



Structuration d'une filière soins Insuffisance cardiaque

L. Hittinger

Service de Cardiologie, Hôpital Henri Mondor
Président de FINC/PHINC94



Constat 2016

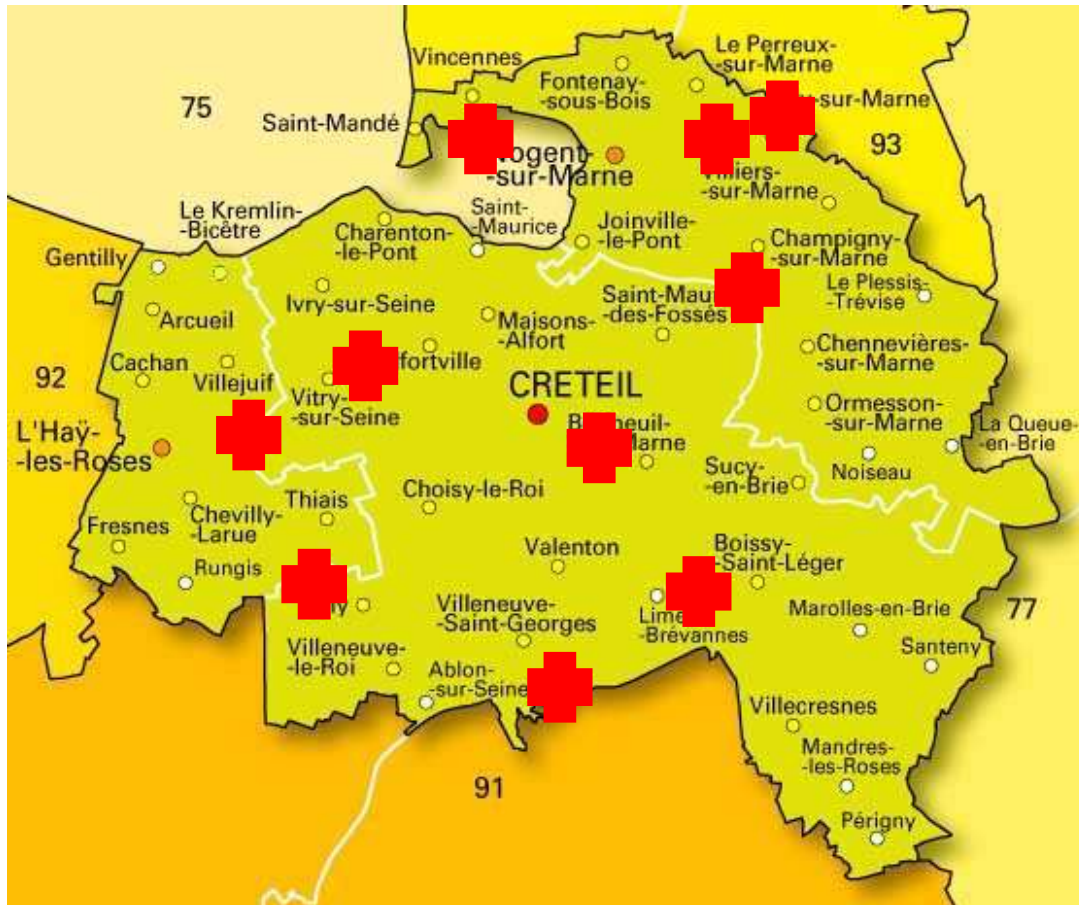
- **La prévalence de l'insuffisance cardiaque augmente**
- **Les parcours de soins des patients sont dépendants de leur territoire**
- **Les responsables des unités/ des services rencontrent les mêmes difficultés qu'ils soient universitaires, non universitaires public ou privé.**
- **Une proportion importante de patients insuffisant cardiaque sont âgés et nécessitent une prise en charge adaptée à leurs besoins.**
- **Les femmes et les hommes de bonnes volontés sont capables de se rassembler autour de projets**

L'IC dans le 94 : données ARS-IF

	2012	2017	Delta	Entrée par les Urgence	DMS
HENRI MONDOR	1217	1781	+46%	38%	7,3
KREMLIN BICETRE	699	898	+28%	65%	11,0
CHI VIILLENEUVE SAINT GEORGES	429	509	+19%	72%	9,1
SAINT CAMILLE	489	444	-9%	77%	10,8
HIA BEGIN	173	382	+121%	68%	9,1
HOPITAL PRIVE PAUL D'EGINE	234	277	+18%	45%	10,2
CHARLES FOIX	226	287	+27%	0%	14,0
EMILE ROUX	74	118	+59%	0%	

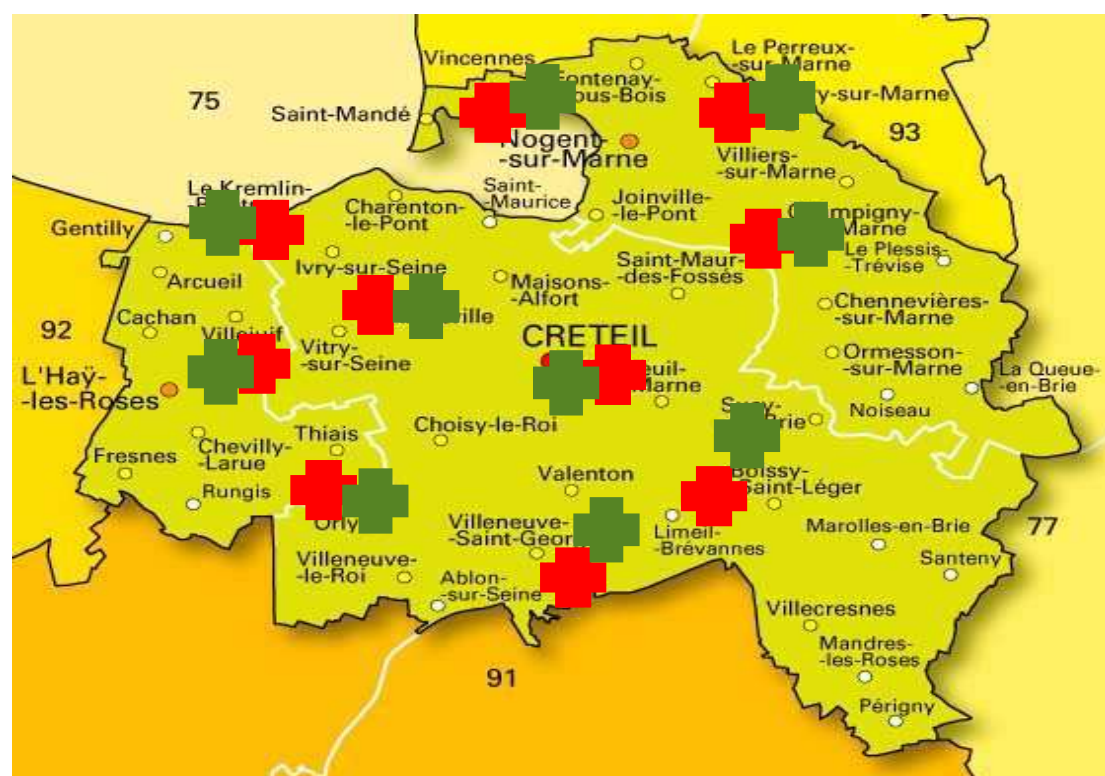
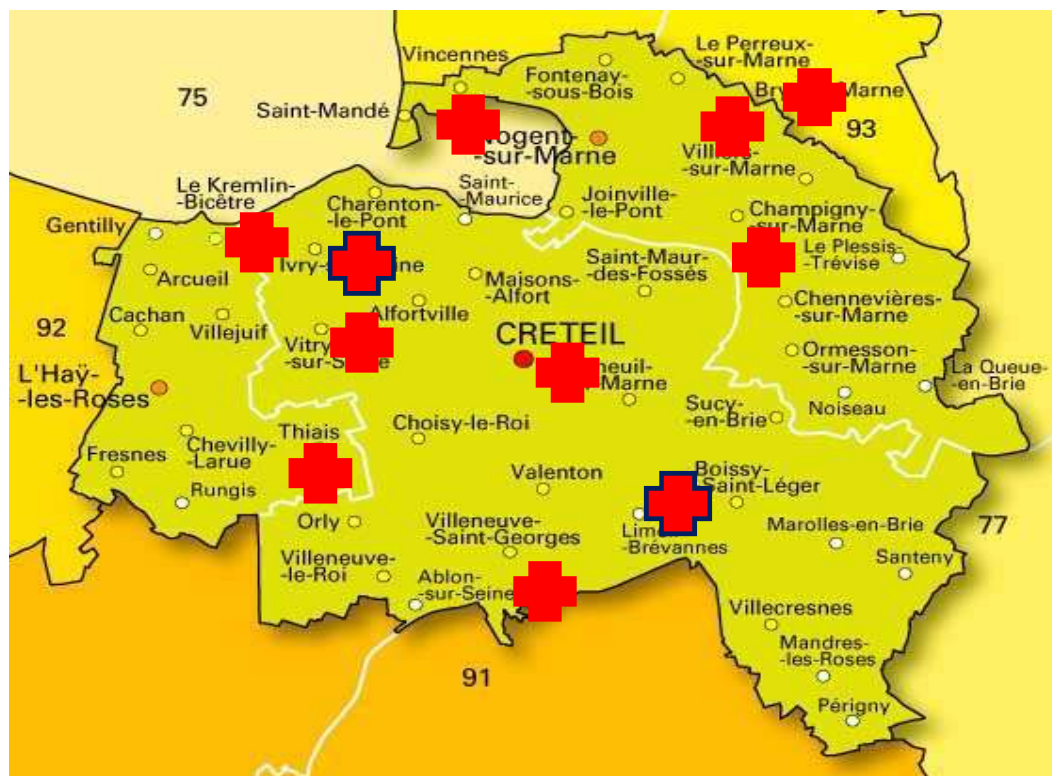
L'insuffisance cardiaque : un enjeu de santé publique dans le Val de Marne :

Une réponse FINC, créée en Mai 2016



- Mondor- Chenevier
- Bicêtre
- Charles Foix
- Emile Roux
- Villeneuve Saint Georges
- Bégin
- Saint Camille
- Paul Dégine
- Clinique de Thiais
- Hopital privé Marne la Vallée

L'IC: un enjeu de santé publique pour le Val de Marne : Une réponse FINC/PHINC 94, créée en Mai 2016



Les objectifs de FINC

- Participer à l'harmonisation des pratiques des professionnels de santé
- Coordonner les soins entre les intervenants.
- Eviter les ré-hospitalisations pour décompensation cardiaque
- Concevoir des outils de communication et des protocoles de suivi de la prise en charge médicale des patients adhérents.
- Améliorer la qualité de vie des patients.
- Ouvrir un dialogue constructif avec l'ARS IdF, CNAMTS, l'OdM du Val de Marne, les projets en télémédecine.
- Se structurer à termes sous la forme d'association. Créée seulement en 2019 après 3 ans de fonctionnement sans cadre réglementaire.

Les réalisations de FINC/PHINC94

■ Harmonisation des pratiques des professionnels de santé :

- ▶ 2-3 réunions de partage par an depuis 2016, belle affluence pour FINC. Deux réunions annuelles pour PHINC, fiches médicaments partagées
- ▶ Participation des pharmaciens dès la 2^{ème} réunion.

■ Coordination des soins :

- ▶ Développement de liens entre les services de cardiologie et de gériatrie,
- ▶ Partage de postes d'assistants ;
- ▶ Financement d'un projet de coordination des soins
- ▶ Rédaction d'articles dans la Presse Médicale.

■ Eviter les ré-hospitalisations pour décompensation cardiaque :

- ▶ Projet IC REX financé par l'ARS IdF afin de déterminer l'existence ou pas d'une différence de prise en charge dans les services de cardiologie et de gériatrie et déterminer les principales causes de réhospitalisations : 306 patients inclus dans 7 des 10 centres, une publication dans le BMC Geriatric une autre soumise.

Les réalisations de FINC/PHINC94

■ Développer une stratégie interne autour de 4 axes

- ▶ Liens cardio-gériatrie
- ▶ Télémédecine- Télésurveillance
- ▶ Activité Physique adaptée
- ▶ Observance.

■ Faciliter le dialogue avec les patients :

- ▶ Création d'une association de patients I Cardiaque (SIC) avec site web www.sic-asso.org
- ▶ Participation régulière des patients aux réunions des cardiologues mais aussi grand public, tutoriaux pour les patients.

■ Ouverture d'un dialogue avec l'ARS IdF, CNAMTS, l'OdM du Val de Marne, les CPTS en cours de développement :

- ▶ Invitations régulières d'intervenants,
- ▶ Financement de projets par l'ARS,
- ▶ Inclusion de patients dans PRADO IC en lien avec la CNAMTS du Val de Marne,
- ▶ Rencontres avec les CPTS en développement : VdM Est et VdM Ouest

Evolution futures

- **Poursuivre une stratégie interne autour de quatre axes:**
 - **Liens cardio-gériatrie**
 - **Télémédecine- télésurveillance**
 - **Activité physique adaptée**
 - **Observance avec les pharmaciens hospitaliers et d'officine**

Evolution futures

➤ **Accompagner la réflexion :**

- **Sur la mise en place des CPTS dans un dialogue constructif pour positionner l'Insuffisance Cardiaque comme un sujet commun avec celles qui le souhaitent.**
- Sur la mise en place des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) du territoire (2 dans le Val de Marne) qui permettent une prise en charge des patients au-delà des questions purement médicales (aides à domicile, habitation, soins palliatifs...)
- Sur les rôles des pharmaciens notamment ceux d'officine dans le parcours de soins du patient insuffisant cardiaque mais aussi ceux de l'infirmière libérale (Prado, télésurveillance...)

Projets de CPTS dans le Val de Marne

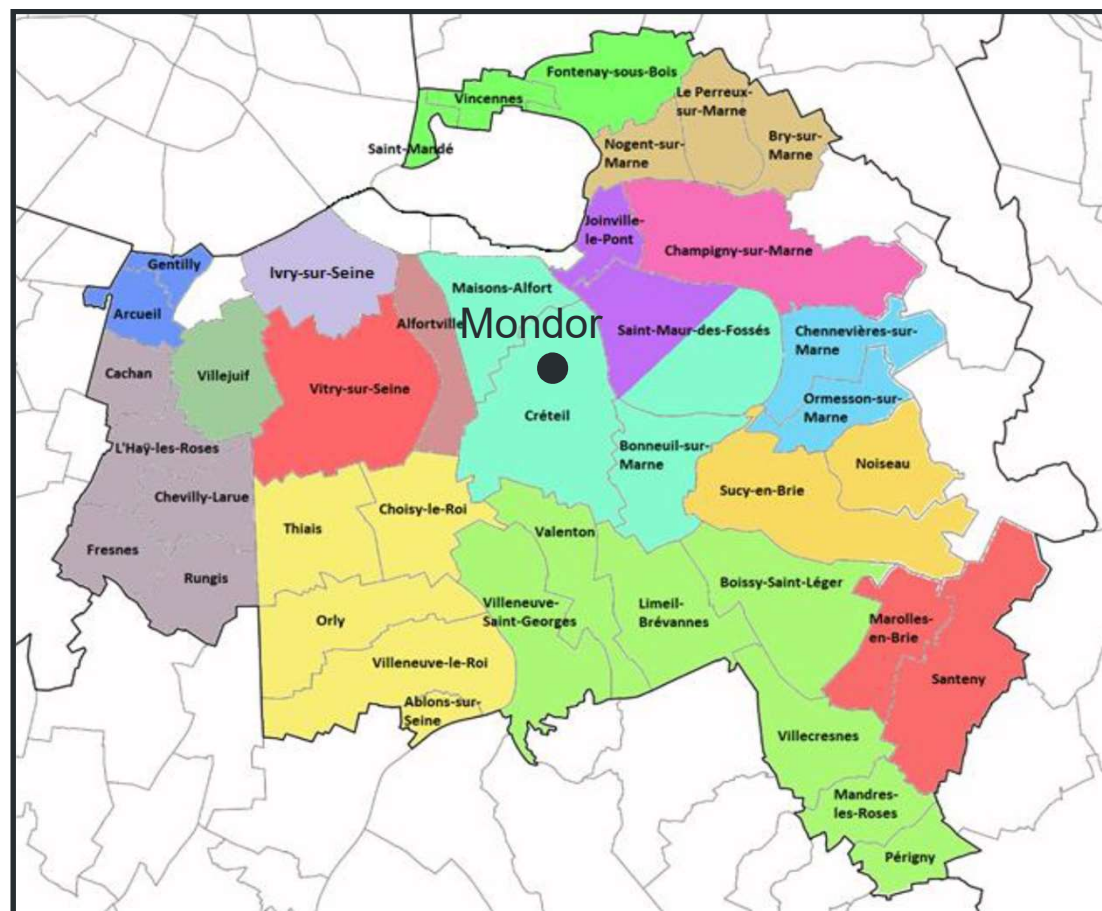
Novembre 2022 (ARS IdF)

7 Fonctionnement

2 Faisabilité

4 Début de formalisation

3 Déclaration d'intérêt

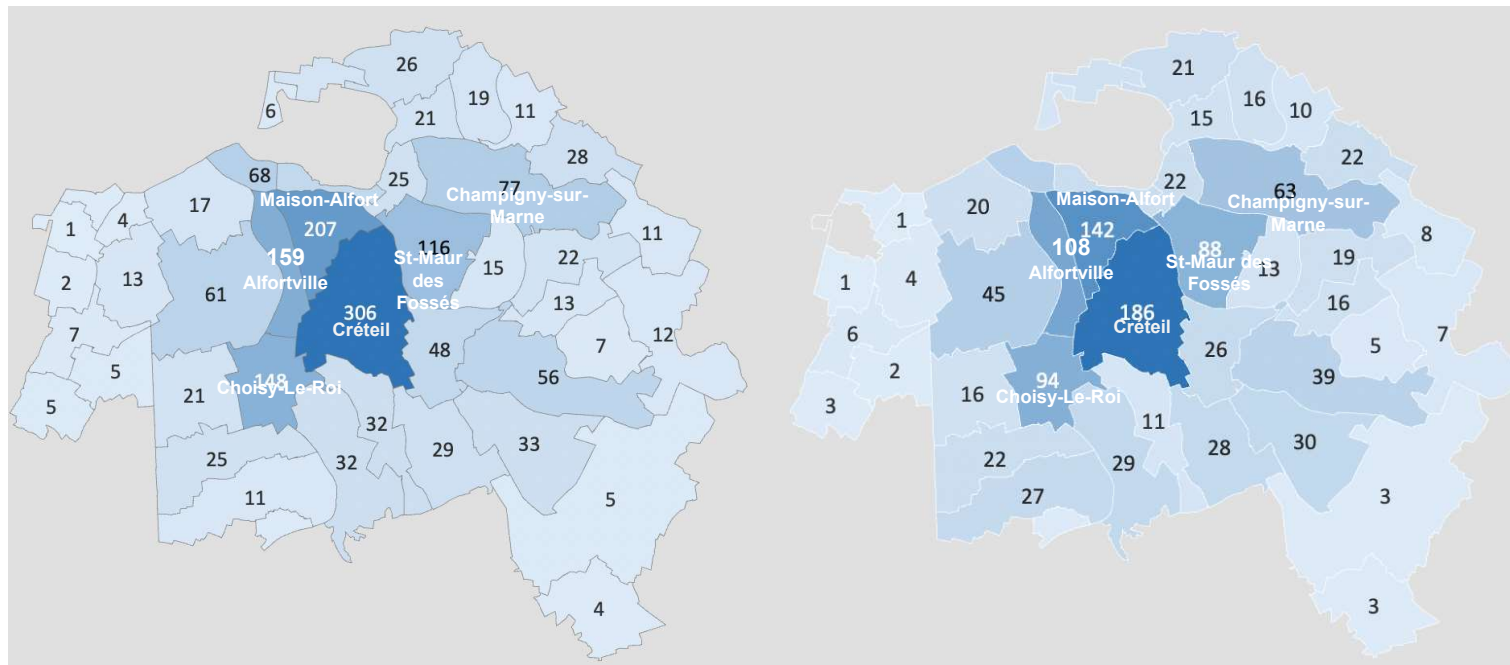


Diagnostic territorial H Mondor

Données SIM Mondor

2021

2022 (janv. à juin)



Choix de travailler prioritairement avec les 2 CPTS des territoires où vivent un maximum de patients

Fiche Projet CPTSUBM – Service de Cardiologie H Mondor

Organisation pluriprofessionnelle des parcours des patients:

Améliorer le parcours entre la Ville et l'Hôpital d'un patient suivi pour une insuffisance cardiaque

<p>Objectifs de l'action</p>	<p>Cette collaboration entre la CPTSUBM, le service de cardiologie du CHU Créteil vise à l'amélioration du suivi et de l'accompagnement du parcours de soins des habitants de ce territoire souffrant d'une insuffisance cardiaque</p> <p>1/ Améliorer les réponses aux besoins de santé des personnes porteurs d'insuffisance cardiaque</p> <p>2/ Accompagner leur parcours de santé à la sortie de l'Hôpital</p> <p>3/ Soutenir les intervenants de la CPTS dans le repérage, la prévention et la prise en charge des parcours de santé de personnes confrontées à ces pathologies</p> <p>3/ Aider à la construction de pratiques coordonnées des professionnels concernés afin de proposer des réponses adaptées (évaluation, orientation vers les structures de soins)</p> <p>4/ Apporter des éléments de méthode pour favoriser le décloisonnement et les pratiques coopératives.</p>
<p>Public cible</p>	<ul style="list-style-type: none"> - personnes suivies à l'hôpital ou en ville pour une insuffisance cardiaque - personnes sortant de l'hôpital après un épisode aigu lié à une insuffisance cardiaque - personnes vu en consultation à l'hôpital sans médecin traitant et habitant dans le territoire ou en dehors de la CPTS UBM

<p>Modalités : Actions à mettre en œuvre et répartition des tâches</p>	<p>La CPTS UBM a retenu la problématique des parcours de santé des personnes sortant de l'hôpital après un épisode aigu de pathologie liée à une insuffisance cardiaque afin d'en améliorer l'organisation pluriprofessionnelle.</p> <p>Cette action visera à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - faciliter la coordination ville-hôpital-domicile - organiser directement l'hospitalisation dans le service de cardiologie ou au sein des services partenaires (UGA Cardiologique –Emile Roux) sans passer par les urgences pour les décompensations cardiaques - rendre possible l'accès à un médecin traitant pour les patients sortant des services hospitaliers concernés - mettre en fonction un numéro unique pour répondre aux demandes d'avis/d'hospitalisation de la ville, - faire adresser au MT le CR d'hospitalisation - proposer un RDV dans les 7 jours avec bilan biologique - organiser des séances d'information et d'analyse des pratiques auprès des professionnels de santé de la CPTS, <p>Résultats attendus pour les patients</p> <p>Optimisation du traitement médical de l'insuffisance cardiaque.</p> <p>Mise en place de la télésurveillance.</p> <p>Orientation pour bilan gériatrique.</p> <p>Après alerte avec décompensation cardiaque. gestion par les IDEs de l'équipe, mais adressage des patients pour toute cause autre que l'insuffisance cardiaque (infection,...)</p>
--	---

Evolution futures

➤ **Accompagner la réflexion :**

- Sur la mise en place des CPTS dans un dialogue constructif pour positionner l'Insuffisance Cardiaque comme un sujet commun avec celles qui le souhaitent.
- **Sur la mise en place des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) du territoire (2 dans le Val de Marne) qui permettent une prise en charge des patients au-delà des questions purement médicales (aides à domicile, habitation, soins palliatifs...)**
- Sur les rôles des pharmaciens notamment ceux d'officine dans le parcours de soins du patient insuffisant cardiaque mais aussi ceux de l'infirmière libérale (Prado, télésurveillance...)

Coordonnées des DAC du Val-de-Marne



DAC 94 Ouest



01 46 63 00 33
contacts@dac94ouest.fr



DAC 94 Est



01 89 168 168
secretariat@dac94est.fr



mailage94.sante-idf.fr



Les missions du DAC



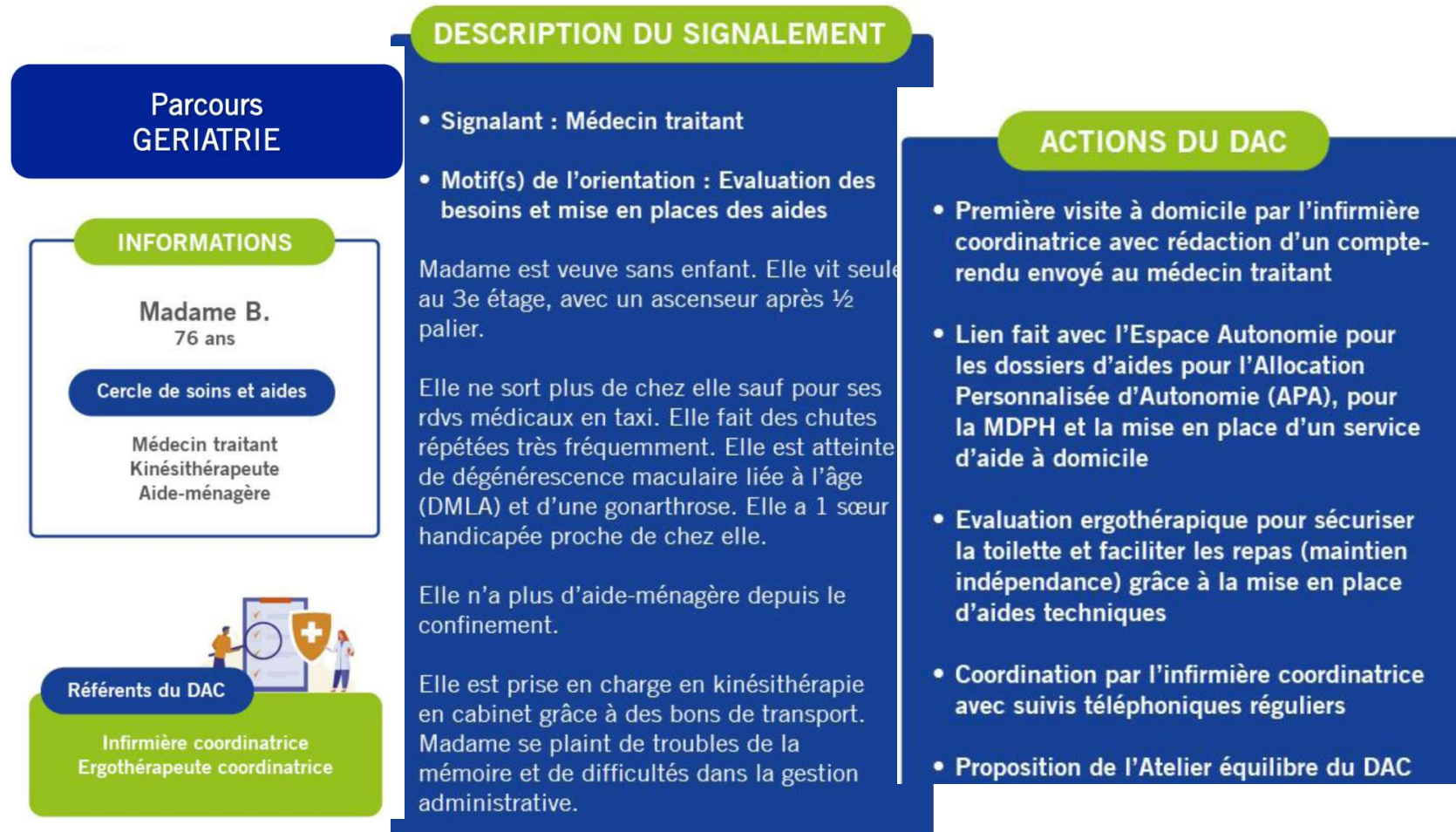
Informier, orienter sur les ressources du territoire et épauler le professionnel de santé ou tout personne qui fait face à une complexité ressentie dans son accompagnement.

A partir d'une évaluation multidimensionnelle qui peut se dérouler au domicile de la personne, conseiller et aider à la mise en place des aides et des soins à domicile. Cette réponse est graduee en fonction des besoins et des capacites de la personne.



Repérer les difficultés dans les parcours de santé, soutenir et proposer des actions d'amélioration de l'offre du système de santé du territoire.

Exemple d'actions mises en place par la DAC



Evolution futures

➤ **Accompagner la réflexion :**

- Sur la mise en place des CPTS dans un dialogue constructif pour positionner l'Insuffisance Cardiaque comme un sujet commun avec celles qui le souhaitent.
- Sur la mise en place des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) du territoire (2 dans le Val de Marne) qui permettent une prise en charge des patients au-delà des questions purement médicales (aides à domicile, habitation, soins palliatifs...)
- **Sur les rôles des pharmaciens notamment ceux d'officine dans le parcours de soins du patient insuffisant cardiaque mais aussi ceux de l'infirmière libérale (Prado, télésurveillance...)**

Rôle du pharmacien hospitalier

Conciliation médicamenteuse:

Vise à faire le point sur l'ensemble des traitements pris par le patient
Sécuriser la prise en charge médicamenteuse aux points de transition
Favoriser la transmission d'informations entre les professionnels
Associe le patient +++

Optimisation thérapeutique:

Analyse pharmaceutique des prescriptions
Médicaments en cours de titration
Adaptation des posologies en fonction du profil des patients (patients âgés, patients insuffisants rénaux)

Evolution à venir:

Article 93 de la loi ASAP du 07/12/2020:

Possibilité pour les pharmaciens hospitaliers de renouveler et d'adapter des traitements dans le respect d'un protocole
Concernera les personnes prises en charge dans l'établissement et pour des pathologies fixées par arrêté
Mise en œuvre des protocoles locaux de coopération au sein d'un établissement ou d'un GHT possible après validation par la CME et simple enregistrement à l'ARS.
En attente des décrets d'application

Rôle du pharmacien d'officine

- ▶ Sortie: Intégration dans le service PRADO
- ▶ Le pharmacien est le 1er professionnel de santé sollicité à la sortie: médicaments
- **Le pharmacien peut accompagner les patients chroniques suivants :**
 - Patients sous traitements chroniques par anticoagulants oraux (AVK et AOD) ;
 - Patients sous traitements chroniques par corticoïdes inhalés pour l'asthme ;
 - Patients sous traitements anticancéreux par voie orale ;
 - Patients âgés polymédiqués pour le bilan partagé de médication ;
- **Pour chacune de ces missions, l'accompagnement du patient consiste en une séquence d'entretiens au cours desquels le pharmacien est amené à :**
 - Evaluer l'adhésion du patient à son traitement ;
 - Evaluer la connaissance du traitement par le patient ;
 - Aider le patient à s'approprier son traitement ;
 - Renforcer ses rôles de conseil, d'éducation et de prévention auprès des patients.



Conseils pour la réalisation des entretiens.



Val-de-Marne

Rôle du pharmacien d'officine

- ▶ Vacciner
- ▶ Participer à des campagnes d'information ou de dépistage
- ▶ Organiser des entretiens structurés (risque iatrogène, adhésion, gaspillage)
- ▶ Encourager l'activité sportive: Prévention et suivi (exercice coordonné)
- ▶ Pharmacien correspondant dans le cadre d'un exercice coordonné:

PHARMACIEN CORRESPONDANT

- **Le pharmacien correspondant pourra notamment pour les seules ordonnances du médecin traitant des patients l'ayant désigné comme pharmacien correspondant :**
 - Renouveler des traitements chroniques au-delà de l'indication de la durée mentionnée sur l'ordonnance lorsque le médecin traitant y a inscrit la mention « le pharmacien correspondant peut renouveler cette ordonnance pour une durée de X mois » sans pouvoir excéder la limite de validité d'une ordonnance (12 mois), ni celle prévue par la réglementation pour certains médicaments ;
 - Ajuster des posologies lorsque le médecin traitant y a inscrit la mention « le pharmacien correspondant peut modifier la posologie ».

Communiquer nos savoir-faire

- Au travers de réunions comme celle-ci
- Au travers d'une soirée scientifique qui aura lieu le 7 décembre:
 - <https://us02web.zoom.us/j/87114350860>: mdp 12345
- Au travers d'un site internet FINC/PHINC94 qui se met en place



Merci pour votre attention

