

Propositions pour  
**l'optimisation et la coordination**  
**de la prise en charge pluri-professionnelle**  
**(ou parcours de soins)**  
**des patients insuffisants cardiaques**  
**de la région de Redon**

Dr AMIEL, CPTS du pays de Redon 18/06/2024

**L'insuffisance cardiaque (IC) est une pathologie fréquente**

- touche surtout des patients **âgés** (âge moyen 76 ans)

- spontanément **grave**;

+ gravité liée à l'âge des patients et aux pathologies associées;

- **prise en charge en première ligne par les médecins généralistes et les infirmières**  
en coordination avec les cardiologues consultants et les établissements de soin.

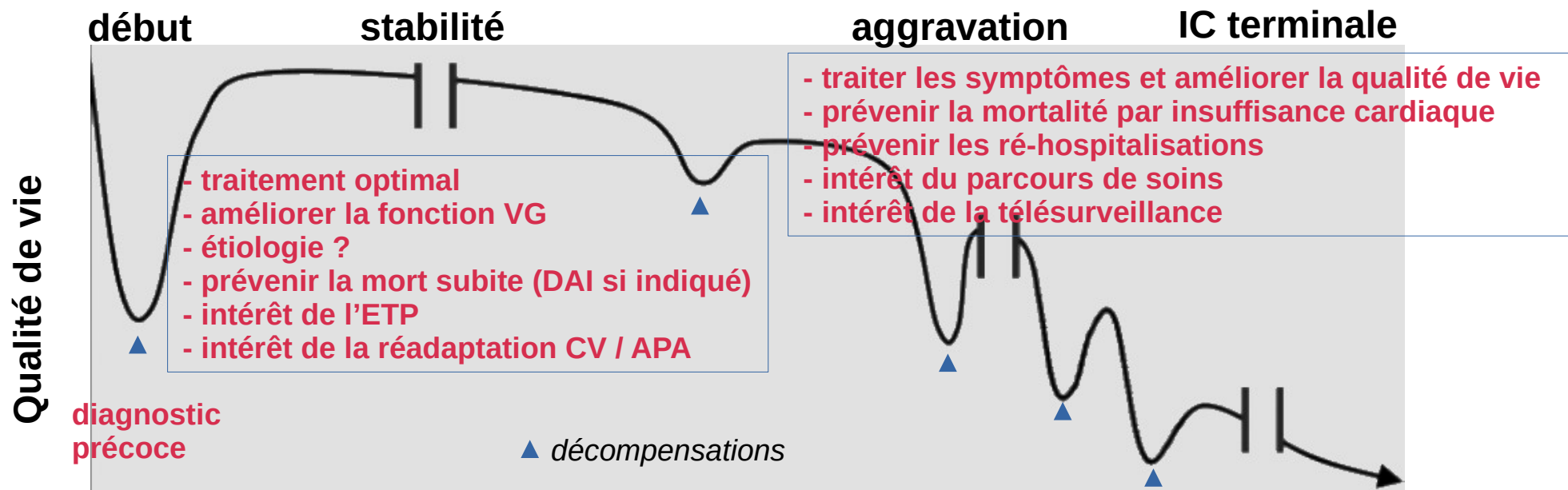
*Par définition le parcours de soins d'un patient correspond essentiellement à une prise en charge ambulatoire.*

**Le traitement médicamenteux a fait d'énormes progrès**

qui ont significativement amélioré le pronostic (plusieurs années de vie gagnées),

à condition que la prise en charge soit réactive, proactive et conforme aux recommandations (molécules et posologies recommandées).

# Trajectoire de l'insuffisant cardiaque



La prise en charge dépend du stade évolutif de la maladie

Le parcours de soins actuel est **franchement améliorable**

comme en témoigne

**l'état des lieux de l'Assurance Maladie**

**en 2020 – 2022, France entière, 650 000 assurés**

*(Dr Philippe Tangre (Assurance Maladie Paris) JFIC Bordeaux 20/09/2023)*

**Avant hospitalisation = retard de diagnostic** et de prise en charge

EPOF (+) 32 % à M -2

EPOF (+) 47 % à J -15

Délai dernière cons° médicale (MG ou cardio) avant hospit° = **12 jours**

Dans les 3 mois avant hospit° 96 % ont cons° MG et **35 % ont cs cardio**

Dans le mois avant hospit° **17 % ont cons° cardio**

Dans les 3 mois avant hospit° **16 % ont eu dosage NtproBNP ou BNP**

**Hospitalisation** DMS 12,7 j

Mortalité = 12 %

retour à domicile 78 %

orientation SSR 10 %

**Après hospitalisation :**

- cons° MG : **45 %** à J + 14
- cons° cardio : **33 %** à J + 60
- acte IDE : 55 % à J + 14

*L'Assurance Maladie semble particulièrement motivée pour soutenir les actions propres à améliorer le parcours de soins*

Femme 50 % / Homme 50 % ; âge moyen **76 ans**

**Mortalité** sur 2 ans (2020-2021) : 26%

Mortalité à 1 an après la 1ère hospit° = 35 %

**Réhospitalisation** à 3 mois 14 %, à 6 mois 21 %

<b>Suivi</b>	<i>Aucun contrôle</i>	<i>≥ 1 contrôles</i>	<i>1 contrôle</i>
MG	6 %	94 %	4 %
IDE	18 %	82 %	10 %
CARDIO	<b>41 %</b>	59 %	23 %

**Vaccins** - antigrippal annuel : 63 %

- antipneumocoque / 5 ans : **20 %**

**Bio** - iono créatinine : 33 % ont 0 ou 1 contrôle / an

- recherche carence martiale : 42 %

## **Les points faibles** de la prise en charge dans le parcours de soin de l'insuffisant cardiaque

### **1 - Retard** (15 j en moyenne) **du diagnostic** initial des décompensations

- connaissance insuffisante des signes d'alerte par les **patients** à risque de décompensation
- recours insuffisant par les **MG** au dosage du **BNP** et à l'**avis cardiologique**
- **délais** trop long des RDV fixés par les **cardiologues** consultants

### **2 - Hospitalisations trop fréquentes**

- **information** insuffisante des patients hospitalisés
- coordination hôpital - ville insuffisante : **courriers** d'hospitalisation non disponibles dans les délais nécessaires
- utilisation insuffisante du dispositif **PRADO** et coordination PRADO - ville optimisable

### **3 - après décompensation**

- retard (voire absence) de **consultation** de contrôle par MG et cardio
- **délais** trop long des RDV fixés par les cardiologues consultants
- **titration** du traitement insuffisante (seulement 1/4 des patients à l'objectif selon les précédentes recos)
- **éducation thérapeutique** du patient très rarement réalisée
- **réadaptation** ou **activité physique** adaptée très rarement réalisée

### **4 - Suivi ambulatoire**

- **dépistage** insuffisant des récidives
- **ré-hospitalisations** trop fréquentes
- **vaccinations** insuffisantes

**5 - Ré-hospitalisations** : passages trop fréquents par les **services d'admission des urgences** et rareté des hospitalisations directes

**Développer un parcours de soins optimisé** fait partie des recommandations et permet de

- baisser les ré-hospitalisations
- baisser la mortalité
- améliorer la qualité de vie des patients
- générer des économies

Le "parcours de soins" (côté soignants) = apporter des solutions aux **déficiences identifiées**, à toutes les étapes. Il apparaît nécessaire que :

1°) **chacun fasse le travail qui lui incombe** et

2°) de profiter de **l'aide** qu'apportent les **"innovations"** :

- MSP maisons de santé pluri-professionnelles
- CPTS communauté professionnelle de territoire de santé
- parcours hospitalier optimisé (Ferinject en HDJ, admission directe, PRADO ...)
- télé-expertise (Omnidoc, Divomed)
- télé-surveillance, avec 2 offres
  - T-Surv orientée santé primaire, type Epoca
  - T-Surv orientée cardiologues, type Newcard
- dosage du NT-proBNP en cabinet sur sang capillaire type Lumira DX
- traitements médicamenteux qui améliorent le pronostic (voir après)
- protocoles de soins à domicile (diurétique IV, Ferinject IV) voir Innov'Cardio



**Le traitement médicamenteux** : ESSENTIEL, le pronostic des patients en dépend

**Insuffisance cardiaque à FEVG\* réduite**

- régime désodé
- diurétique (furosemide, hydrochlorothiazide) si patient congestif
- sacubitril-valsartan = Entresto® sinon IEC ou sartan
- antialdostérones (Spironolactone = Aldactone®, Eplerenone = Inspra®)
- bêtabloquants (biso, metoprolol, nebivolol)
- gliflozine (dapagliflozine = Forxiga® , empagliflozine = Jardiance®)

**Insuffisance cardiaque à FEVG\* préservée**

- diurétique et régime désodé
- traitement des comorbidités (HTA, Db, obésité, anémie, BPCO ...)
- gliflozine (dapagliflozine = Forxiga® , empagliflozine = Jardiance®)

**La "titration" du traitement est parfaitement réalisée en médecine ambulatoire**

Avec les apports de :

- formations
- savoir-faire acquis par la communauté médicale concernant la titration
- cardiologue en 1ère ligne et en soutien des MG avec la télé-expertise,

\* *FEVG = fraction d'éjection du ventricule gauche ≈ contractilité du VG*

**Le protocole** propose à **chaque acteur** de réaliser des **actions simples** et concernant un **nombre limité de patients** à l'échelle de chaque praticien de terrain.

A court terme, le parcours de soins permettra de **diminuer la charge de travail** des professionnels de santé **en améliorant les patients**.

Donc **rien d'extraordinaire**, pas de surcharge de travail significative à attendre des propositions et peu de dépenses supplémentaires à prévoir.

Il s'agit d'un **contrat gagnant-gagnant** entre les soignants et qui est générateur d'économies de santé.

Ces propositions ont principalement l'objectif de **lubrifier la chaîne de soins**.

Le protocole proposé est appelé à être **ajusté** suites aux échanges avec ces professionnels et aux retours d'expérience.

Il doit nécessairement **s'adapter aux pratiques des professionnels** de soins primaire (médecins généralistes et infirmières).

**Objectifs prioritaires** concernant les **MSP** pour diminuer les hospitalisations et d'optimiser la prise en charge ambulatoire.

- les MG **utilisent les dosages de NtproBNP** (+ examen + ECG) pour les suspicions d'IC et **adressent** précocement les patients suspects aux **cardios**, si nécessaire après une **télé-expertise**.
- les MG **acceptent, dans les délais demandés, les patients sortis de l'hôpital** et organisent le **suivi de proximité avec les IDE**.
- après une décompensation le **traitement est optimisé sans tarder** par le cardio traitant et le MG traitant, dans les 6 semaines qui suivent.
- les patients reçoivent des **messages éducatifs simplifiés**, transmis oralement et sous forme de fiches explicatives, concernant la maladie, les symptômes d'alarme de décompensation, le suivi du traitement et de la diététique ; ces fiches sont disponibles à <http://www.cardiobreizh.com/> et seront imprimés et diffusés aux professionnels de santé du territoire par la C PTS.
- durant ces 6 semaines, **l'IDE** du patient réalise le **profilage socio-psycho-cognitif** au domicile du patient (si pas fait auparavant) (grille d'évaluation simple à écrire).
- si nécessaire, le MG traitant pourra prescrire un **suivi infirmier rapproché type PRADO** aux patients ayant décompensé.
- Les MG, IDE et cardio favorisent la **vaccination** (grippe, pneumocoque, COVID).

## Objectifs complémentaires concernant les MSP

- si indiqué, le patient est adressé à un professionnel habilité pour des séances d'**activité physique adaptée** dans le cadre des MSP ou de la Maison Sport Santé à Redon ou en **centre de réadaptation cardiaque**;
- si indiqué, le patient sera adressé à un professionnel de santé habilité pour une démarche d'**éducation thérapeutique** dans les MSP ou à l'unité d'ETP de la CPTS de Redon (effective en 2024-25) ; ETP spécifique à l'IC à envisager;
- au cours des 6 semaines après une décompensation, selon le profil évolutif de la maladie cardiaque et le profil socio-psycho-cognitif du patient, les médecins et IDE jugeront de l'indication de la mise en place d'une **télésurveillance**, qui ne pourra être mise en route que si les conditions de traitement des alarmes sont localement réunies, continues et pérennes, avec un accès des soignants impliqués au dossier informatisé du patient.

## **Objectifs concernant les hospitaliers**

- Les **courriers d'hospitalisation** sont rédigés à la sortie et adressés sans tarder par messagerie sécurisée au médecin traitant et au cardiologue traitant et archivés dans le **DMP**,
- Le courrier de sortie **comprend** : NTproBNP d'admission, ECG, échographie cardiaque, paramètres de sortie (poids, TA, FC, natrémie, kaliémie, créatinine, NtproBNP) ; traitement de sortie.
- les patients reçoivent des **messages éducatifs simplifiés**, transmis oralement et sous forme de fiches explicatives, concernant la maladie, les symptômes d'alarme de décompensation, le suivi du traitement et de la diététique ; ces fiches sont disponibles à <http://www.cardiobreizh.com/> et seront imprimés et diffusés aux professionnels de santé du territoire par la C PTS.
- concernant les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque éligibles au protocole PRADO, l'agent local du PRADO (ou concernant les patients IC non éligibles au PRADO, le secrétariat hospitalier...) organise les **prises de RDV** à la demande du médecin hospitalier (RDV de consultation de **MG dans les 8 jours** et de **cardiologie dans les 15 jours**) ;

## **Objectifs concernant les hospitaliers**

- les praticiens hospitaliers, le secrétariat hospitalier et (le cas échéant) l'agent local du PRADO,
  - facilitent le **transport** du patient aux consultations prévues et remplissent des bons de transport si nécessaire ;
  - veillent à la prescription d'un **bilan biologique** à J+8 et J+15 après la sortie hospitalière avec copies des résultats au médecin traitant et au cardiologue traitant, comprenant au moins créatininémie, natrémie, kaliémie et NtproBNP.
  - **motivent patients et entourages** à apporter aux consultations prévues de MG et de cardio : courrier d'hospitalisation, ordonnance en cours, dernière biologie (tous ces documents sous forme papier) et carte vitale (régulièrement manquante concernant les patients résidant en EHPAD).

- les professionnels de santé de l'hôpital de Redon décrivent le **parcours de soins intra-hospitalier** des insuffisants cardiaques (unités, médecins, cadres de santé, secrétariat) ; définissent également un numéro de **téléphone** et une **adresse de messagerie** sécurisée par unité de soins participant à ce parcours.
- concernant les **ré-hospitalisations** des insuffisants cardiaques connus qui décompensent, l'hôpital définit un numéro de téléphone et un email et/ou une plateforme de télé-expertise pour répondre rapidement aux demandes des MG et admettre le patient **par une hospitalisation directe** en évitant le passage par le SAU.
- concernant les patients insuffisants cardiaques à FEVG réduite (pas d'AMM dans la FEVG préservée) qui ont un déficit en fer et nécessitent un **apport de fer par voie veineuse** (Ferinject®), l'hôpital propose un protocole d'injection en **hospitalisation de jour** (3ème étage), tél : ... et email : ...