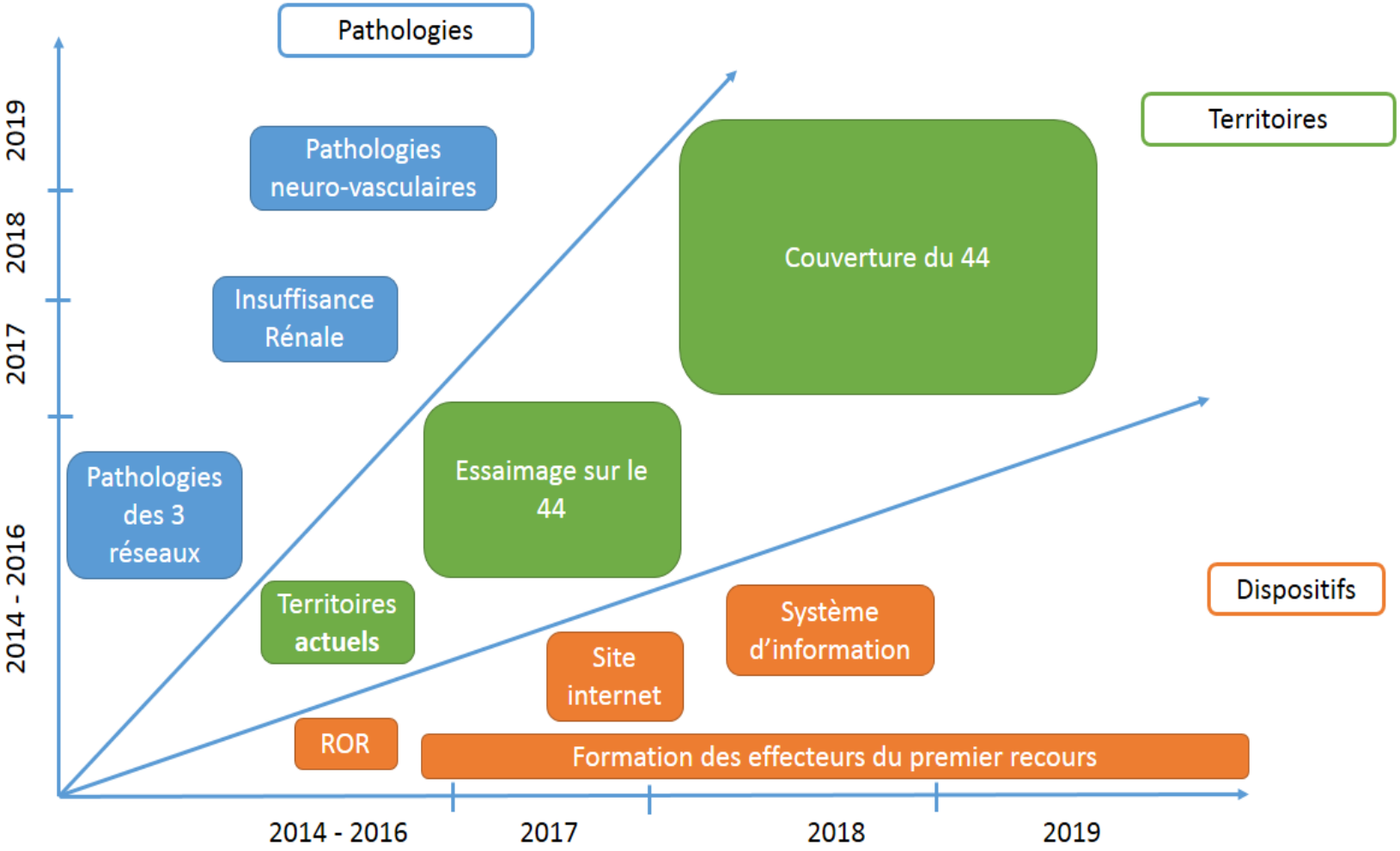
- **Fonction 1 : Appui à la coordination des médecins traitants**
- Objectif 1 : renforcer l'identification du réseau par l'ensemble des professionnels de santé
- Objectif 2 : appui à la coordination pour des malades en situation complexe
- Objectif 3 : organisation et planification du parcours du patient sous la responsabilité du médecin généraliste de premier recours

- **Fonction 2 : Offre d'Education Thérapeutique du Patient**
- Objectif 1 : Appui à la réalisation du PPS en utilisant l'outil ETP

- **Fonction 3 : Formation des professionnels de santé sur la maladie et sur l'ETP**
- Objectif 1 : Formation pour les acteurs de proximité

- **Fonction 4 : Information des professionnels de santé du premier recours et de la population sur la maladie et sur l'ETP**
- Objectif 1 : Information pour les acteurs de proximité

# Matrice du changement



# Insuffisance cardiaque

## Expérimentation PRADO Case

**CNAMTS / DDGOS**
IC – expérimentation Case PRADO
11 septembre 2012

SECURITÉ SOCIALE
l'Assurance Maladie
Caisse Nationale

l'Institut du thorax
Inserm
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES
UNIVERSITÉ DE NANTES

# Une offre Assurance Maladie pour les insuffisants cardiaques

La population des insuffisants cardiaques (400 000 personnes du régime général identifiées) se caractérise par des taux élevés de réhospitalisation et de mortalité à moyen terme

91 028 personnes ont été hospitalisées pour décompensation cardiaque en 2010 (régime général hors SLM)

60 796 personnes hospitalisées sont retournées à domicile

34 % de réhospitalisation pour décompensation cardiaque et 112% pour une autre cause dans les 6 mois

16 % de décès dans les 6 mois suivant l'hospitalisation

L'enjeu pour la CNAMTS est de diminuer ces taux de réhospitalisation et de mortalité en proposant une offre de suivi à domicile sur une période de 6 mois suivant l'hospitalisation, période à plus fort risque pour ces patients, composée des éléments suivants

## Initialisation du suivi médical

- Organisation du 1er RDV avec le médecin traitant
  ➔ Rôle central du médecin concernant le suivi et l'orientation du patient, notamment auprès du cardiologue
- Organisation du RDV avec le cardiologue

## Accompagnement attentionné

- Intégration des patients éligibles dans un programme d'éducation et de surveillance par des infirmières libérales formées à cet effet (domicile / téléphone)
- Durée du programme (6 mois), phase à risque pour les patients décompensés

## Aide à la vie

- Organisation de la prise en charge pour les personnes en situation de dépendance
- Services : portage de repas, ménage, voire aide à la toilette



SÉCURITÉ SOCIALE
L'Assurance Maladie
Caisse Nationale

# Organiser la prise en charge autour du patient

## Équipe médicale en établissement :

- Décide la date de sortie
- Réalise l'éducation initiale
- Remet au patient un carnet de suivi spécifique et la balance communicante
- Transmet les informations au correspondant CAM

## Cardiologue

- Assure une consultation 1 mois après la sortie d'hospitalisation
- Assure le suivi en coordination avec le médecin traitant

## Médecin traitant

- Coordonne le suivi de son patient en lien avec le cardiologue et l'infirmière libérale
- Réalise une consultation précoce avant 7 jours et une visite longue 2 mois après la sortie d'hospitalisation
- Prend en charge son patient en cas d'alerte adressée par l'infirmière ou la plate-forme téléphonique

## Participant

- Installe sa balance à domicile
- Réalise sa pesée

## Prestataire télémédecine

- Contacte le patient en cas de données anormales
- Alerte le MT du patient ou le 15 en cas d'échec du contact en cas de données
- Garantit la maintenance du parc de balances et de bases communicantes

## Infirmière libérale

- Réalise les séances de surveillance et de rappels d'éducation à l'aide du carnet de suivi
- Alerte le médecin traitant si nécessaire

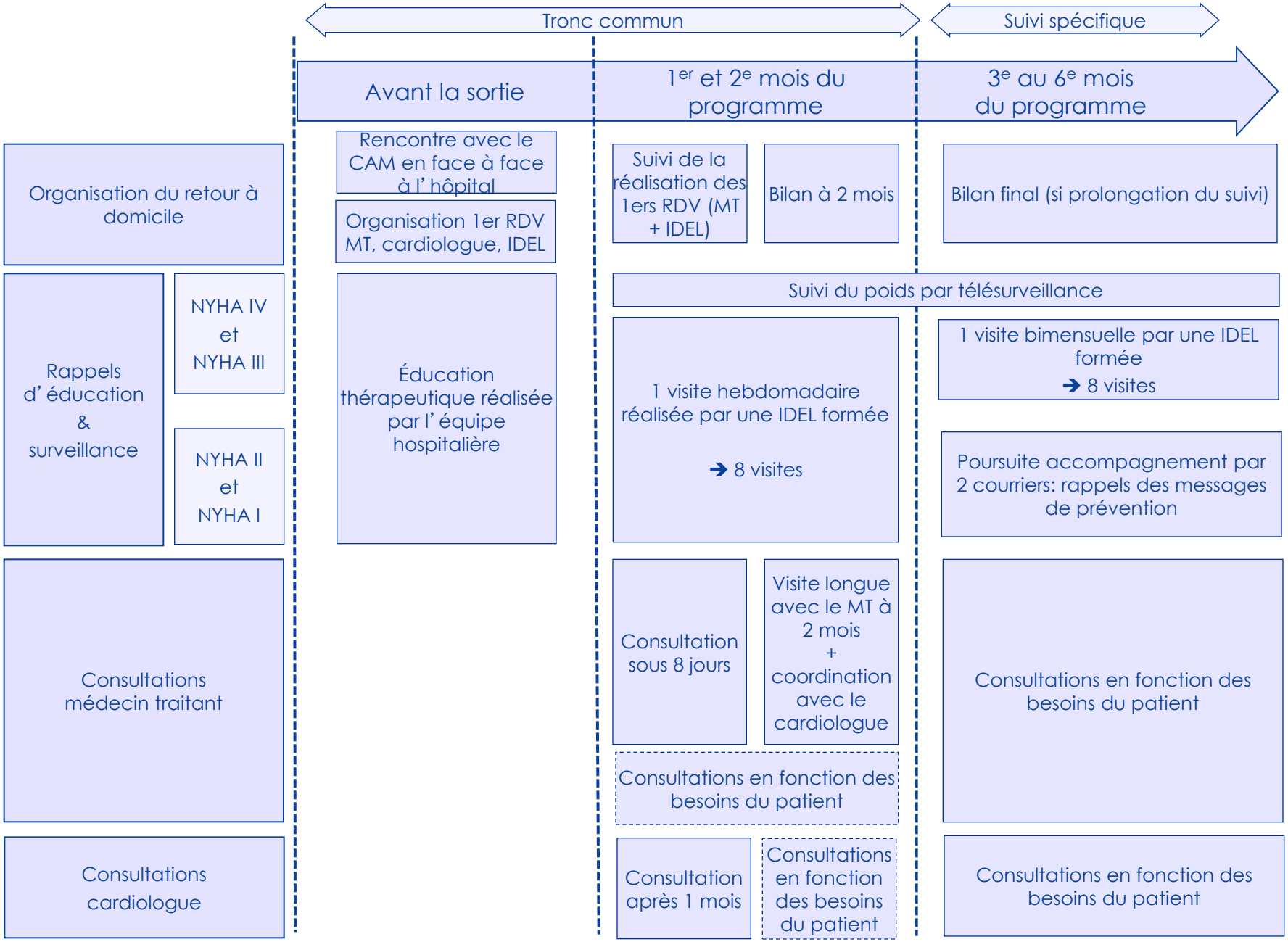
## Conseiller Assurance Maladie

- Organise la mise en relation avec les professionnels de santé libéraux (infirmière, médecin traitant, cardiologue) et les prestataires d'aide à la vie
- Organise le transport du retour à domicile
- S'assure que les prestations sont réalisées
- Réalise un bilan de satisfaction avec le participant

## Prestataire aide à la vie

- Assure la livraison des repas ou l'aide ménagère auprès du patient, en coordination avec les services sociaux de l'Assurance Maladie et l'IDEL

# Le détail du parcours proposé



# Conclusion

- Vieillissement de la population et augmentation des maladies chroniques
- Réduction du nombre de lits conventionnels
- « Appauvrissement » du tissu médical de ville
- Limitations majeures – structurelles - au développement d'une consultation hospitalière
- Importance majeure de la qualité des soins hospitaliers
  - Définition d'objectifs de soins, suivi des recommandations, critères de
- Réduction programmée de la durée d'hospitalisation
- Importance majeure d'un plan de soins personnalisé ?
- Mais comment l'appliquer en ambulatoire ?