

Innovations dans le parcours de soin du patient insuffisant cardiaque : Délégation d'actes, télésurveillance

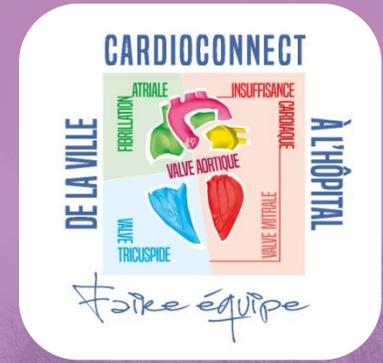
Pr Thibaud Damy, Mme Armelle Duchenne, Dr
Silvia Oghina, Dr Gagan Deep Sing Chadha, Pr Luc
Hittinger

Sandrine Dias, Michel Frelat, Aurélia Gauchard,
Christine Lecerf.



Liens d'intérêt

Astra Zeneca, Bayer, Novartis, Boehringer , Pfizer.



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Groupe
Insuffisance Cardiaque
& Cardiomyopathies

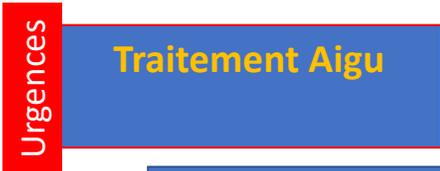
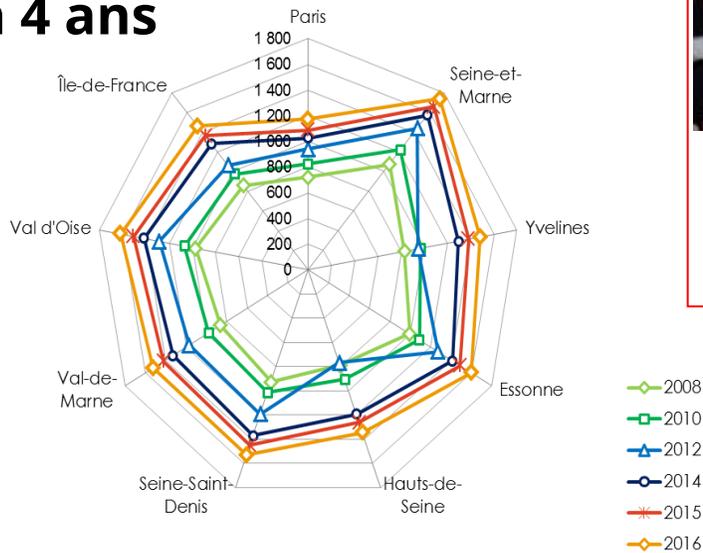


Contexte et enjeux

Insuffisance cardiaque = maladie chronique avec une incidence en augmentation (2,3% de la population française soit 1,5 M)



**+ 25%
en 4 ans**



+ 10-15kg d'eau

*Essoufflement
Prise de poids
Oedèmes
Fatigue*



- Optimisation du traitement médical
- Télésurveillance
- Coordination du parcours de soin
- Eviter le passage aux urgences
- Education thérapeutique



+ 10-15kg d'eau

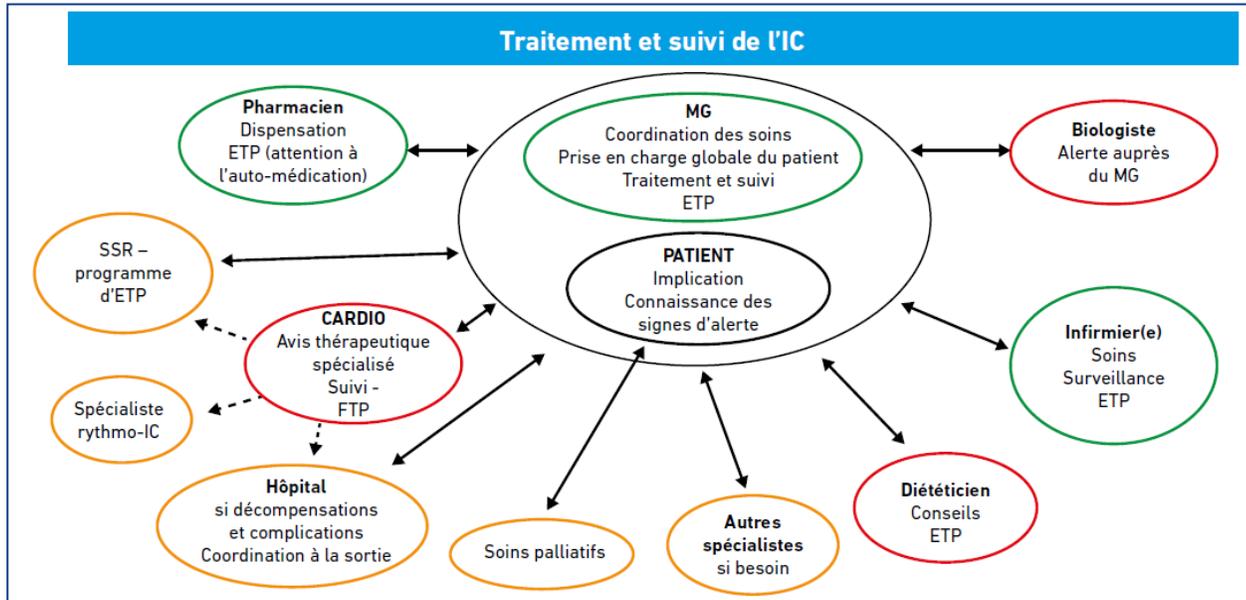
*Essoufflement
Prise de poids
Oedèmes
Fatigue*



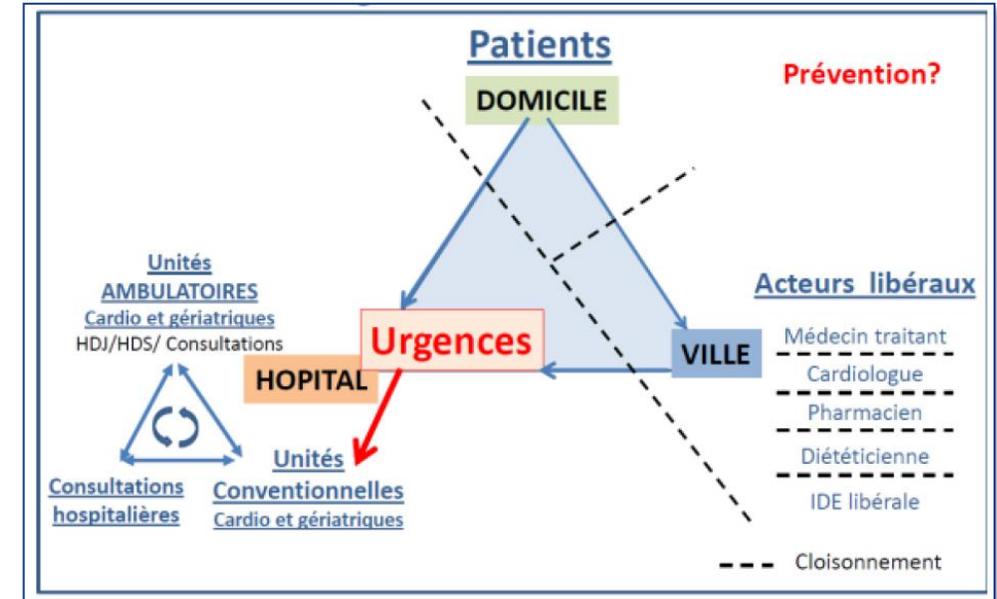
Contexte et enjeux



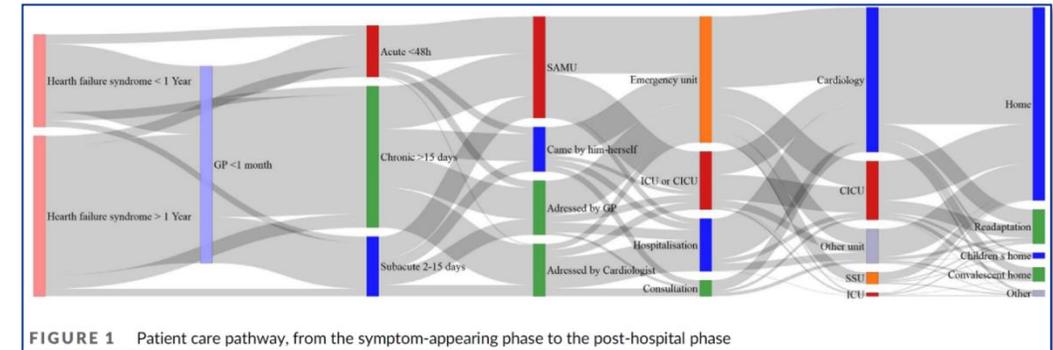
Parcours HAS - 2012



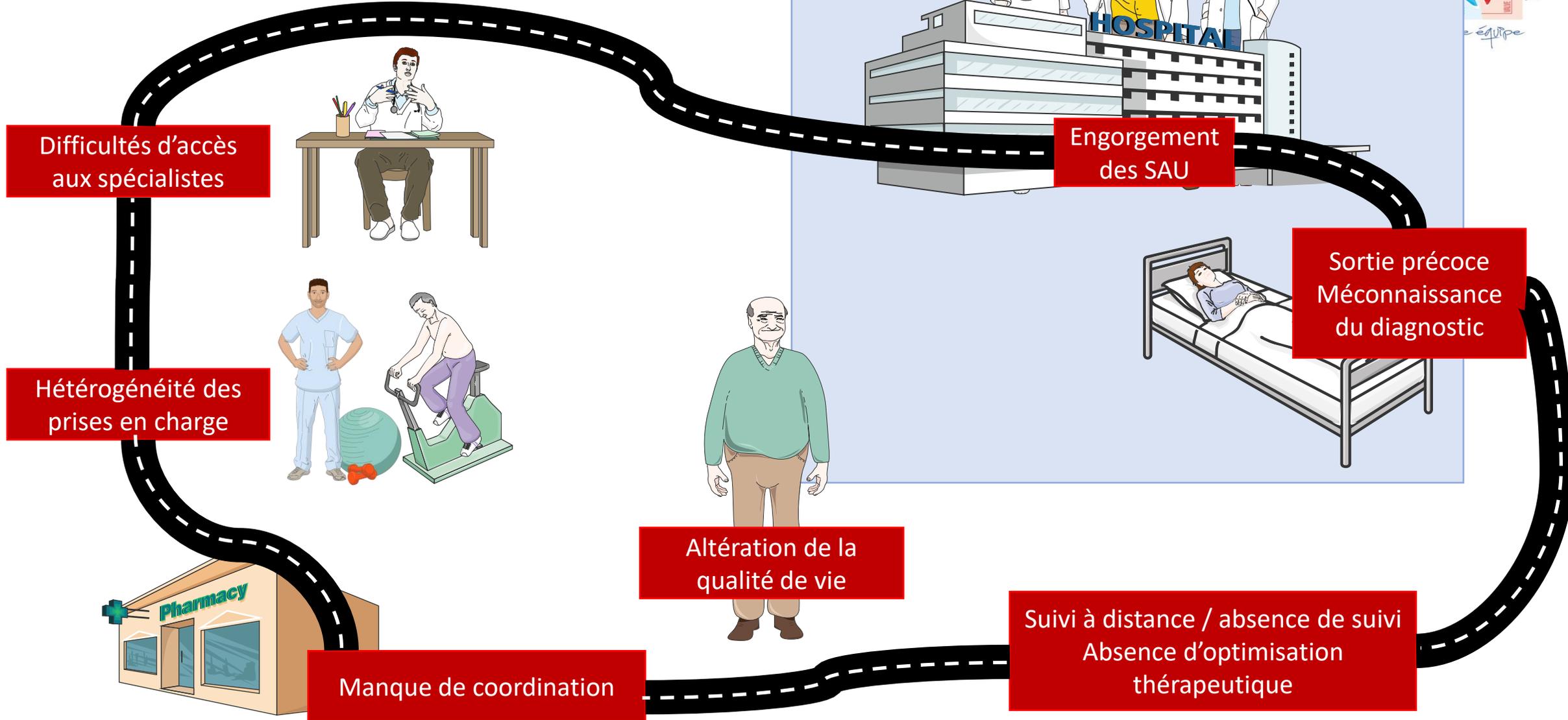
Réalités du parcours en 2022



- ✓ Mode d'entrée dans l'hôpital en décompensation cardiaque :
 - ✓ 41,5% : 22%, Généraliste, 19.5% Cardiologue,
 - ✓ 59% : 17% Patient, 42% SAMU/pompiers
 - ✓ Par les urgences+++
- ✓ Symptômes connus depuis plus de 15 jours : **47% des patients**



Contexte et enjeux

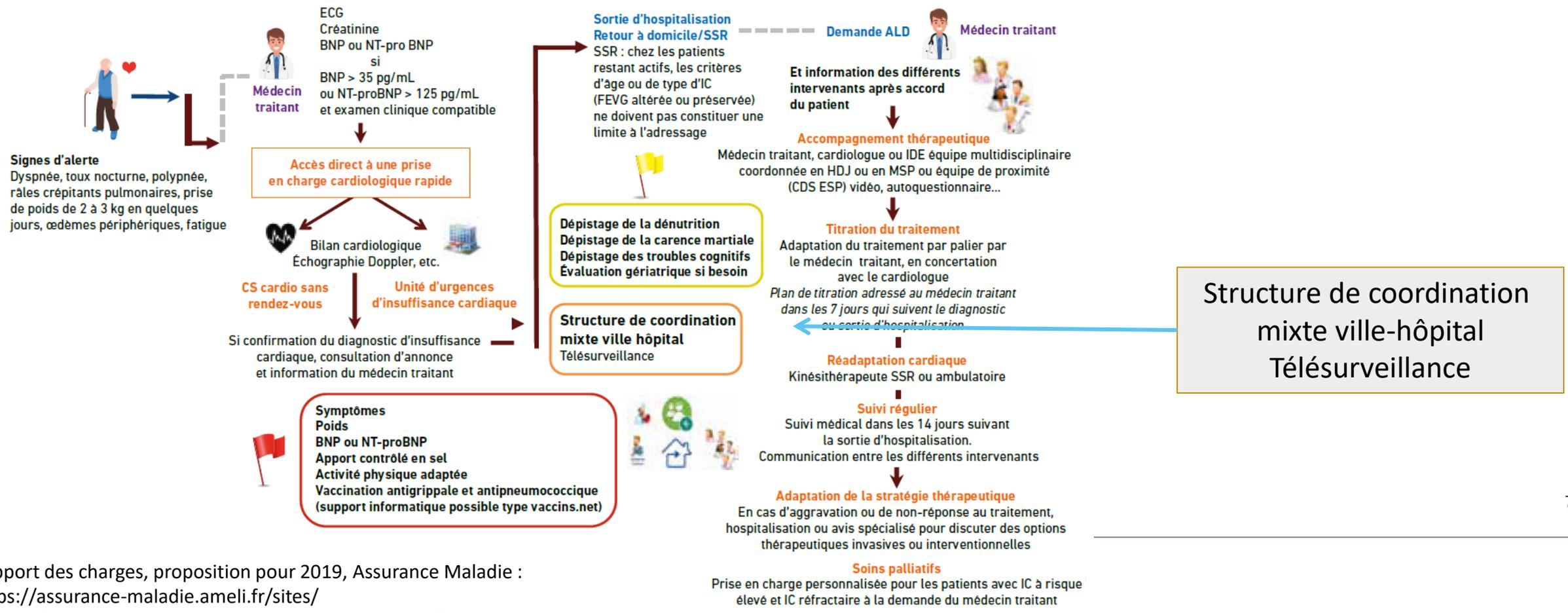




Un nouveau parcours de soin construit avec l'assurance maladie et le CNP de cardiologie



Figure 74 : Exemple de description du parcours du patient atteint d'insuffisance cardiaque développé avec le CNP de cardiologie



Des créations d'indicateurs pour s'évaluer et optimiser la prise en charge



En accord avec le CNP de cardiologie, les indicateurs développés se sont concentrés sur la prise en charge autour de l'hospitalisation pour un épisode aigu d'insuffisance cardiaque. Les indicateurs visent à explorer si la prise en charge des patients était conforme ou non aux recommandations de bonne pratique et s'il existait des variations géographiques au niveau des régions ou des départements.

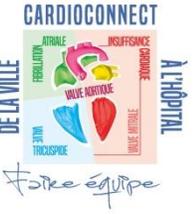
Encadré 19 : Indicateurs Parcours du patient atteint d'insuffisance cardiaque

Indicateurs proposés par les experts du CNP de cardiologie

1. Nombre et délai d'hospitalisation ou réhospitalisation non programmée sur un an glissé
2. Délai sortie d'hôpital-1er contact médical (MG ou cardiologue) et délai contact médical avant réhospitalisation
3. Réadaptation cardiaque (SSR, Kiné)
4. Mortalité globale intra et extrahospitalière
5. Nombre de consultations cardiologiques par an chez les patients stables (définis par l'absence d'hospitalisation sur l'année)

Quelles solutions ?

1/ Les nouveaux métiers



Les **I**nfirmiers **SP**écialisés en **I**nsuffisance **C**ardiaque

ISPIC  **IDE-PC** : Infirmier Protocole Coopération Insuffisance Cardiaque
IPA-PCS : Infirmier Pratique Avancée – Pathologie Chronique Stabilisée

Les nouveaux métiers



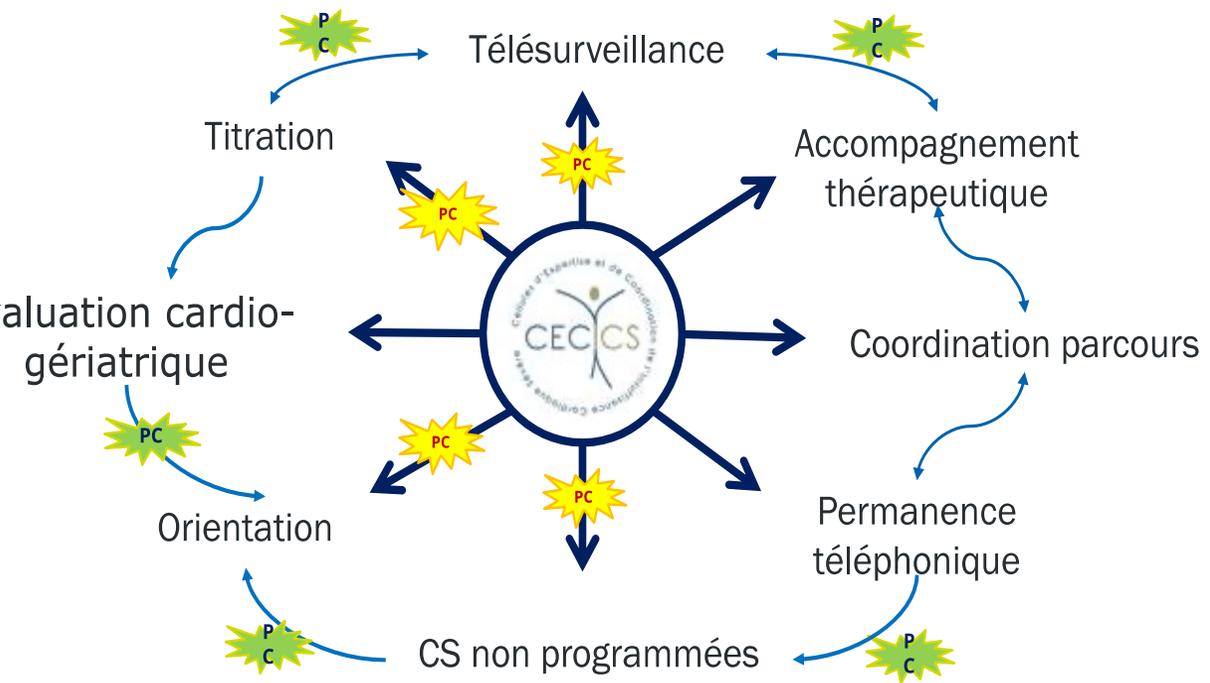
ISPIC IDE-PC : Infirmier Protocole Coopération Insuffisance Cardiaque

Protocole de Coopération Insuffisance Cardiaque

⋮

Arrêté du 27 décembre 2019 pour une Autorisation nationale

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télé-médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »



Les nouveaux métiers



ISPIC IDE-PCIC : Infirmier Protocole Coopération Insuffisance Cardiaque

1- Actes sur « rôle propre infirmier »

- *Rôle d'information/éducation*
Présentation du dispositif et accompagnement thérapeutique
- *Rôle de surveillance et d'alerte*
auprès du médecin délégué / télésurveillant
- *Rôle de coordination parcours de soins*

3- Actes de « secrétariat »

Démarches administratives, codage

2- Actes dérogatoires médicaux :

- Télésurveillance*
- Titration*
- Consultation non programmée*
- *Prescription : optimisation médicaments de l'IC + Inclusion en télésurveillance et renouvellement + Modification de Traitement de l'IC + Contrôle biologiques + transports +/- support*
- *Orientation médicale*
- *Gestion des alertes : analyse -> décision -> CAT -> Suivi/évaluation et Orientation*
- *Rédaction des CR et courriers aux correspondants*

Activité professionnelle régie par un « protocole de coopération »

Les nouveaux métiers



ISPIC IPA-PCS : Infirmier Pratique Avancée Pathologie Chronique Stabilisée

1- Actes sur « rôle propre infirmier »

- *Rôle d'information/ éducation*
Présentation du dispositif et accompagnement thérapeutique
- *Rôle de surveillance et d'alerte*
auprès du médecin ayant signé le protocole d'organisation
- *Rôle de coordination parcours de soins*

3- Actes de « secrétariat »

Démarches administratives, codage

2- Actes dérogatoires médicaux :

- *IPA « mention PCS » (Juillet 2018) : liste de 8 prises en charge cliniques dont : AVC, artériopathie, cardiopathies, maladie coronaire*
- *Prescription : Renouvellement/ adaptation des posologies médicamenteuse pour toutes les pathologies stabilisées listées dans le protocole, hors dégradation état de santé + Contrôle biologiques + transports +/- support*
- *Orientation médicale*
- *Gestion des alertes dans la limite des clauses de revoyure du protocole d'organisation*
- *Rédaction des CR et courriers aux correspondants*

Activité professionnelle régie par un « **protocole d'organisation** »

Formation aux nouveaux métiers



IDE-PCIC

⇒ Expertise obligatoire exigée en IC

Formation imposée pour tous les infirmiers autorisés au PCIC :

- 120h DIU IC exigé pour l'ISPIC, de même pour le Télésurveillant si MG
- Formation complémentaire spécifique au PCIC



- Formation pratique : 50h ou 100 consultation

IPA-PCS

⇒ Expertise possible en cardiologie et/ou IC

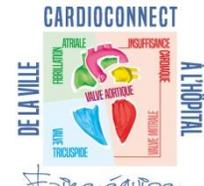
Formation variable selon parcours de l'IPA :

- 2 ans de master dont nbre d'heures sur cardiologie et/ou IC en fonction de l'université
- ⇒ peut nécessiter DIU IC complémentaire selon expérience antérieure, stage et cours suivis



- Formation pratique : 700h de stage clinique dont Nbrs d'heure en cardiologie selon son projet professionnel

Déploiement des ISPIC de PCIC formés en France



ISPIC PCIC en France - 2022



- Structure public
- Structure privé
- Cabinet libéral
- Réseau de soins
- En projet



PROGRAMME 2019
 CENTRE DE FORMATION CONTINUE DE L'AP-HP: MANAGEMENT ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES DU PERSONNEL HOSPITALIER (CFC, MPPPH - PICDRH/CFDC) ET CELLULE DE COORDINATION DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE ET DES CARDIOMYOPATHIES (CCIC) DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES HENRI-MONDOR

FORMATION DES INFIRMIER-E-S S'INSCRIVANT DANS LE PROTOCOLE DE COOPERATION DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

- Automne 2019
- Automne 2020
- Printemps 2021
- Printemps 2022
- ... Automne 2022



Avril2022_A.Duchenne

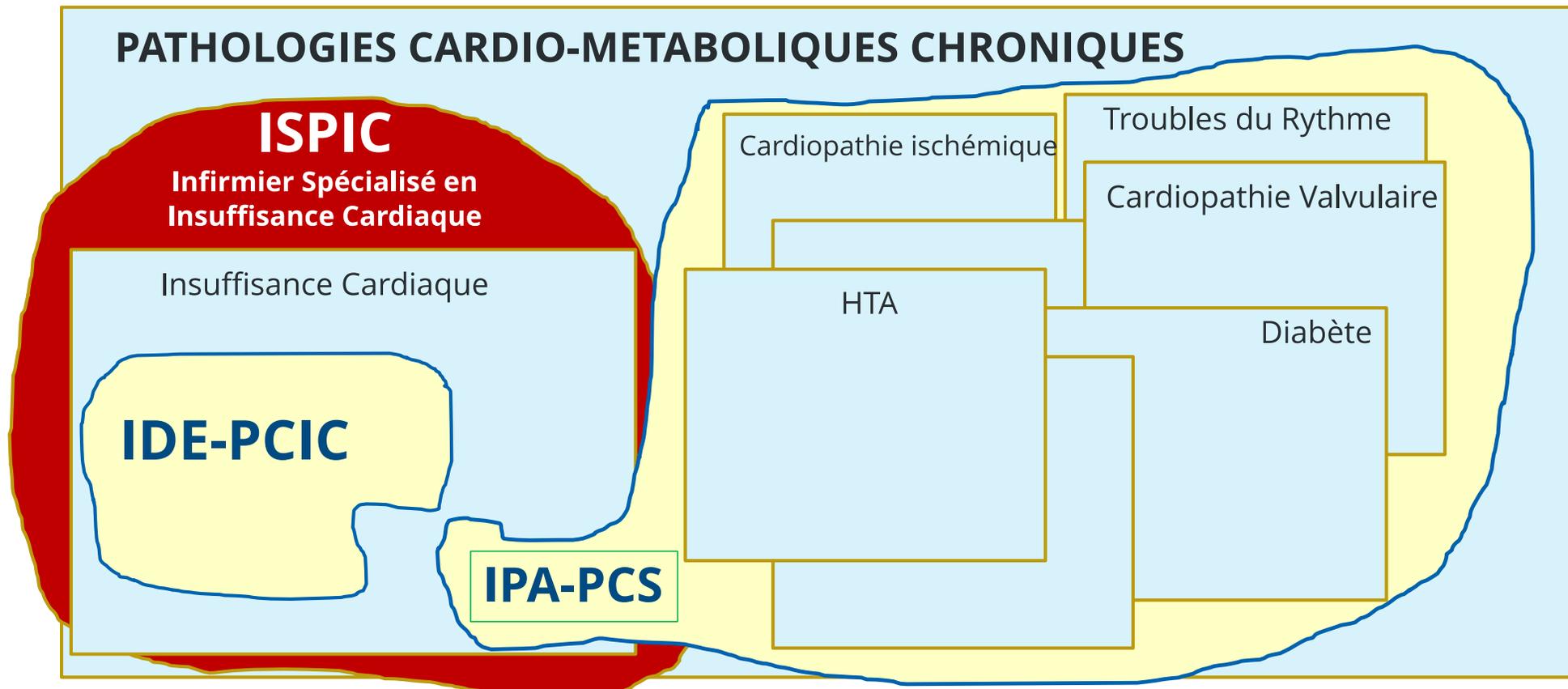
© comersis.com



Périmètre d'action des nouveaux métiers

Les **I**nfirmiers **SP**écialisés en **I**nuffisance **C**ardiaque

ISPIC ↙ **IDE-PC** : Infirmier Protocole Coopération Insuffisance Cardiaque
↘ **IPA-PCS** : Infirmier Pratique Avancée – Pathologie Chronique Stabilisée



Quelles solutions ?

2/ Les nouveaux outils : la télésurveillance IC



ÉVALUER LES TECHNOLOGIES DE SANTÉ

AVIS

Télésurveillance médicale du patient insuffisant cardiaque chronique

Référentiel des fonctions et organisations des soins
pour les solutions de télésurveillance médicale du
patient insuffisant cardiaque chronique

Adopté par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé le 18 janvier 2022

Passage en droit commun



La télésurveillance IC : principe



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 23 décembre 2020 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mis en œuvre sur le fondement de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018

NOR : SSA17035801A

Objectifs :

- ✓ Prévenir les hospitalisations récurrentes et risques de complications à moyen et long termes
- ✓ parvenir à un état de stabilité de la maladie, voire d'amélioration, grâce à une surveillance adaptée et personnalisée
- ✓ améliorer la qualité des soins et leur efficience
- ✓ améliorer la qualité de vie des patients

Pour les patients : « La télémédecine présente un rôle majeur pour prévenir les cas de décompensation cardiaque par la mise en place de mesures appropriées par les professionnels de soins en charge du patient »

BEH 2012

Peut-être réalisée par  Un médecin
Un ISPIC dans le cadre d'un protocole de coopération

TIM2-HF

Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial

Friedrich Koehler, Kerstin Koehler, Oliver Deckwart, Sandra Prescher, Karl Wegscheider, Bridget-Anne Kirwan, Sebastian Winkler, Eik Vettorazzi, Leonhard Bruch, Michael Oeff, Christian Zugck, Gesine Doerr, Herbert Naegle, Stefan Störk, Christian Butter, Udo Sechtem, Christiane Angermann, Guntram Gola, Roland Prondzinsky, Frank Edelmann, Sebastian Spethmann, Sebastian M Schellong, P Christian Schulz, Johann Bauersachs, Brunhilde Wellge, Christoph Schoebel, Milos Tajsic, Henryk Dreger, Stefan D Anker*, Karl Stangl*

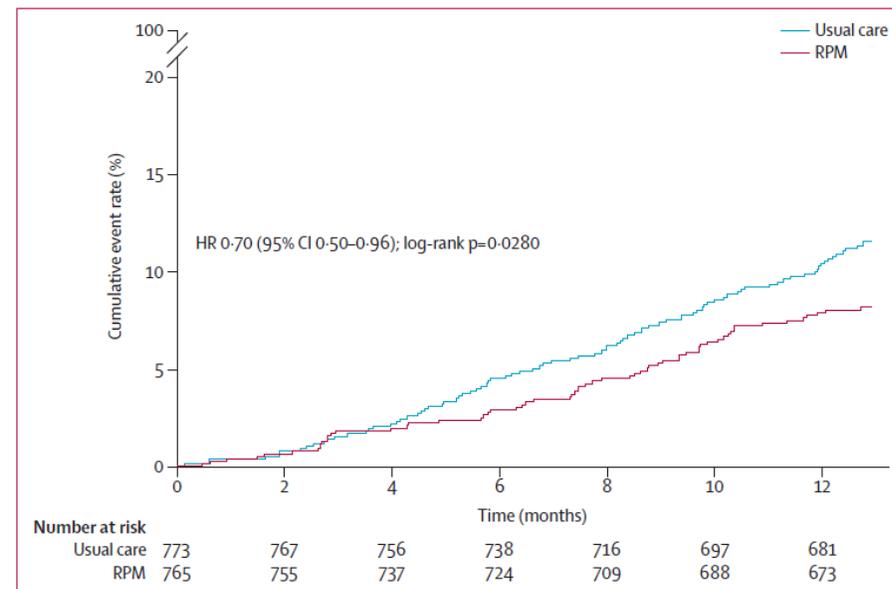


Figure 2: Kaplan-Meier cumulative event curve for all-cause death
HR=hazard ratio. RPM=remote patient management.

	Remote patient management (n=765)		Usual care (n=773)		Ratio, remote patient management vs usual care (95% CI)	p value
	Number of patients with event	Weighted average (95% CI)	Number of patients with event	Weighted average (95% CI)		
Percentage of days lost due to unplanned cardiovascular hospitalisation or death of any cause	265 (35%)	4.88% (4.55-5.23)	290 (38%)	6.64% (6.19-7.13)	0.80* (0.65-1.00)	0.0460
Days lost per year	..	17.8 days (16.6-19.1)	..	24.2 days (22.6-26.0)
All-cause mortality†	61 (8%)	7.86 (6.14-10.10)	89 (12%)	11.34 (9.21-13.95)	0.70‡ (0.50-0.96)	0.0280
Cardiovascular mortality†	39 (5%)	5.04 (3.68-6.90)	59 (8%)	7.51 (5.82-9.70)	0.67‡ (0.45-1.01)	0.0560

*Ratio of the weighted average. †Measured during individual patient follow-up time plus 28 days after the last study visit, to a maximum of 393 days. ‡Hazard ratio.

Table 2: Primary and key secondary outcomes

La télésurveillance IC : cadre législatif actuel



Définition « télésurveillance »

Suivi d'indicateurs cliniques ou biocliniques à distance avec identification d'alertes pouvant nécessiter une intervention médicale.
Transmission et enregistrement des données automatisés ou réalisés par le patient ou par un professionnel de santé

Population cible

ICC à moyen
ou haut risque de
réhospitalisation
pour décompensation

Critères d'éligibilité

NYHA ≥ 2 ET
BNP > 100 /
NTproBNP > 1000

Non éligibilité

Dialyse, IH sévère,
Mauvaise adhésion
Refus d'accompagnement
Espérance de vie < 1 an (hors ICC) ;
Absence de domicile fixe

Pré-requis administratifs :

1/ Assurance & déclaration ARS de conformité
au cahier des charges et à la RGPD
2/ Consentement du patient

Inclusion	Télésuivi	Accompagnement thérapeutique
<ul style="list-style-type: none">• Cardiologue• Méd. généraliste• Gériatre	<ul style="list-style-type: none">• Cardiologue• Méd. Généraliste +DIU IC• ISPIC (PC)	IDE PS formé à l'ETP Industriel...

La télésurveillance IC : en pratique



- Sélection des patients à risque de décompensation (NTproBNP >1000).
- Initiation le plus tôt possible après l'hospitalisation (risque majoré)
- Minimum : recueil fiable du poids
- Ne peut se concevoir que s'il y a une GESTION DES ALERTES
- Nécessite du temps et une organisation : continuité des soins

La télésurveillance IC : en pratique

Repérage des patients et décision d'inclusion

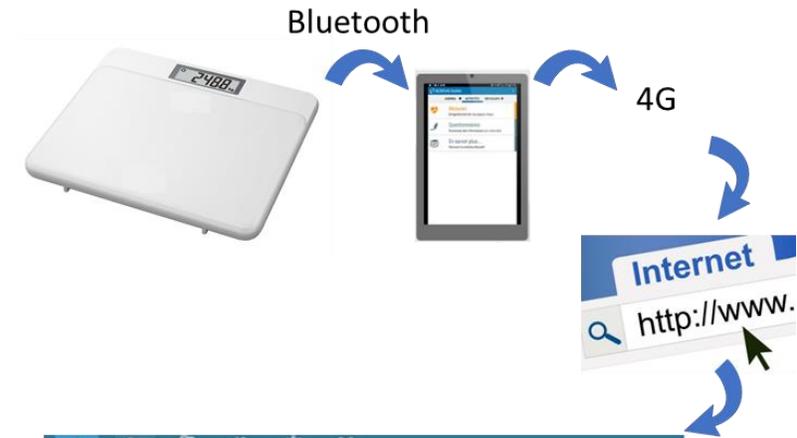
- Au lit du patient hospitalisé
- En consultation
- Un kit de démonstration dans l'unité



Une balance + une tablette

- Réception des données par le partenaire
- Affichage des données sur un tableau de bord (site internet)
- Interprétation automatisée des données (Algorithme) → Alertes automatiques
- Gestion des alertes techniques par le partenaire

→ Alertes médicales



Liste de Travail			
ID	Précription	Statut	Actions
1	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
2	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
3	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
4	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
5	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
6	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
7	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
8	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
9	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
10	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
11	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
12	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
13	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
14	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
15	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
16	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
17	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
18	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
19	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin
20	Prescription active	Actif	Suspension / Statut en cours / Fin de soin

La télésurveillance IC : en pratique

Evaluation téléphonique

- recherche de signes de gravité (=0)
- recherche du facteur déclenchant (écart de régime)



Majoration des diurétiques sur 3 jours sous surveillance biologique

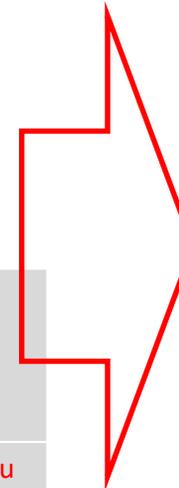


- Réévaluation -> perte de 4,3 kg
- Pas d'hospitalisation

La télésurveillance IC : le financement actuel



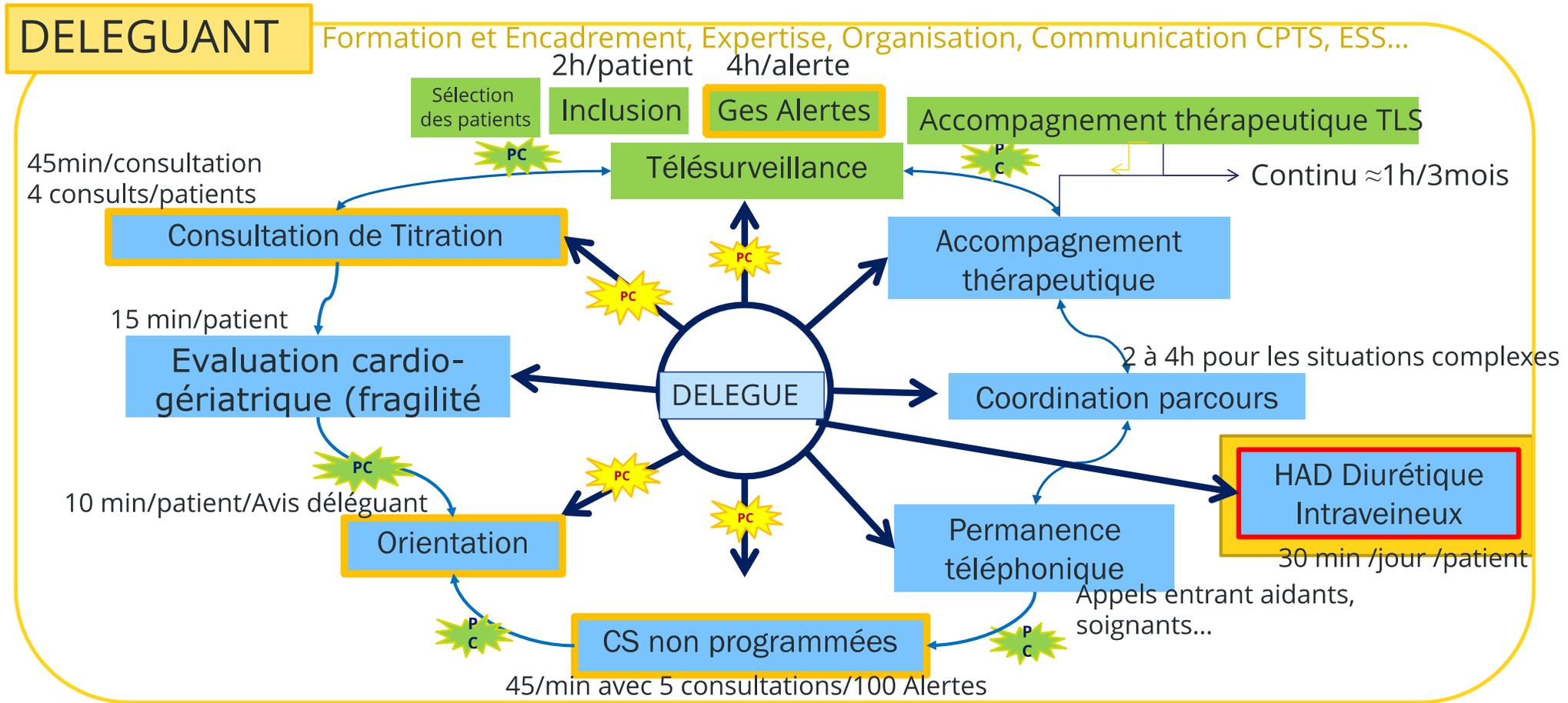
Télésurveillance	Accompagnement thérapeutique	Solution technique et prestation associée
<p>Forfait 110 € / 6 mois par CPAM</p> <p>TSM – TM1</p> <p>Suivi mini x1/semaine + Traitement des alertes (= Appels, ré-orientation, ajustement de ttt, convocation)</p>	<p>Forfait 60 € / 6 mois par CPAM</p> <p>TSA – TA1</p> <p>3 séances minimum présentiel ou à distance (= MàJ diag.éduc + message clés SFC + Objectifs SMART+ synthèse dans le DMP)</p>	<p>Forfait 300 € / 6 mois par CPAM</p> <p>TSF</p> <p>Mise en place + Formation du patient + Maintenance + Récupération/déchets</p>
<p>Prime de performance N+1 = 110€ maxi/patient/an si réduction de 20% HC pour décompensat°</p>	<p>Prime de performance N+1 = 60 € maxi/patient/an si réduction de 20% HC pour décompensat°</p>	<p>Prime de performance N+1 = 300 € maxi/patient/an si réduction de 20% HC pour décompensat°</p>
<p>Ne comprends pas les consultations physiques liées au suivi ou post-alerte</p>	<p>Ne comprends pas les ateliers ETP inscrits dans un programme déclaré</p>	<p>Algorithme automatisé avec ou sans pré-vérification humaine de la cohérence des alertes</p>

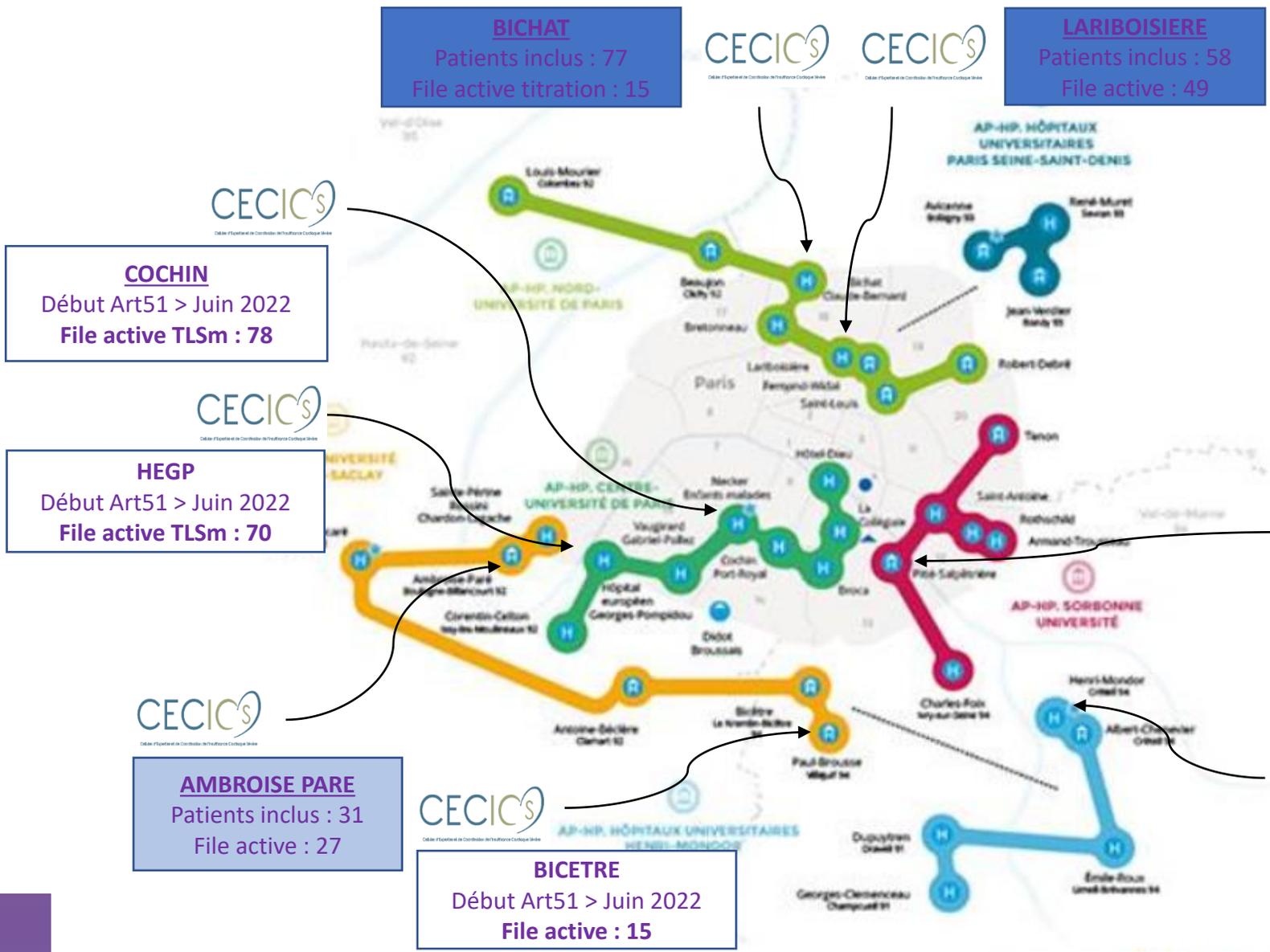


Passage en droit commun



Comment intégrer au parcours de soin ces nouveaux métiers et outils ?





TOTAL des inclusions : 828
(entrées + renouvellements)

18.06.22	En cours	Terminé
TLSm IC	489	226
Titration	116	267
Dont TLS + Titration : 42		
File active globale : 400		

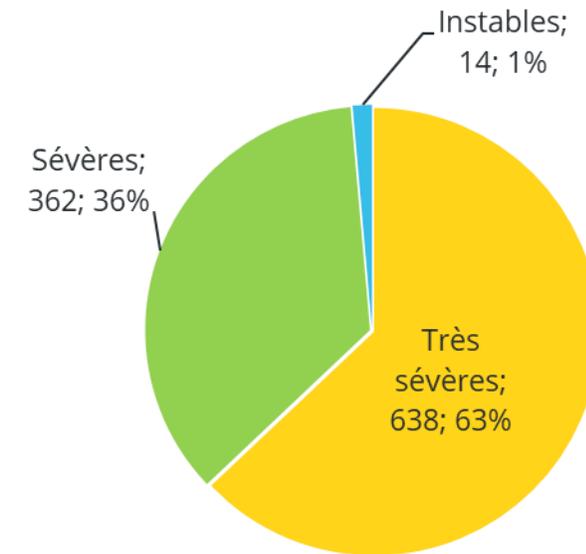
PITIE-SALPETRIÈRE
Patients inclus : 209
File active : 132

MONDOR
Patients inclus : 293
File active : 177

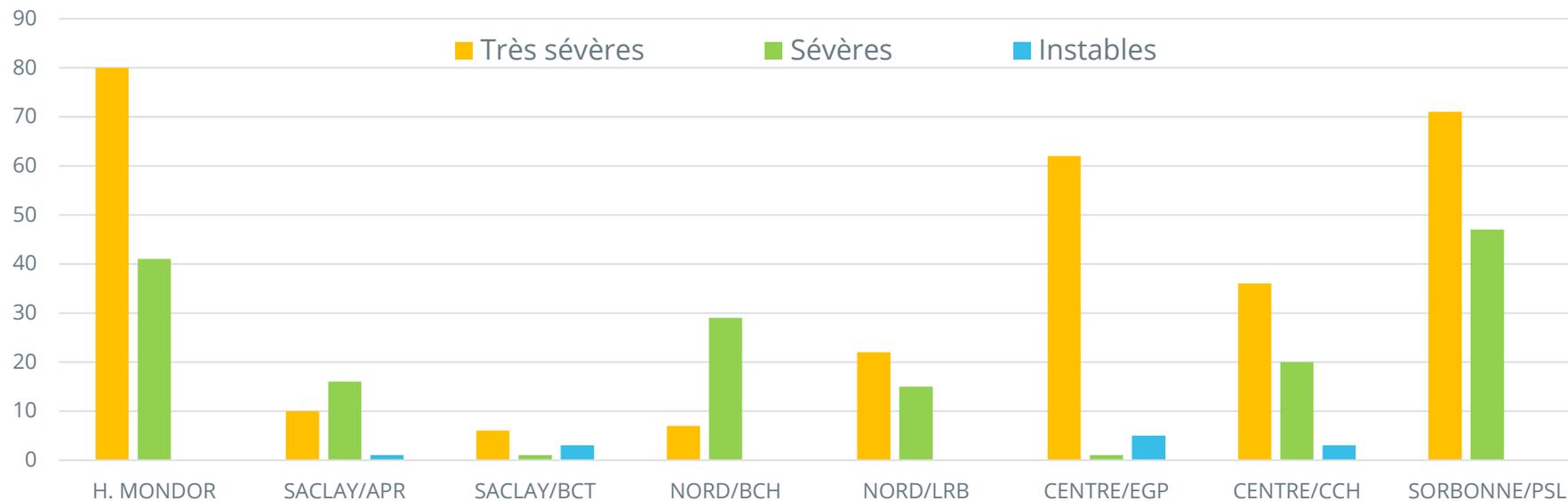
Répartition des inclusions par sévérité
Aout 2020 à déc 2021



Répartition des sévérités



Nb patients inclus Art51-CECICS
 par catégorie de sévérité - TOTAL 2022

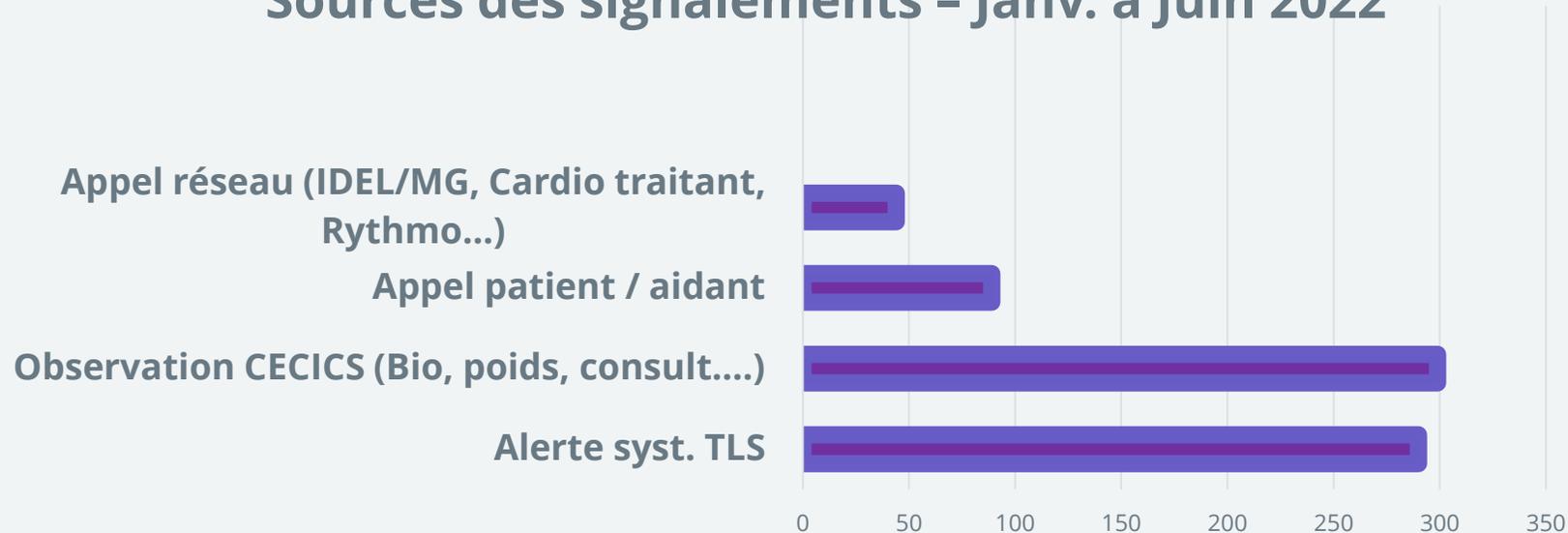


Sollicitations des ISPIC en 2022

(Source: OSICS-51)

723 événements saisis en 6 mois sur 5 sites

Sources des signalements – Janv. à Juin 2022



Comment ?

=> Mode de déclenchement

- ✓ Alertes TLSm
- ✓ Appels patients/aidants
- ✓ Appels de professionnels
- ✓ Fax résultats bio ...

Pourquoi ?

=> Cause d'événements

- Décompensation
- Déshydratation
- Biologie perturbée
- ...

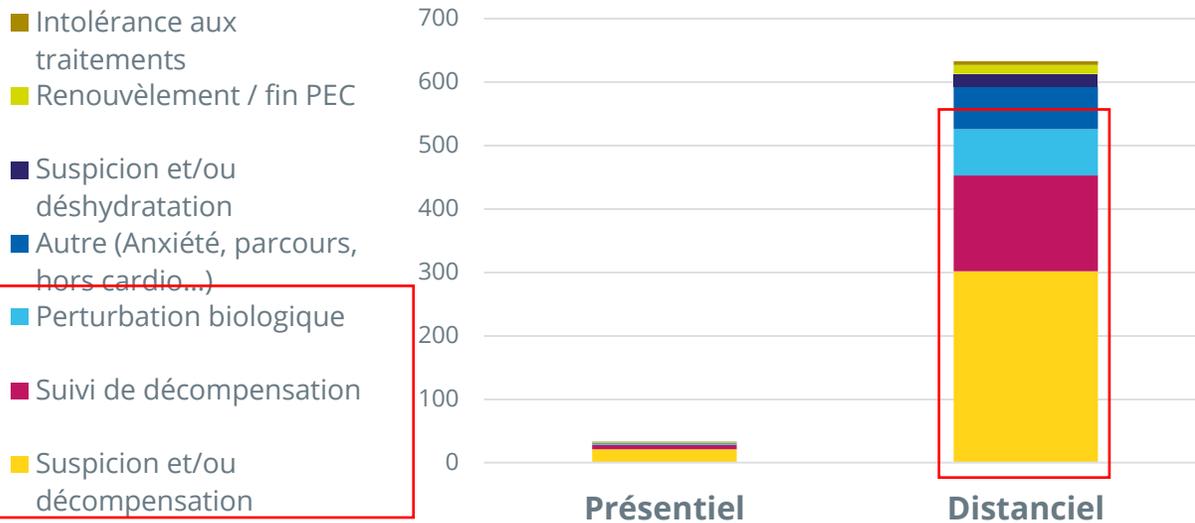
Actions des ISPIO en 2022

Art 51-CECICS Comité projet n°6 Juin 2022

(Source : OSICS-51)

633 interventions saisies en 6 mois

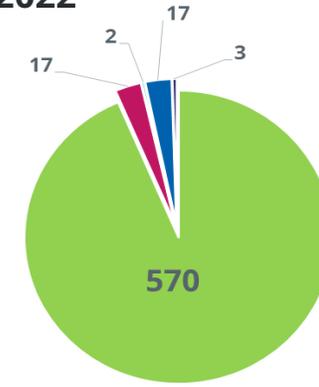
Motifs et modalités d'interventions relevés (OSICS-51)
Janv. À Juin 2022



Orientations suite à la gestion d'événements de janv. À Juin 2022

(sur un total de 633)

- Maintien à domicile
- HC Cardio
- HDJ Cardio
- SAMU /SAU
- HC Hors Cardio



Quels actions ?

- ✓ ATP toujours inclus de fait, ne fait pas l'objet d'une déclaration spécifique
- ✓ Orientation
- ✓ Demande d'avis
- ✓ Adaptation de posologies
- ✓ Prescription biologie de contrôle (en ville)
- ✓ Convocation cs présentiel
- ✓ Coordination parcours (*appel IDEL, assistante social, diét, hôpital ou spécialistes de référence...*)

Analyse des durées d'interventions directes

Suspicion de décompensation cardiaque	225	48,2%
Gestion décomp. Card./Déshydratat°/Biologie	391	83,7%

Sur un total de 467 interventions pour lesquels la durée a été renseignés dans les CECICS de Janv à Juin 2022 :

	Suspicion de DC	Suivi de DC	Perturbation biologique	DSH
0-15 min	37	23	7	2
15-30 min	91	41	20	8
30-45 min	61	24	12	2
45-60 min	20	12	4	2
>60 min	16	5	2	2
TOTAL	225	105	45	16
	57,5%	26,9%	11,5%	4,1%

Annotations: 17,7% (0-15 min), 40,9% (15-30 min), 41,4% (30-45 min)

- 95% ont été réalisées en présentielle à distance (19/467)
- 83% concernent la qualification de décompensation et sa gestion équilibrée (*adaptation diurétique / biologie / risque de déshydratation*)
- **41,4%** de ces interventions durent ± de 30 min auprès du patients, temps à ajouter de transmissions et coordination

Notre expérience : quelques chiffres (APHP, janvier à juin 2022)



- **95%** des actions correctives face aux événements ont été réalisées à **distance**
- **83%** concernent la qualification des **décompensations** et leur gestion équilibrée (*adaptation diurétique / biologie / risque de déshydratation*)
- **41,4%** de ces interventions durent + de 30 min auprès du patients, temps à ajouter de transmissions et coordination

Merci beaucoup pour votre attention!!!!



New recommendations for pre-discharge and early post-discharge follow-up of patients hospitalized for acute heart failure

Recommendations	Class ^a	Level ^b
It is recommended that patients hospitalized for HF be carefully evaluated to exclude persistent signs of congestion before discharge and to optimize oral treatment.	I	C
It is recommended that evidence based oral medical treatment be administered before discharge.	I	C
An early follow-up visit is recommended at 1-2 weeks after discharge to assess signs of congestion, drugs' tolerance and start and/or uptitrate evidence-based therapy.	I	C
Ferric carboxymaltose should be considered for iron deficiency, defined as serum ferritin <100 ng/mL or serum ferritin 100-299 ng/mL with TSAT <20%, to improve symptoms and reduce rehospitalizations.	IIa	B

Mac Donagh Theresa and al, European Heart Journal 2021



AP-HP.
Hôpitaux universitaires
Henri-Mondor

