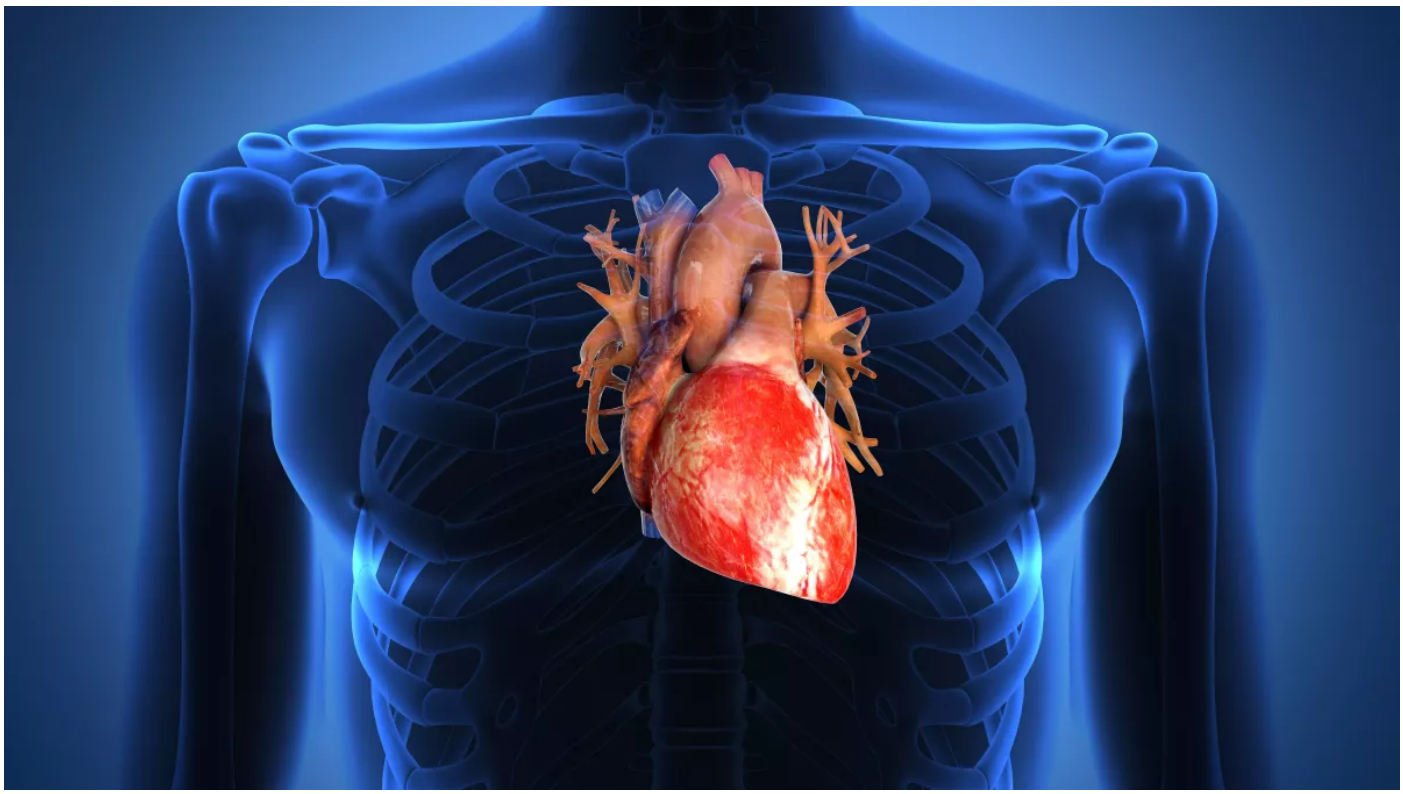
CPTS
Nice Centre - Nice Est

# Parcours pluriprofessionnel autour de l'insuffisance cardiaque



## Table des matières


*1. Protocole de suivi de l'insuffisance cardiaque en retour d'hospitalisation ..... 3*

**1.1. Le patient, hospitalisé en service de cardiologie à la suite d'une décompensation cardiaque pourra bénéficier, avec son accord, des éléments de suivi exposés ci-après à son retour à domicile : ..... 3**

**1.2. L'intégration du patient dans le parcours repose sur différents éléments : ..... 3**

**1.3. En pratique : le protocole est enclenché lorsque le patient est hospitalisé et une date de sortie est envisagée. ..... 4**

**1.4. Suivi coordonné du patient ..... 5**

**1.5. L'infirmier(ère) libéral(e) - IPA ..... 5**

**1.6. Le médecin traitant (peut être réalisé en collaboration d'une l'IPA) ..... 5**

**1.7. Le(la) Cardiologue ..... 6**

**1.8. Continuité de la prise en charge ..... 6**

*2. Documents utiles : ..... 7*

*3. Logigramme parcours IS : ..... 14*

*4. Fiche action IS du projet de santé de la CPTS NCNE ..... 18*

*5. Diagnostic territorial ville de Nice ..... 21*

*6. Fiche Liaison CPTS NCNE ..... 31*

*7. Fiche Liaison DAC C3S ..... 33*

*8. Informations partenaires / offre de soins : ..... 36*

**Établissements de santé ..... 36**

**Polyclinique Saint-Georges (Groupe Kantys) – Nice ..... 38**
**Clinique du Parc Impérial – Nice ..... 38**
**Hôpital Privé Gériatrique Les Sources – Nice ..... 38**
**Institut Arnault Tzanck – Saint-Laurent-du-Var ..... 38**
**Centre Cardio-Thoracique de Monaco ..... 38**
**Centre Hospitalier Princesse Grace (CHPG) – Monaco ..... 39**

**Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) ..... 39**

**Outils de télésuivi / innovations ..... 39**

**Associations & initiatives locales ..... 40**

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

## 1.1. Le patient, hospitalisé en service de cardiologie 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 (CHU de Nice)
- 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, la CPTS NCNE mettra à disposition une liste de choix adaptés pour le patient.

## 1.2. 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 (Doctolib Silo / Azurezo).
- La collaboration avec le dispositif PRADO & le DAC C3S pour la coordination de la prise en charge du patient à son retour à domicile.
- 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 (Doctolib Silo / Azurezo).
- 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.

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

**A. 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.

⇒ La coordinatrice de soin de la CPTS créé une équipe de soins au moyen de l'outil « Mes Patients » et organise avec l'hôpital la transmission du dossier de liaison par messagerie sécurisée.

**B. 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.

⇒ La coordinatrice de soins de la CPTS est ensuite contactée au plus tard la veille de la sortie pour organiser le retour à domicile du patient, via messagerie sécurisée.

**C. Dans tous les cas :**

⇒ Le dossier de liaison est remis au patient

⇒ Les éléments nécessaires sont :

- La feuille d'identité du patient et ses coordonnées / FICHE DE LIAISON CPTS NCNE
- 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 (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 (info prescription insuffisance cardiaque IDEL)
- Le livret de suivi individualisé, établit 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 Doctolib Silo ou Azurezo à la coordinatrice de soins 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
- La fiche de liaison infirmière dans laquelle apparaissent les données du suivi infirmier
- L'ordonnance de bilan sanguin, datée et signée par le cardiologue

- 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).

### 1.4. Suivi coordonné du patient

Il est prévu qu'une formation/sensibilisation spécifique soit dispensée dans les différents secteurs du territoire de la CPTS NCNE. Cette formation s'adresserait à tous les professionnels de santé intervenant dans le suivi de l'insuffisance cardiaque.

Cette formation serait proposée gratuitement par la CPTS et ouverte aux professionnels de santé souhaitant rejoindre le parcours Insuffisance Cardiaque dans un premier temps, puis ouvert à tous les professionnels de santé du territoire NCNE. La CPTS NCNE s'appuiera sur les formations et acteurs existants du territoire pour dispenser cette dernière.

### 1.5. L'infirmier(ère) libéral(e) - IPA

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 le livret de suivi avec les données cliniques demandées, qu'il(elle) laisse chez le patient.

Les éléments cliniques et /ou évènements intercurrents devant être portés à l'attention de l'équipe pluridisciplinaire sont transmis sur « le cas patient collaboratif » (groupe de messagerie sécurisée réunissant le cercle de soin).

### 1.6. Le médecin traitant (peut être réalisé en collaboration d'une l'IPA)

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.

Aujourd'hui l'IPA est en capacité de réaliser le suivi et les examens complémentaires cardiovasculaires comme notamment un ECG, de la télésurveillance ou encore un bilan biologique, afin de fluidifier le parcours du patient et libérer du temps médicale.

Dans le cadre de la télémédecine, 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 2ème mois après le bilan éducationnel dispensé par l'IDEL (voir fiche « Suivi en ville après décompensation cardiaque » 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.

### 1.7. 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, l'hôpital lui programme une consultation de suivi au moment de sa sortie d'hospitalisation.

Le(la) cardiologue sera tenu(e) informé(e) des éléments du dossier via la messagerie sécurisée et communiquera ses éléments de suivi en retour aux différents intervenants.

### 1.8. 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.

La coordinatrice de soins de la CPTS effectue un suivi à 8 semaines de la sortie d'hospitalisation afin de programmer la concertation pluriprofessionnelle. La coordinatrice de soins communique au moyen de la messagerie sécurisée à tous les professionnels de santé intervenant dans le suivi du patient.

La coordinatrice de soins 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 la continuité des visites hebdomadaires ou rapprochées.

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 la messagerie sécurisée.
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.
Dans le cas d'une réhospitalisation, tous les éléments du suivi intégrés dans « cas patient collaboratif » 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.

La coordinatrice de soins 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 sécurisée 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.

# 2. Documents utiles :

- GUIDE DU PARCOURS DE SOINS HAS : Insuffisance cardiaque
- Suivi en ville après décompensation cardiaque : traitement par bêtabloquant (BB)
- Suivi en ville après décompensation cardiaque : traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) initié lors de l'hospitalisation
- Suivi en ville après décompensation cardiaque : conduite à tenir en cas de signe(s) d'aggravation
- Mémo Prado - Suivi en ville après décompensation cardiaque
- Mon carnet de suivi après mon hospitalisation pour décompensation cardiaque
- Protocole de coopération en insuffisance cardiaque : penser autrement la prise en charge

- Retour à domicile après hospitalisation :

Juin 2018

# RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

## Suivi en ville après décompensation cardiaque

**document validé sur le plan scientifique par la SFC [1] après avis de la HAS [2]**

**Prado, le service de retour à domicile après hospitalisation pour décompensation cardiaque** est destiné au patient qui le souhaite dès que son hospitalisation n'est plus jugée nécessaire.
**Il s'appuie sur la prise en charge du patient, en ville, par le médecin traitant en collaboration avec le cardiologue et l'infirmièr(e) libéral(e) formé(e) au suivi de l'insuffisance cardiaque.**
Il peut aussi comprendre, si nécessaire, un service « d'aide à la vie » (aide ménagère, portage de repas).

**Les visites et consultations dans le cadre de Prado** se déroulent dans le respect du libre choix du patient et **s'appuient sur les missions :**
- **du médecin traitant** qui coordonne l'ensemble des prises en charge nécessaires ;
- **de l'infirmièr(e)** qui prodigue les soins, contrôle la prise des médicaments et participe à l'éducation du patient.

## Contenu des visites et consultations

| Le médecin traitant | L'infirmièr(e) formé(e) au suivi du patient insuffisant cardiaque |
|---|---|
| **Coordination** des professionnels de santé dans une approche globale | **Surveillance clinique**<br>• pression artérielle, poids, fréquence cardiaque, respiration<br>• identification des signes d'alertes : prise de poids, œdème, dyspnée, toux |
| **Évaluation clinique** | |
| **Éducation du patient et son entourage (échanges et écoute pour encourager chez le patient) :**<br>• le suivi des règles hygiéno-diététiques<br>• l'observance et la gestion du traitement<br>• l'autonomie et l'implication par l'auto-surveillance (poids...)<br>• la détection et gestion des signes de décompensation<br>• une activité physique adaptée | |
| **Adaptation thérapeutique**<br>Si insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection ≤ 40 % :<br>↔ titration IEC jusqu'à la dose maximale tolérée, avec surveillance biologique et clinique<br>En cas de difficultés d'adaptation des IEC :<br>↔ avis du cardiologue<br>Pour la titration des bétabloquants et pour les traitements antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes, ARAII associés aux IEC, dispositifs implantables... :<br>↔ avis du cardiologue<br>Si signe(s) de rétention :<br>↔ nouvelle prescription de diurétiques à adapter aux signes congestifs<br>Traitements des causes déclenchantes.<br>En cas de fibrillation auriculaire :<br>↔ anticoagulation efficace et avis du cardiologue | **Transmissions**<br>• mise à jour régulière du carnet de suivi<br>• bilan éducationnel à réaliser à la fin du 2e mois à la page 58 du carnet de suivi<br><br>**Gestion des signes d'alerte**<br>En cas de signe d'alerte, appel du médecin traitant ou, à défaut, du 15 (112 depuis l'étranger) |
| **Vaccination antigrippale tous les ans et vaccination antipneumococcique** | |

## Périodicité des séances et consultations

La 1re consultation du médecin et la 1re séance à domicile de l'infirmièr(e) ont lieu dans les 7 jours suivant la sortie d'hospitalisation. À l'issue de sa 1re 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.

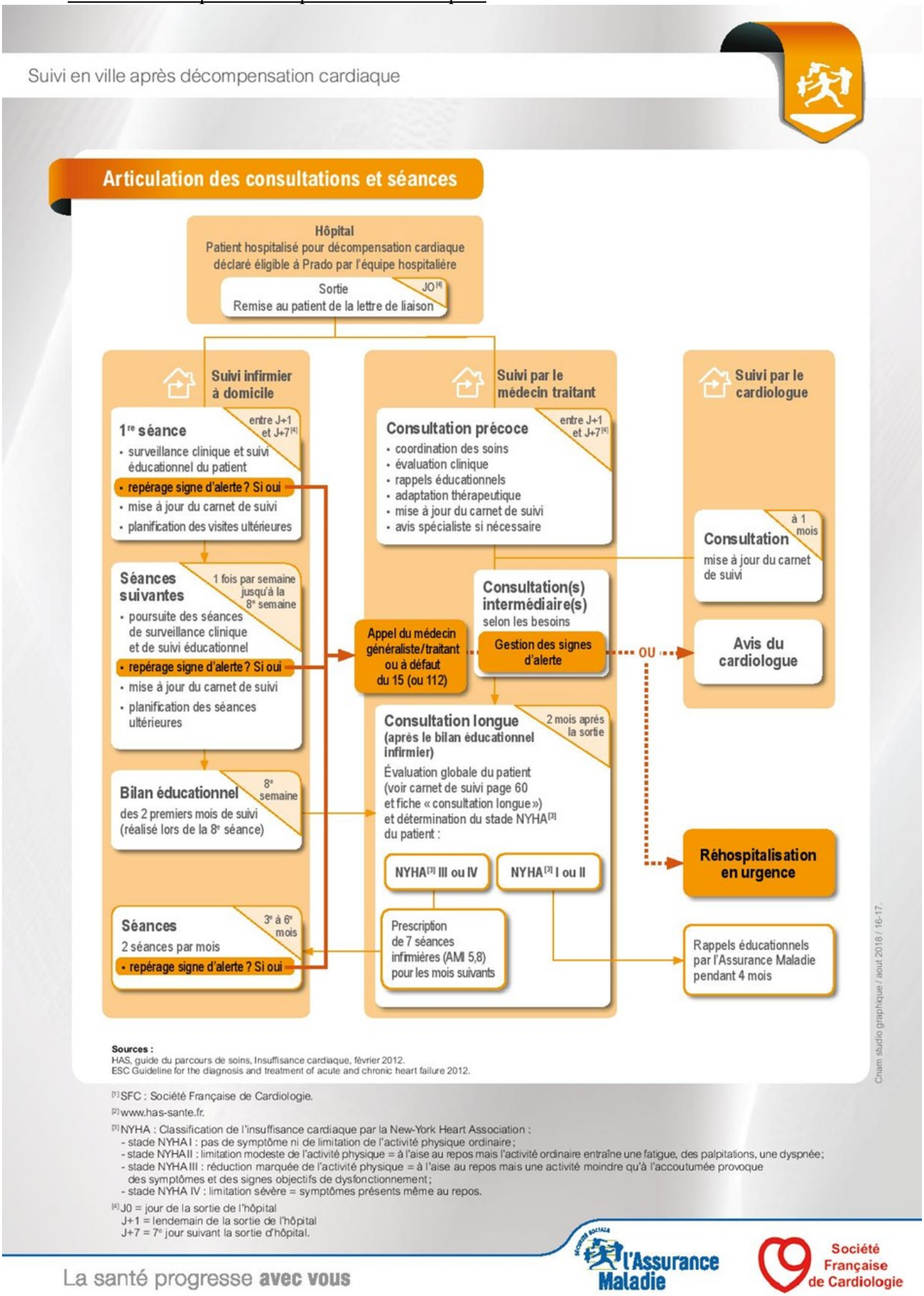
L'infirmièr(e), pour sa part, se rend au domicile du patient une fois par semaine pendant 2 mois. Pour les patients en stade III et IV de la NYHA [3] à l'issue des 2 mois, elle poursuit ses séances 2 fois par mois jusqu'au 6e mois.

La santé progresse **avec vous**

L'Assurance Maladie

Société Française de Cardiologie

- Suivi en ville après décompensation cardiaque :



- Description de l'acte infirmier et modalités de facturation :

Prado
Le service de retour à domicile

# 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 surcroit 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.

*UOP – maj 26/08/2019*

- Description de l'acte infirmier et modalités de facturation suite

✓ 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.

- Retour à domicile après hospitalisation suite

Septembre 2018

# RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

## Suivi en ville après décompensation cardiaque : la consultation longue

Dans le cadre de Prado, le service de retour à domicile après décompensation cardiaque, le médecin généraliste/traitant réalise une consultation longue et complexe, si possible en présence des aidants habituels.

**Cette consultation a pour objectif de favoriser le maintien à domicile du patient et de limiter le recours à l'hospitalisation.** Elle permet d'évaluer l'adéquation entre les besoins du patient et des aidants et les moyens de suivi/accompagnement mis en place.

### Contenu de la consultation longue

Au cours de cette consultation, le médecin généraliste/traitant :

- évalue le niveau d'information et d'implication du patient ;
- évalue l'efficacité et la tolérance du traitement ;
- s'assure qu'une consultation cardiologique a été réalisée avant la fin du deuxième mois et juge l'utilité de consultations spécialisées complémentaires ;
- mène toute action afin d'éviter l'hospitalisation en urgence ;
- vérifie l'adéquation entre les besoins du patient, les aidants naturels et les moyens mis en place ;
- en fonction de ces constats, **prescrit pour les patients en stade III et IV de la NYHA**[1] la poursuite des séances à domicile de surveillance clinique et de prévention par l'infirmière (1 séance toutes les 2 semaines sans dépasser 15 séances au total sur les 6 mois post-hospitalisation) ;
- notifie les conclusions de cette visite dans le carnet de suivi du patient.

### Modalités pratiques

La consultation longue a lieu **à l'issue du deuxième mois** après la fin d'hospitalisation, idéalement après les 8 premières séances[2] à domicile, de surveillance clinique et de prévention de l'infirmièr(e) et après la consultation du cardiologue.

Cette consultation, **cotée G ou GS + MIC**[3], est réalisée au tarif opposable par les médecins généralistes de secteur 1 et les médecins de secteur 2 signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM).

Cette visite ne peut être **tarifée qu'une seule fois**, deux mois après la fin d'hospitalisation du patient pour insuffisance cardiaque.

CNAM STUDIO GRAPHIQUE - SEPT 2018 - 06-18

[1] Rappel : classification de la New York Heart Association (NYHA) :
- stade I : pas de symptôme ni de limitation de l'activité physique ordinaire ;
- stade II : limitation modeste de l'activité physique = à l'aise au repos, mais de l'activité ordinaire entraîne une fatigue, des palpitations, une dyspnée ;
- stade III : réduction marquée de l'activité physique = à l'aise au repos, mais une activité physique moindre qu'à l'accoutumée provoque des symptômes et des signes objectifs de dysfonction cardiaque ;
- stade IV : limitation sévère = symptômes présents même au repos.

[2] AMI 5,8 Article 5 ter de la NGAP
[3] Article 15.5 de la NGAP

L'Assurance Maladie

CPTS
Nice Centre - Nice Est

*L'association qui vous accompagne dans la recherche de professionnels de santé*

# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Vous voulez**
- rester bien dans votre corps et votre tête
- prendre soin de votre santé
- vous sentir bien à votre domicile
- rester autonome longtemps

**Vous êtes**
- Insuffisant cardiaque

**On vous propose**
- un suivi personnalisé
- des ateliers de prévention adaptés aux besoins
- une centralisation du suivi par votre médecin traitant

## Informations

**Renseignements**

**CPTS Nice Centre - Nice Est**
07 84 60 25 06
**cptsncne@gmail.com**

La **CPTS** est une association de professionnels de Nice Centre Nice Est pour **prendre soin de ma santé** !
Nous vous proposons de vous inclure dans ce parcours spécifique **innovant et expérimental**.
La CPTS s'engage à mener cette expérimentation selon les **dispositions éthiques et déontologiques**, à protéger le secret médical des patients tout au long de l'expérimentation et à **assurer la confidentialité des informations** recueillies.

**Liberté du participant** : le consentement pour poursuivre l'expérimentation peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.

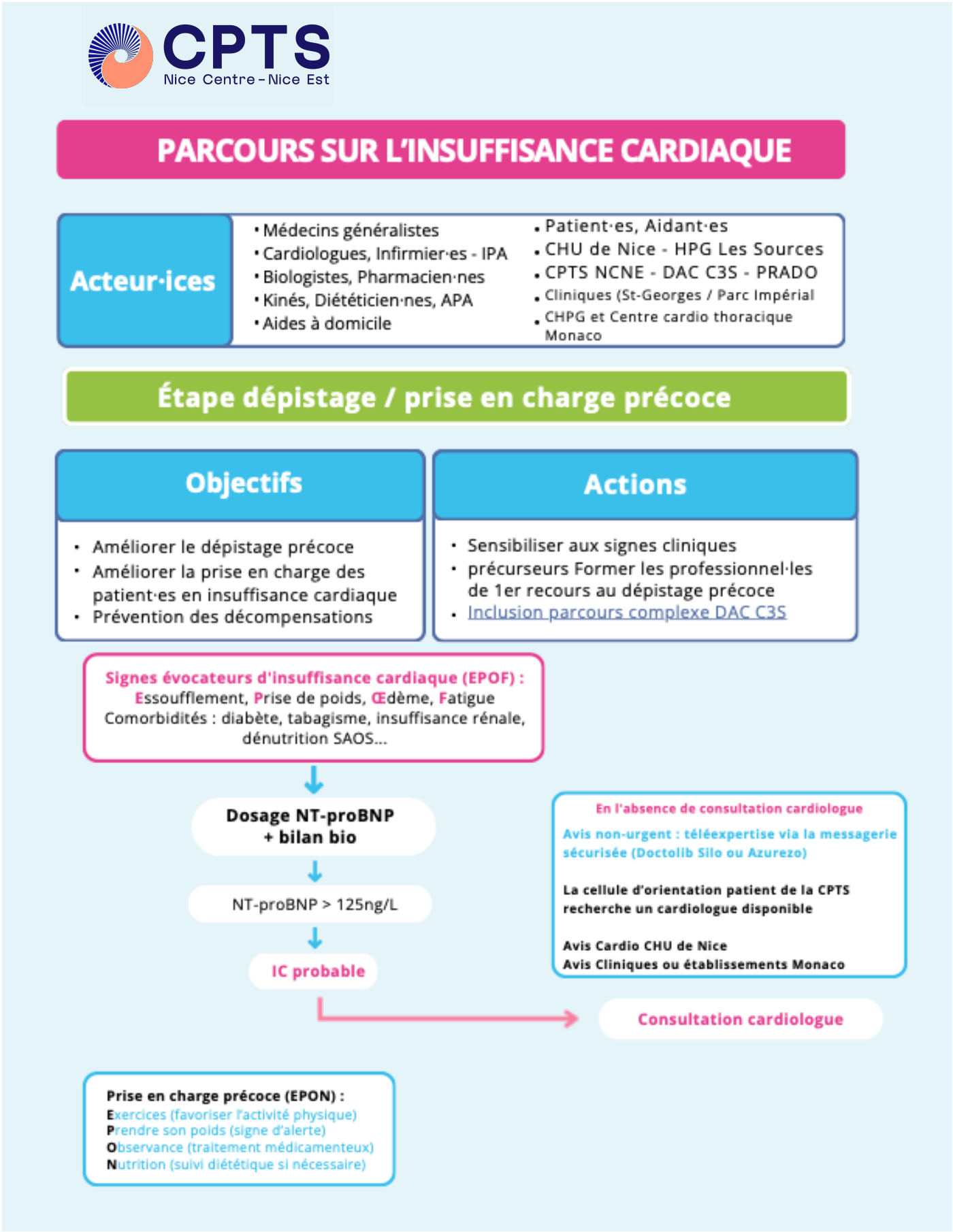
**Information du participant** : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette expérimentation auprès de la CPTS.

**Confidentialité des informations** : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon confidentielle et sécurisée sur l'outil régional numérique de santé **AZUREZO** et **DOCTOLIB SILO** permettant les échanges de données de santé de manière sécurisée. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle anonyme.

Je soussigné....., né le ....., à .....
consens à être inclus dans l'expérimentation du parcours de soins « Bien vieillir à Nice Centre Nice Est » de la CPTS Nice Centre - Nice Est. Je consens également à l'utilisation de mes données grâce à l'outil numérique sécurisé Azurezo par les professionnels de mon « cercle de soin ».

**Date :** **Signature :**

# 3. Logigramme parcours IS :



CPTS Nice Centre - Nice Est

# PARCOURS SUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

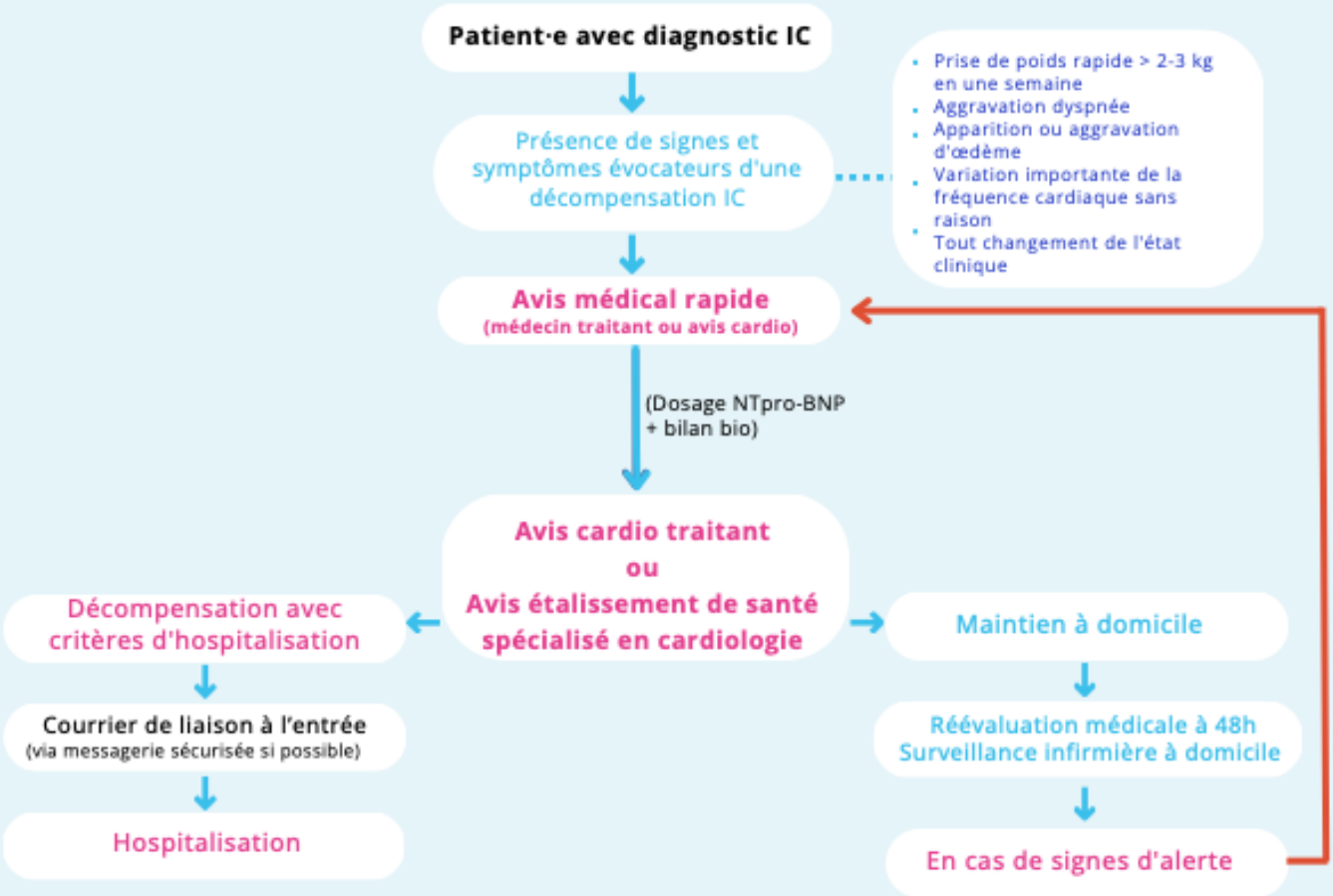
## Décompensation

### Objectifs

- Améliorer le parcours des patient·es l'insuffisant·es cardiaques lors des épisodes de décompensation.
- Limiter les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation

### Actions

- Diffuser les coordonnées des lignes téléphoniques et de téléexpertise
- Promouvoir les outils de e-parcours pour la coordination ville-hôpital



CPTS Nice Centre - Nice Est

# PARCOURS SUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

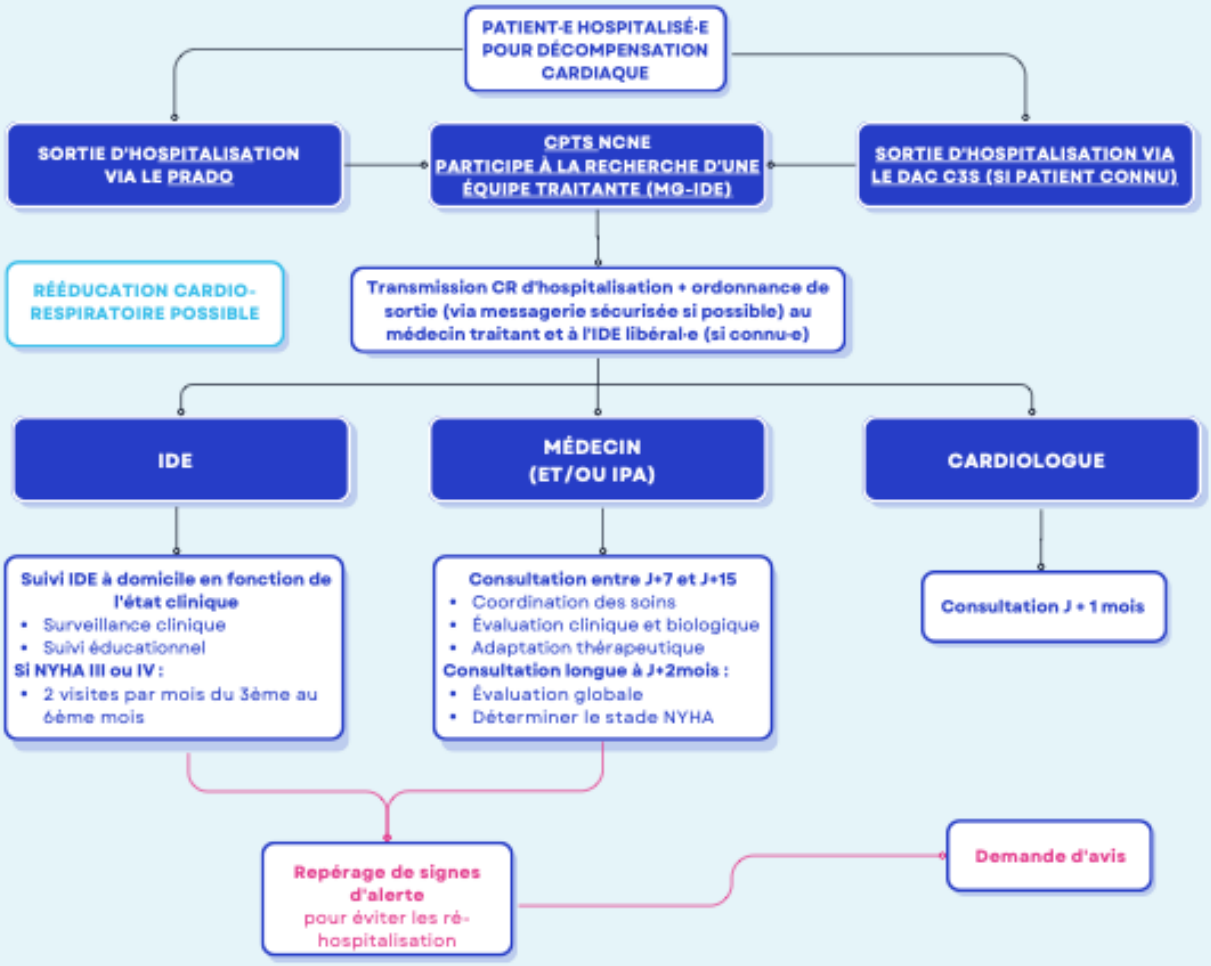
## Sortie d'hospitalisation, retour à domicile

### Objectifs

- Améliorer la coordination des acteurs de ville en sortie d'hospitalisation
- Diminuer le risque de ré-hospitalisation
- Limiter les risques de rupture de soin
- Favoriser l'utilisation des outils de e-parcours

### Actions

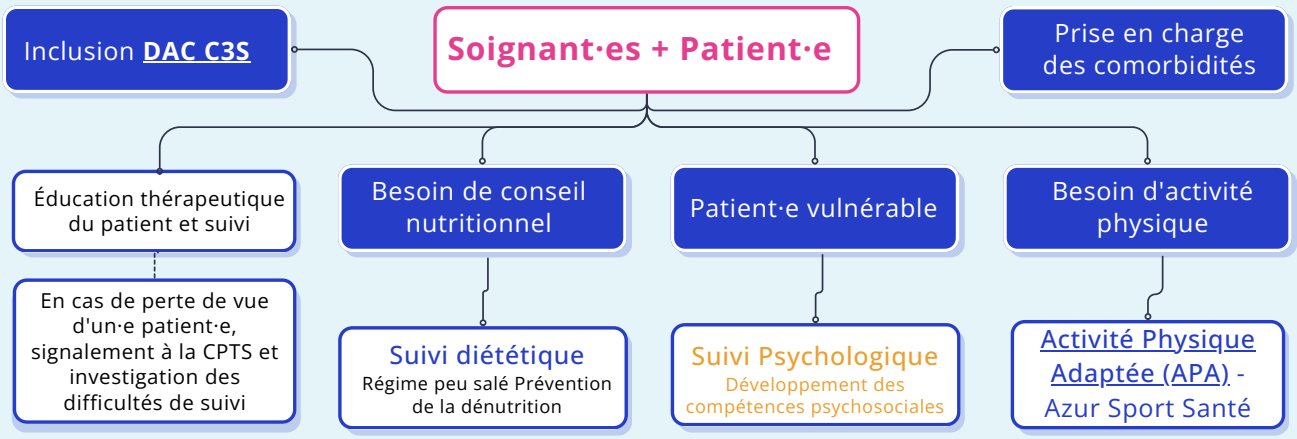
- Rapprochement avec le DAC C3S et le PRADO
- Conventionnement entre la CPTS et le PRADO
- Suivi des sorties d'hospitalisation par la CPTS et soutien à la coordination des acteurs de ville



CPTS Nice Centre - Nice Est

# Parcours sur l'insuffisance cardiaque

## Surveillance des patient·es ayant une IC stable




### Prévention de la décompensation cardiaque

Le·a patient·e connaît les recommandations pour sa prise en charge (**EPON**)

**E**xercice (favoriser l'activité physique)
**P**rendre son poids (signe d'alerte)
**O**bservance (traitement médicamenteux)
**N**utrition (suivi diététique si nécessaire)

Le·a patient·e connaît les signes d'alerte devant conduire à une consultation rapide ou urgente :

Prise de 2-3 kg en qqes jours, dyspnée majorée, FC rapide ou irrégulière, changement état clinique

Le·a patient·e remplit son carnet de suivi (outil créé par la CPAM à retrouver **en cliquant ici**)

En présence de ces signes :

- Évaluer le NYHA
- Dosage NT-proBNP en cas de doute sur une décompensation

# 4. Fiche action IS du projet de santé de la CPTS NCNE

| | |
|---|---|
| **MISSION OPTIONNELLE** | Organisation d'un parcours pluriprofessionnel autour de la cardiologie |
| **PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL EN LIEN AVEC LES ACTIONS** | CPTS de taille 4 avec 184 433 habitants (Nice dans son ensemble : 314 669 habitants).<br><br>Diagnostics IC réalisés par la CPAM en annexe n°8<br><br>De manière générale, la population du territoire de Nice présente un pourcentage de nombre de patients plus faible que le département et la région pour les maladies coronaires (9109 patients) et Insuffisance Cardiaques graves, troubles du rythme grave, cardiopathie valvulaires graves, cardiopathie congénitales graves (8 307 patients).<br><br>A l'heure actuelle, le territoire compte :<br>- 451 médecins généralistes dont environ 42,5% (192) sont âgés de + 60 ans et 26,6% (122) ont + de 65 ans<br>- 806 médecins spécialistes dont environ 38,6% (311) sont âgés de + 60 ans et 25,4% (205) ont + de 65 ans<br>- 65 cardiologues dont 40% (26) sont âgés de + 60 ans et 29,2% (19) ont + de 65 ans<br>- 3 angiologues dont 33,3% (1) sont âgés de + 60 ans et 0% (0) ont + de 65 ans<br>- 127 chirurgiens dont 23,6% (30) sont âgés de + 60 ans et 15,7% (20) ont + de 65 ans<br>- 661 masseurs kinésithérapeutes<br>- 1 079 IDEL<br>- 161 pharmacies.<br><br>Structures concernées par la cardiologie :<br>● CHU de Nice<br>● Polyclinique Saint-Georges (groupe Kantys)<br>● Clinique du Parc Impérial<br>● HPG Les sources<br>● Institut Arnault TZANCK<br>● Centre Cardio thoracique Monaco<br>● CHPG Monaco<br><br>Une approche pluriprofessionnelle (médicale et psychologique) est donc indispensable afin de réduire les risques de rechutes et de mortalité (antidépresseurs ISRS : diminution de 14% de réhospitalisation + psychothérapie diminution de 41% des événements cardiaques).<br><br>Réduire l'anxiété du patient cardiaque favorise l'éloignement des facteurs aggravants (addiction(s), suralimentation, faible activité physique...). |
| **OBJECTIF GENERAL ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES** | **Objectif général** : Améliorer la prise en charge de patient atteint de troubles cardiaques<br><br>**Objectif spécifique** : Prévenir la survenue de l'insuffisance cardiaque en améliorant le diagnostic et l'orientation des habitants du territoire pour une prise en charge précoce du patient atteint de la pathologie. |

| | |
|---|---|
| **PUBLIC BÉNÉFICIAIRE** | Toute la population de la CPTS |
| **ACTIONS ENVISAGÉES** | ● Recenser les PS et établissements de santé spécialisés dans la cardiologie sur le territoire<br>● Mise en place d'un standard téléphonique pour l'orientation patient<br>● Trouver les professionnels de santé adaptés aux besoins du patient (ex : MT, IDEL, MK, Cardiologue, ...)<br>● Assurer la promotion d'outils de communication sécurisé afin de fluidifier le partage des informations et faciliter les échanges autour de la prise en charge du patient<br>● Promouvoir les télésoins, la téléconsultation et la téléexpertise.<br>○ Voir pour mallette de téléconsultation CPTS<br>● Promouvoir les outils de e-santé<br>● Promouvoir et sensibiliser à l'utilisation du DP/DMP avec accès pluripro<br>● Promouvoir les dispositifs pour libérer du temps médical (IPA, ASALEE, assistant médical).<br>● Proposer des ateliers d'ETP<br>○ Favoriser une orientation vers une rééducation cardiaque et/ou inscription au programme d'ETP (inscription programme PRADO)<br>● Formations aux dépistages précoces de la maladie à destination des professionnels de santé libéraux du territoire<br>● Mise en place d'ateliers de sensibilisation et de diagnostics de la population<br>● Dispositifs de transports pour les personnes ayant des difficultés de mobilité.<br>● Mettre en place un processus de repérage du patient avec trouble cardiaque avec élaboration d'une fiche/grille de repérage<br>○ Mettre en place un "cahier de communication" péri-soins<br>● Sensibiliser la population sur l'APA et hygiéno-diététique (sport, alimentation, addictions, ...).<br>● Sensibiliser aux premiers signes des AVC et infarctus du myocarde via des flyers, site internet et autres moyens de communication.<br>● Communication au PS et population via :<br>○ Flyer, affiches<br>○ Réseaux Sociaux<br>○ Site internet<br>● Sensibiliser à la vaccination : grippe + pneumocoque + Covid-19<br>● Inclure le repérage du stress (pré et post) et l'accompagnement psy du patient<br>○ L'évaluation de l'anxiété et de la dépression semble indispensable tout au long du parcours. Au-delà du diagnostic, proposer un accompagnement pour éviter les rechutes. L'intégration de la maladie par le patient semble indispensable dans la perspective d'une observance de traitement, comme dans le renoncement à certaines conduites néfastes. |
| **MOYENS** | Standard téléphonique<br>Malette téléconsultation<br>Logiciel téléconsultation<br>Outil de communication/ messagerie sécurisée<br>Partenariats avec les acteurs de la cardiologie du territoire<br>Formateurs<br>Grilles de repérage |

| | |
|---|---|
| **ACTEURS** | CPAM<br>Professionnels de santé libéraux du territoire : Médecins généralistes, Médecins spécialistes, Infirmiers, Pharmaciens, Masseurs kinésithérapeutes, …<br>Associations de santé<br>Cliniques de Nice<br>Sociétés de transport adapté<br>Structures concernées par la cardiologie :<br>● CHU de Nice<br>● Polyclinique Saint-Georges (groupe Kantys)<br>● Clinique du Parc Impérial<br>● HPG Les sources<br>● Institut Arnault TZANCK<br>● Centre Cardio thoracique Monaco<br>● CHPG Monaco |
| **COORDONNATEUR DE L'ACTION** | Christophe BONNIN (Cardiologue)<br>Marc André GUERVILLE (MG)<br>Antonin TAFANI (coordonnateur CPTS) |
| **CALENDRIER** | Voir Calendrier des actions annexe 3 |
| **INDICATEURS** | **Indicateurs de résultats :**<br>● Nombre de demandes PEC patient<br>**Indicateurs de moyens :**<br>● Formalisation du parcours incluant notamment : le repérage du trouble cardiaque, les examens à domicile et le repérage du stress<br>● Nombre de partenariats établis<br>● Élaboration d'un diagnostic de l'offre médico-psycho-sociale autour de la cardiologie sur le territoire<br>● Déployer des outils dédiés à la coordination et à l'organisation des parcours patients (documents / formulaire / grille / outil numérique /…)<br>**Indicateurs de suivis :**<br>● Nombre de PS dans le parcours (= nombre de PS dotés de ces outils) |

# 5. Diagnostic territorial ville de Nice

## PARCOURS DE SOINS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE - DIAGNOSTIC TERRITORIAL VILLE DE NICE

Champ : Bénéficiaires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, de 40 ans et plus, relevant du Régime Général (yc Sections Locales Mutualistes) insuffisants cardiaques (IC) en 2017 au sens de la Cartographie CNAM.
*Source :* SNDS

### I. Le contexte territorial de l'insuffisance cardiaque

***Description des patients IC - 2017***

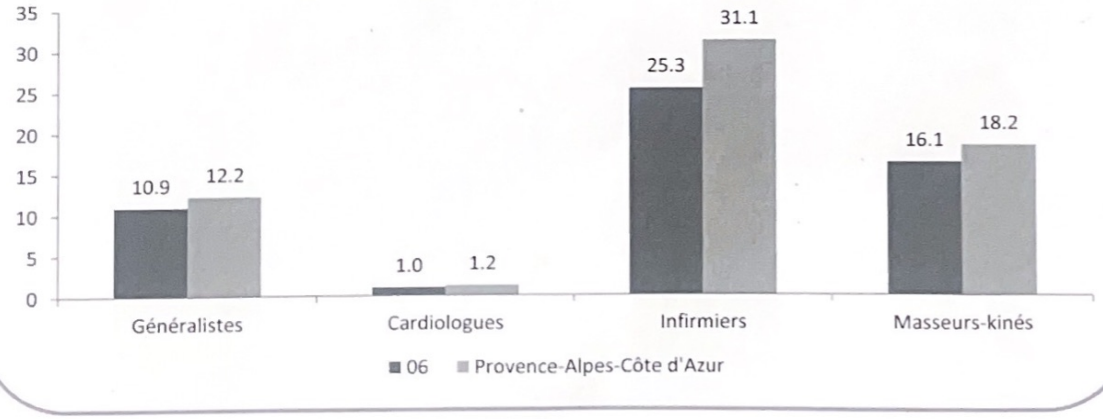
| | Nombre de patients | % de la population protégée | Age moyen | Age median | Ratio H/F |
|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 11 821 | 1.1% | 81.3 | 84.0 | 0.92 |
| NICE | 3 980 | N.D | 80.7 | 83.0 | 0.89 |

| | % de bénéf. CMU-C/C2S | % de résidents en Ehpad | Montant moyen des soins remboursés | Montant median des soins remboursés |
|---|---|---|---|---|
| 06 | 6.8% | 6.0% | 17 023.7 € | 11 255.0 € |
| NICE | 9.7% | 5.4% | 17 753.8 € | 11 864.4 € |

| | Population sans séjour index (SI) | | | Population avec séjour index* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nombre de patients | Age moyen | Ratio H/F | Nombre de patients | Age moyen | Ratio H/F |
| 06 | 10 372 | 81.2 | 0.91 | 1 449 | 82.6 | 0.97 |
| NICE | 3 506 | 80.6 | 0.87 | 474 | 81.7 | 1.03 |

*(*)Pour les patients hospitalisés entre 2018/2019, identification d'un séjour index : 1er séjour MCO pour IC au cours de la période*

**Densité des professionnels de santé libéraux (pour 10 000 habitants) - 2020**




1

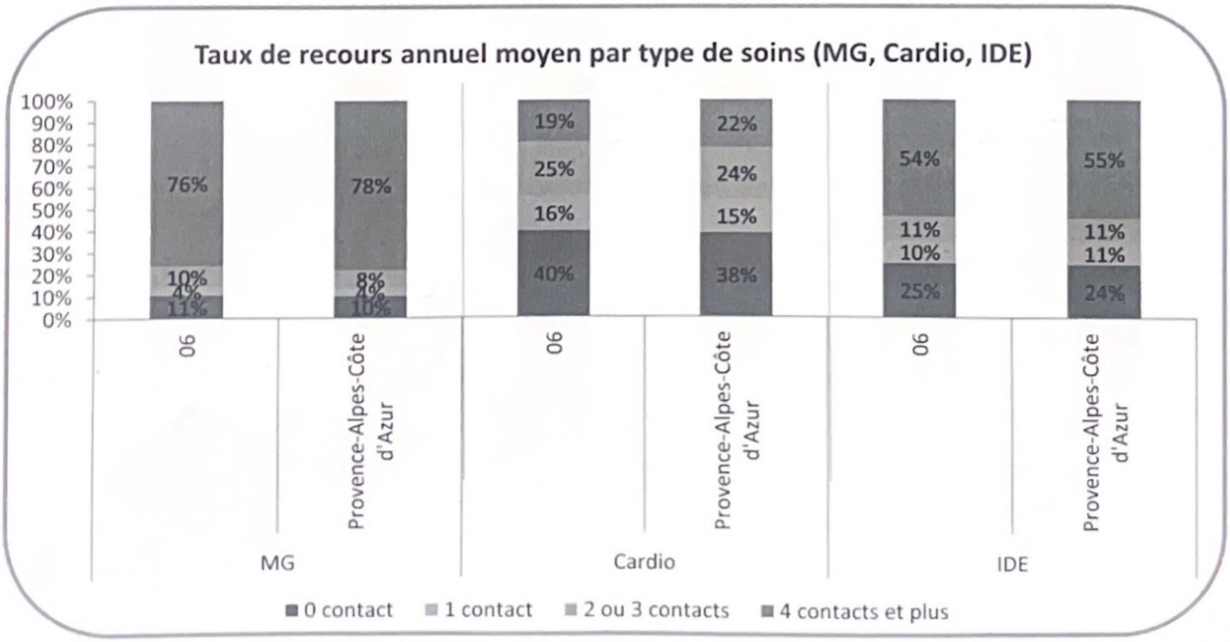
## PARCOURS DE SOINS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE - DIAGNOSTIC TERRITORIAL
## VILLE DE NICE

Champ : Bénéficiaires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, de 40 ans et plus, relevant du Régime Général (yc Sections Locales Mutualistes) insuffisants cardiaques (IC) en 2017 au sens de la Cartographie CNAM.
*Source :* SNDS

## II. Indicateurs de moyens : Recours aux soins primaires et prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation

| *Vaccinations* | % de patients vaccinés contre la grippe par période de vaccination | % de patients vaccinés contre le pneumocoque entre 2016/2019 |
|---|---|---|
| 06 | 49.2% | 17.0% |
| NICE | 48.8% | 17.2% |

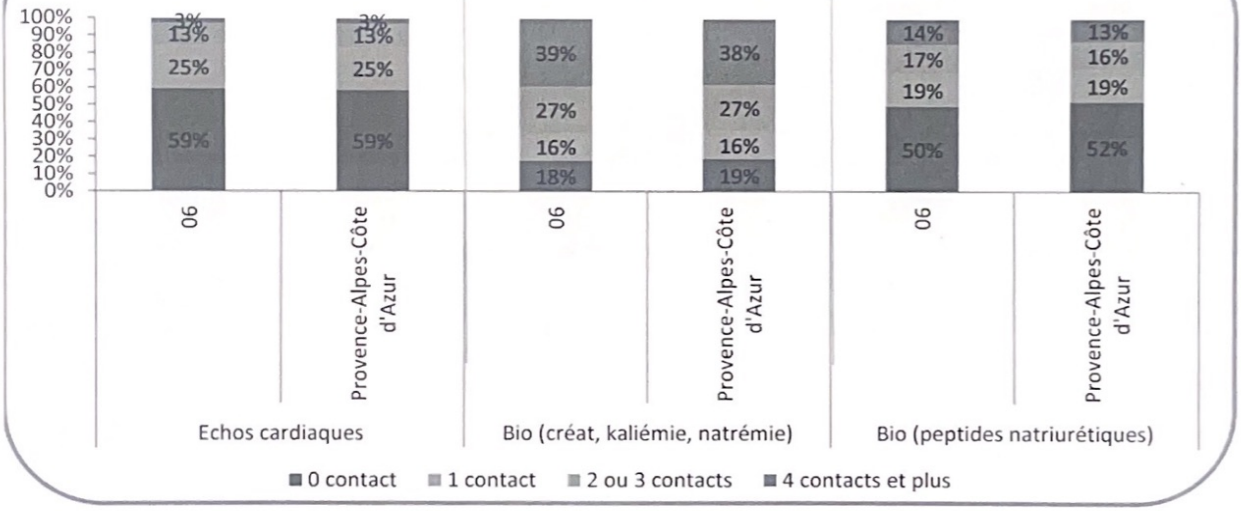
| *Recours aux soins primaires* | Nb moyen annuel de contacts MG | Nb moyen annuel de contacts cardio. | Nb moyen annuel de soins infirmiers |
|---|---|---|---|
| 06 | 10.2 | 2.1 | 73.6 |
| NICE | 11.2 | 2.2 | 78.7 |



## PARCOURS DE SOINS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE - DIAGNOSTIC TERRITORIAL
## VILLE DE NICE

Champ : Bénéficiaires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, de 40 ans et plus, relevant du Régime Général (yc Sections Locales Mutualistes) insuffisants cardiaques (IC) en 2017 au sens de la Cartographie CNAM.
*Source :* SNDS

| *Recours aux soins primaires* | Nb moyen annuel d'échos cardiaques | Nb moyen annuel d'examens bio (créat, kaliémie, natrémie) | Nb moyen annuel d'examens bio (peptides natriurétiques) |
|---|---|---|---|
| 06 | 0.7 | 4.8 | 1.7 |
| NICE | 0.7 | 4.8 | 1.6 |




| *Recours aux soins primaires* | Nb moyen annuel de contacts MG | | Nb moyen annuel de contacts cardio. | | % de patients avec au moins un contact cardio | | Nb moyen annuel d'échos cardiaques | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sans SI | Avec SI | Sans SI | Avec SI | Sans SI | Avec SI | Sans SI | Avec SI |
| 06 | 9.6 | 13.6 | 1.9 | 3.5 | 59.5% | 65.6% | 0.6 | 1.0 |
| NICE | 10.6 | 15.2 | 2.0 | 3.6 | 60.3% | 68.9% | 0.6 | 1.2 |

| *Recours aux soins primaires* | Nb moyen annuel de soins infirmiers | | Nb moyen annuel d'examens bio (créat., kaliémie, natrémie) | | Nb moyen annuel d'examens bio (peptides natriurétiques) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sans SI | Avec SI | Sans SI | Avec SI | Sans SI | Avec SI |
| 06 | 68.0 | 107.0 | 4.1 | 8.7 | 1.3 | 4.5 |
| NICE | 73.7 | 109.0 | 4.2 | 8.6 | 1.2 | 4.6 |

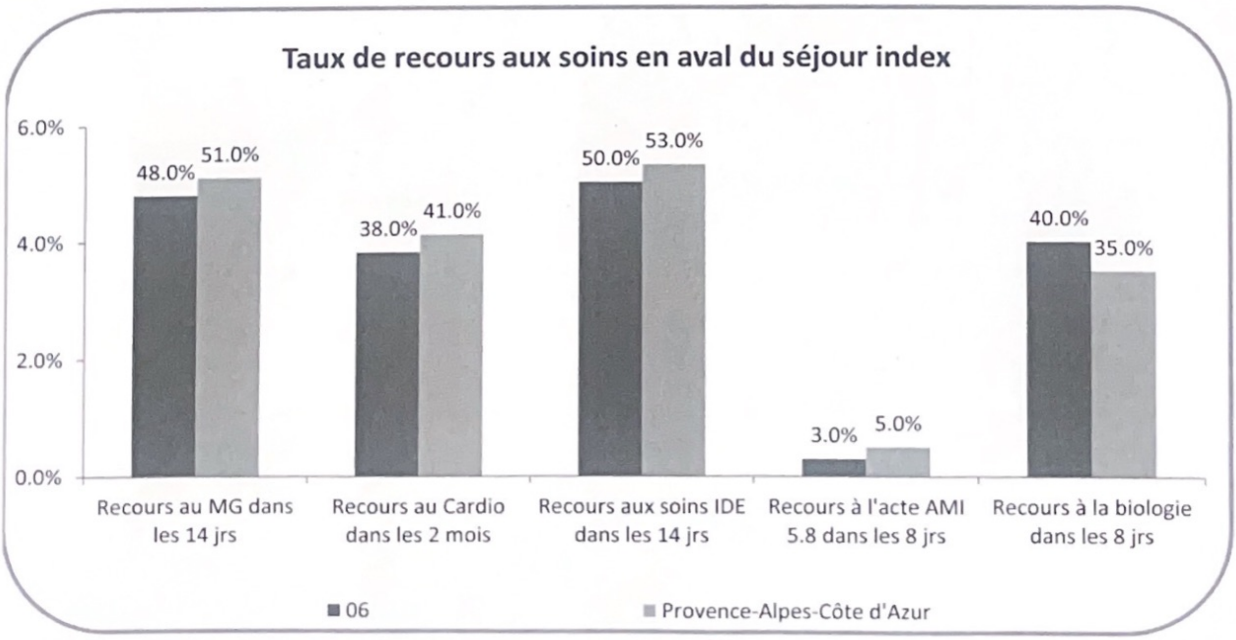
## PARCOURS DE SOINS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE - DIAGNOSTIC TERRITORIAL
## VILLE DE NICE

Champ : Bénéficiaires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, de 40 ans et plus, relevant du Régime Général (yc Sections Locales Mutualistes) insuffisants cardiaques (IC) en 2017 au sens de la Cartographie CNAM.
*Source :* SNDS

| *Description du séjour index* | DMS (en jrs) | % d'entrée par les urgences | % de séjours avec passage Réa/SI/SC | Score de Charlson median | % de patients avec autres comorbidités |
|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10.1 | 54.2% | 19.8% | 4 | 73.8% |
| NICE | 9.7 | 46.0% | 15.2% | 3 | 77.2% |

| *Dans l'année précédent le SI* | Taux de recours au MG | Taux de recours au cardiologue | Délai médian entre le dernier contact MG ou Cardio et le SI (en jours) |
|---|---|---|---|
| 06 | 94.3% | 68.9% | 9 |
| NICE | 94.3% | 71.7% | 7 |

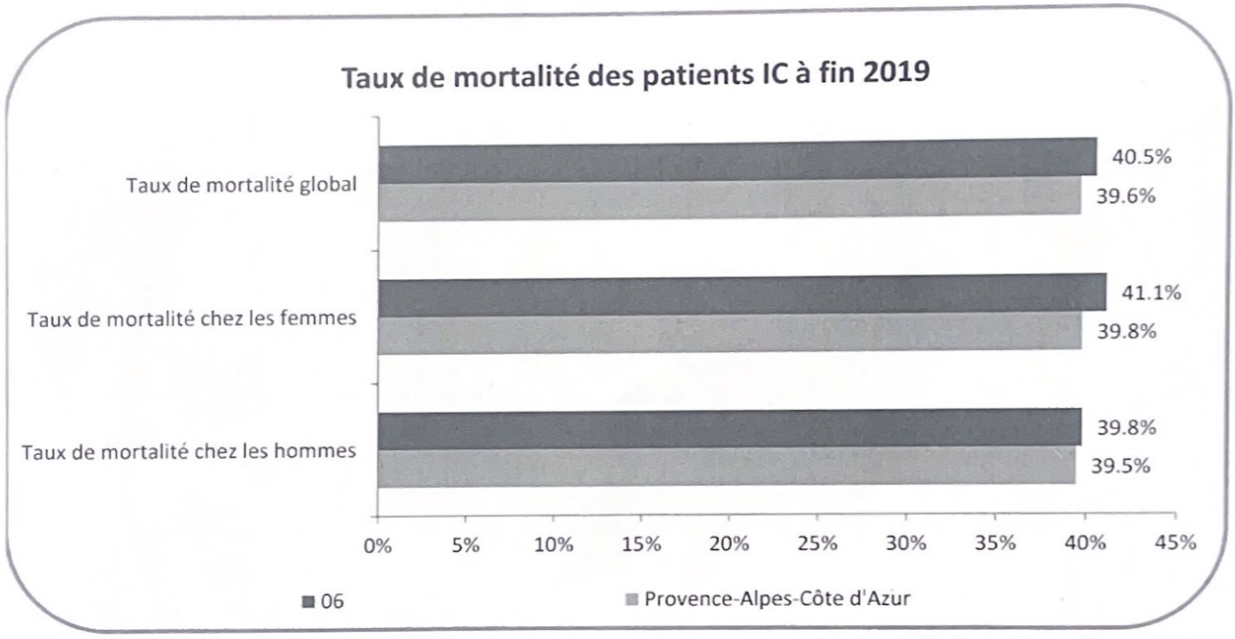
| *En aval du séjour index* | Délai médian en post hospit. (en jrs) | | Taux de recours au SSR | | Taux de recours au SSR Cardio | | Taux d'orientation en HAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | MG | Cardio | A 30 jours | A 3 mois | A 30 jours | A 3 mois | A 7 jours |
| 06 | 16 | 107 | 7.0% | 15.0% | 1.0% | 1.0% | 0.0% |
| NICE | 14 | 92 | 8.0% | 15.0% | 1.0% | 1.0% | 0.0% |

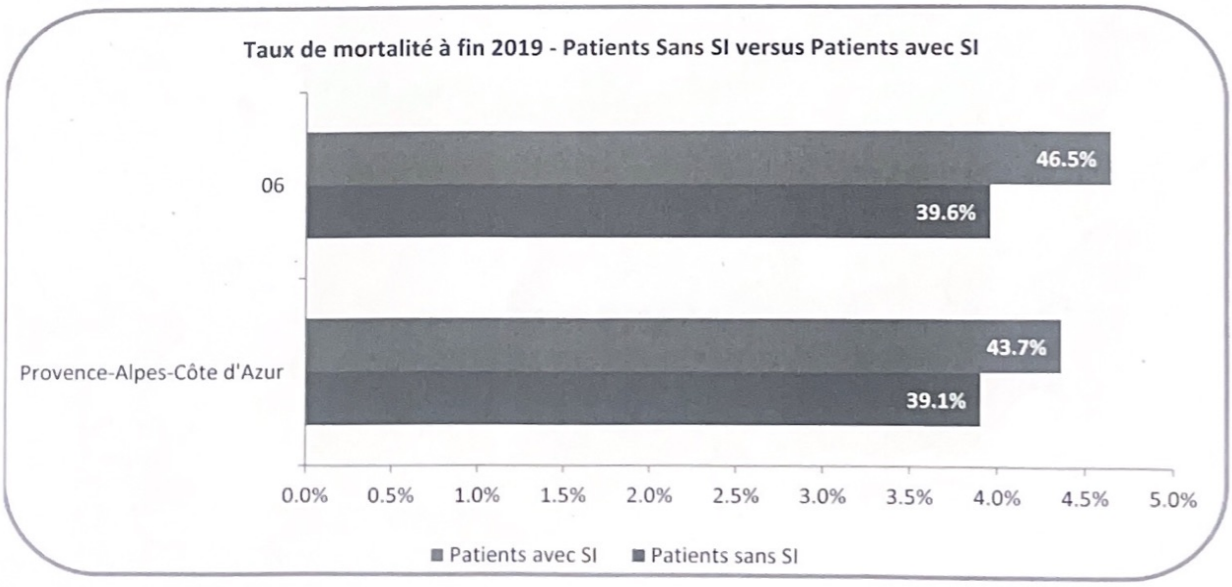


## PARCOURS DE SOINS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE - DIAGNOSTIC TERRITORIAL VILLE DE NICE

Champ : Bénéficiaires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, de 40 ans et plus, relevant du Régime Général (yc Sections Locales Mutualistes) insuffisants cardiaques (IC) en 2017 au sens de la Cartographie CNAM.
*Source :* SNDS

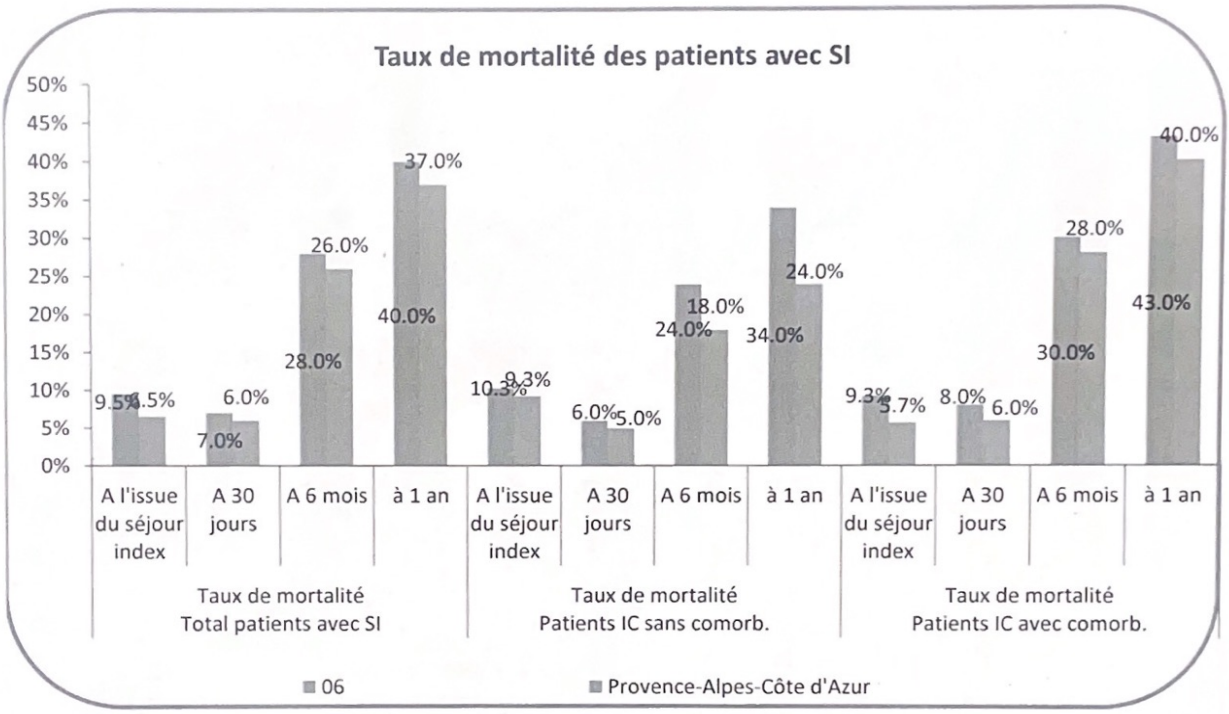
## III. Indicateurs de résultats



## PARCOURS DE SOINS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE - DIAGNOSTIC TERRITORIAL
## VILLE DE NICE

Champ : Bénéficiaires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, de 40 ans et plus, relevant du Régime Général (yc Sections Locales Mutualistes) insuffisants cardiaques (IC) en 2017 au sens de la Cartographie CNAM.
*Source :* SNDS




| *Patients avec SI* | Taux de réhospitalisation pour motif IC | | | Taux de réhosp. pour motif IC pour les SI avec entrée par les urgences | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | A 30 jours | A 3 mois | A 6 mois | A 30 jours | A 3 mois | A 6 mois |
| 06 | 7.0% | 17.0% | 27.0% | 2.0% | 8.0% | 20.0% |
| NICE | 6.0% | 15.0% | 25.0% | 3.0% | 7.0% | 20.0% |

| *Pat. IC/SI sans comorbidités* | Taux de réhospitalisation pour motif IC | | | Taux de réhosp. pour motif IC pour les SI avec entrée par les urgences | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | A 30 jours | A 3 mois | A 6 mois | A 30 jours | A 3 mois | A 6 mois |
| 06 | 6.0% | 14.0% | 23.0% | 2.0% | 8.0% | 18.0% |
| NICE | 5.0% | 11.0% | 17.0% | 0.0% | 0.0% | 21.0% |

| *Pat. IC/SI avec comorbidités* | Taux de réhospitalisation pour motif IC | | | Taux de réhosp. pour motif IC pour les SI avec entrée par les urgences | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | A 30 jours | A 3 mois | A 6 mois | A 30 jours | A 3 mois | A 6 mois |
| 06 | 8.0% | 18.0% | 29.0% | 2.0% | 8.0% | 20.0% |
| NICE | 6.0% | 16.0% | 27.0% | 4.0% | 9.0% | 20.0% |

## PARCOURS DE SOINS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE - DIAGNOSTIC TERRITORIAL
## VILLE DE NICE

Champ : Bénéficiaires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, de 40 ans et plus, relevant du Régime Général (yc Sections Locales Mutualistes) insuffisants cardiaques (IC) en 2017 au sens de la Cartographie CNAM.
*Source :* SNDS

### GUIDE DE LECTURE

L'outil de Diagnostic Territorial (ODT) vise à décrire la prise en charge médicale des patients insuffisants cardiaques (IC) sur un territoire, de façon à mettre en évidence les principales hétérogénéités du parcours de soins. Les territoires proposés dans l'outil sont la région, le département, la CPTS et l'EPCI.

## I. Le contexte territorial de l'insuffisance cardiaque

**La première partie de l'ODT décrit la population des patients IC**, ainsi que la **densité territoriale des professionnels de santé libéraux** (MG, Cardio, Infirmiers, Masseurs-kiné).

**La population d'étude** est issue de la **cartographie des pathologies développée par la CNAM**. Ce sont des patients de 40 ans et plus, **identifiés IC en 2017** (aigüe ou chronique), relevant du Régime Général (yc Sections Locales Mutualistes).

**IC aigüe :**
Personnes hospitalisées en MCO l'année n pour insuffisance cardiaque (DP d'un des RUM), ou pour complication aigue. L'épisode aigu d'insuffisance cardiaque prime sur l'insuffisance cardiaque chronique.
**IC chronique :**

* Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 d'insuffisance cardiaque, cardiopathie hypertensive, ou cardionéphropathie hypertensive
* et/ou personnes hospitalisées en MCO durant au moins une des 5 dernières années (n à n-4) pour insuffisance cardiaque (DP d'un des RUM ou DR)
* et/ou personnes hospitalisées en MCO durant au moins une des 5 dernières années (n à n-4) pour cardiopathie hypertensive avec insuffisance cardiaque, cardionéphropathie hypertensive avec insuffisance cardiaque ou sans précision, foie cardiaque ou œdème aigu pulmonaire (DP d'un des RUM) avec un DA ou DR d'insuffisance cardiaque
* et/ou personnes hospitalisées en MCO l'année n pour tout autre motif avec une IC comme complication ou morbidité associée (DA, ou DR d'un des RUM)
* et/ou personnes hospitalisées en SSR l'année n avec une IC comme MMP, AE ou DA
* et sans hospitalisation pour insuffisance cardiaque aigue l'année n.

## PARCOURS DE SOINS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE - DIAGNOSTIC TERRITORIAL VILLE DE NICE

Champ : Bénéficiaires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, de 40 ans et plus, relevant du Régime Général (yc Sections Locales Mutualistes) insuffisants cardiaques (IC) en 2017 au sens de la Cartographie CNAM.
*Source :* SNDS

Le **parcours de soins** des patients IC est observé sur la **période 2018/2019**. Dans notre population de patients est identifié, le cas échéant, un **séjour hospitalier index (SI)** : le 1er séjour pour motif IC entre 2018 et 2019.

Les critères pris en compte pour cibler le 1er séjour pour motif IC sont les suivants :
* [ séjour avec en diagnostic principal, catégorie du code CIM I50, I11 ou I13 et exclusion des GHM chirurgicaux ou médicotechniques en K, sauf pour la sélection de GHM 05C14, 05C19 et 05K10 ] **Ou** [ séjour avec en Diagnostic Associé Significatif, catégorie du code CIM I50, I11, I13 et séjour en GHM 04M02 à GHM 04M08 et GHM 04M20 ]
* Exclusion des hospitalisations de jour (considérées comme du suivi).

| | Codes | Libellés |
|---|---|---|
| DP/DAS | I50 | Insuffisance cardiaque |
| | I11 | Cardiopathie hypertensive |
| | I13 | Cardionephropathie hypertensive |
| GHM | 05C14 | Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc |
| | 05C19 | Poses d'un défibrillateur cardiaque |
| | 05K10 | Actes diagnostiques par voie vasculaire |
| | 04M08 | Bronchopneumopathies chroniques |
| | 04M20 | Bronchopneumopathies chroniques surinfectées |

## II. Indicateurs de moyens : Recours aux soins primaires et prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation

La **deuxième partie de l'ODT** traite des **indicateurs de moyens**, indicateurs sur la base desquels des pistes d'actions peuvent être dégagées pour améliorer la prise en charge médicale des patients IC. Il s'agit d'indicateurs relatifs au recours aux soins primaires et à la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation index.

Le **recours aux soins primaires des patients IC** est présenté de manière globale, puis en distinguant les patients avec SI des patients sans SI. Les types de soins décrits sont les suivants :
* recours à la vaccination anti-grippale et anti-pneumococcique
* recours au MG, au cardiologue (soins de ville et consultations externes), à l'infirmier
* recours aux échographies cardiaques, à la biologie (soins de ville et consultations externes).

Sont présentés le nombre moyen annuel de recours aux soins par patient et la répartition en classes des patients IC selon qu'ils aient bénéficié d'aucun contact, d'un seul contact, de deux ou trois contacts et de quatre contacts et plus.

Champ : Bénéficiaires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, de 40 ans et plus, relevant du Régime Général (yc Sections Locales Mutualistes) insuffisants cardiaques (IC) en 2017 au sens de la Cartographie CNAM.
*Source :* SNDS

Une **description de l'hospitalisation index** est envisagée dans la suite des analyses.

* Sont présentés la durée moyenne séjour, le taux d'entrée par les urgences, la proportion de séjours avec passage en réanimation, soins intensifs ou surveillance continue.

* Pour chaque patient a été calculé un score pondéré de comorbidités, le score de Charlson, pour lequel la médiane du score est présentée, et sur la base duquel un regroupement en classes est effectué qui permet de connaître la proportion de patients sans autres comorbidités versus avec autres comorbidités (score=2 versus score>2, pondération de Quan(2011)).
Les pathologies prises en compte sont les suivantes :
  - Infarctus du myocarde / Insuffisance cardiaque congestive / Maladie vasculaire périphérique / Maladie cérébrovasculaire / Démence / Maladie pulmonaire chronique / Maladie rhumatismale / Ulcère gastroduodénal / Maladie hépatique bénigne / Diabète sans compications chroniques / Diabète sans compications chroniques / Hémiplégie ou paraplégie / Maladie rénale / Lymphome / Leucémie / Maladie hépatique modérée ou grave / Tumeur solide métastatique / Sida.

Le **recours aux soins en amont et en aval de l'hospitalisation index** est ensuite décrit :
* Recours au MG et au cardiologue dans l'année précédent le SI
* Concernant le recours aux soins en aval du SI, les techniques d'analyses de survie (modèles de durée) sont employées : sont ainsi présentés les délais de recours en post-hospitalisation au MG, au cardiologue, au SSR, à l'HAD, aux soins infirmiers en libéral, à l'acte AMI 5.8 et à la biologie.

## III. Indicateurs de résultats

**La troisième partie de l'ODT** traite des **indicateurs de résultats,** reflet de la qualité de prise en charge médicale des patients IC. Il s'agit d'indicateurs relatifs au **taux de mortalité** et au **taux de réhospitalisation**.

Sont présentés successivement :
* Le taux de mortalité des patients IC à fin 2019
* Le taux de mortalité des patients IC à fin 2019 des patients IC sans SI versus avec SI
* Concernant le taux de mortalité des patients avec SI et le taux de réhospitalisation en aval du SI, les techniques d'analyses de survie sont employées. Sont ainsi présentés :
  - le taux de mortalité des patients IC avec SI à l'issue du du séjour index
  - le taux de mortalité suivant la sortie d'hospitalisation des patients IC avec SI à 30 jours, à 6 mois et à 1 an[1]
  - le taux de mortalité des patients IC avec SI sans autres comorbidités versus avec autres comorbidités (à l'issue du séjour index, à 30 jours, à 6 mois et à 1 an)
  - le délai de réhospitalisation à 30 jours, à 3 mois et à 6 mois des patients IC avec SI, puis en distinguant les patients IC sans autres comorbidités versus avec autres comorbidités.

[1] *Le taux de mortalité à l'issue du séjour index ne se cumule pas comme les taux de mortalité à 30 jours, 6 mois et 1 an. Ces derniers sont obtenus en appliquant les techniques d'analyse de survie. Alors que le taux de décès à l'issue du séjour correspond à un taux brut, qui intègre au dénominateur l'ensemble des patients avec un séjour index.*

## PARCOURS DE SOINS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE - DIAGNOSTIC TERRITORIAL
## VILLE DE NICE

Champ : Bénéficiaires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, de 40 ans et plus, relevant du Régime Général (yc Sections Locales Mutualistes) insuffisants cardiaques (IC) en 2017 au sens de la Cartographie CNAM.
*Source :* SNDS

## Evolution de l'ODT IC

L'ODT est **évolutif** et est amené à être produit tous les 2 à 3 ans.

En terme d'évolution, les informations suivantes sont amenées à être intégrées à l'ODT :

* Population d'étude inter-régimes
* Consommation médicamenteuse des patients IC (à compter de fin 2019, il est possible de distinguer les différents types d'IC dans le SNDS, raison pour laquelle la consommation médicamenteuse spécifique de certains types d'IC n'a pas été intégrée jusqu'ici)
* Analyse du recours aux soins primaires des patients IC en appliquant les techniques d'analyse de survie
* Analyse du taux de réhospitalisation avec entrée par les urgences des patients avec SI.

# 6. Fiche Liaison CPTS NCNE

CPTS Nice Centre – Nice Est

**FICHE DE LIAISON**

À envoyer à la CPTS NCNE via les contacts suivants :

cptsncne@gmail.com

**(+33) 07 84 60 25 06**

| **Date de demande :** | **Date de Prise en charge souhaitée :** |
|---|---|

**ORIGINE DE LA DEMANDE**

Établissement / Professionnel de santé / Famille / Autre — Précisez :

Nom : — Téléphone : — Mail :

**PERSONNE CONCERNEE**

Nom : — Prénom : — Sexe : — Né(e) le : — ☐ Mineur

Téléphone : — Mail :

Adresse complète :

Code(s) d'entrée :

**ENVIRONNEMENT SOCIAL**

☐ Maintien au domicile ☐ Retour de structure Date sortie :

Identification structure / service :

Personne vivant seule : ☐ Oui ☐ Non Capacité à alerter : ☐ Oui ☐ Non

Personne à contacter :

Mesures de protection : ☐ Tutelle ☐ Curatelle

Responsable légal :

Personne suivie par : ☐ DAC ☐ CCAS ☐ Autre :

**SITUATION ACTUELLE**

☐ Problème(s) lié(s) aux AVQ (se nourrir, se vêtir, se laver, se déplacer) ☐ Refus de soins

☐ Problème(s) lié(s) dans les activités de la vie domestiques (courses, ménage, préparation des repas)

**OBJET DE LA DEMANDE**

☐ Recherche de professionnels de santé (à préciser) :

☐ Recherche de tierces personnes ou aidants (à préciser) :

☐ Portage des repas ☐ Téléalarme ☐ Distribution des traitements

☐ Aménagements du domicile ☐ Autre (à préciser) :

☐ Admission en établissement médico-psycho-social : ☐ Courte durée ☐ Moyen séjour ☐ Long séjour

**INFORMATIONS A CARACTERE MEDICAL**

Médecin traitant / référent : Dr ☐ ALD GIR : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

**Pathologie chroniques :** *(merci de préciser dans le commentaire libre)*

☐ Endocrinologie ☐ Néphrologie - Urologie ☐ Cancérologie ☐ Ophtalmologie

☐ Digestive ☐ Cardiologie- Pneumologie ☐ Rhumatologie ☐ Dermatologie

☐ Neurologie ☐ Douleur chronique ☐ Psychiatrie ☐ Addictions

**Facteurs de fragilité :** *(merci de préciser dans le commentaire libre)*

☐ Troubles cognitifs, comportementaux et de l'humeur ☐ Troubles de l'équilibre ☐ Infection

☐ Plaies, lésions cutanées ☐ Dénutrition ☐ Oedèmes

**LISTE DES INTERVENANTS HABITUELS DU PATIENT – CELLULE DE SOIN EN PLACE**

| *PROFESSION / STRUCTURE* | *NOM - PRENOM* | *N° TELEPHONE* |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

⚠ Retournez le document pour la suite du questionnaire → → → 1/2

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**COMMENTAIRES LIBRES :**

| |
|---|
| |

**Traitements :** ***Merci de joindre une copie des prescriptions***

**INFORMATION ET CONSENTEMENT (RGPD)**

**Information(s) délivrée(s), patient ou responsable légal informé(s) de la démarche** ⊡ **Oui** ⊡ **Non**

⚠ *Attention, l'enregistrement de cette demande est conditionné à l'acceptation de la démarche !*

2/2

# 7. Fiche Liaison DAC C3S

Réception de la demande le :

## FICHE DE DEMANDE

A envoyer au DAC du lieu de résidence de la personne concernée :

| Territoire Ouest 06 | Territoire Centre 06 | Territoire Est 06 |
|---|---|---|
| **DAC Cap Azur Santé**<br>contact@capazursante.com<br>04 92 91 96 26 | **DAC C3S**<br>contact@dac-c3s.fr<br>04 92 00 02 03 | **DAC Est Azur**<br>contact@dac-estazur.fr<br>04 93 85 11 25 |

⚠ **Toute demande implique que la personne orientée ait été informée du partage d'informations avec le DAC et ne se soit pas opposée à cette démarche. Le DAC s'assurera du consentement de la personne tout au long de son accompagnement.**

**ORIENTEUR**

**Structure ou lien :** **Date de demande :**

**Nom :** **Prénom :**

Coordonnées (Téléphone **ET** Mail) :

**PERSONNE CONCERNÉE** (* Informations nécessaires pour la bonne prise en compte de la demande - merci de votre compréhension)

***Nom :** ***Nom de naissance :**

***Prénoms de naissance :** ***Sexe :**

***Date de naissance :** ***Commune de naissance ou pays** (si né à l'étranger) :

Adresse : Téléphone :

Commentaires pour accès :

Situation administrative : Retraité En activité Chômage Scolarisé Autre :

Personne vivant seule : Oui Non Commentaires :

Où se trouve la personne au moment de l'orientation ? A domicile A l'hôpital Date de sortie envisagée :

Autre :

Représentant légal : Nom : Coordonnées :

Habilitation familiale Sauvegarde de justice Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle En cours

**PERSONNE À CONTACTER POUR L'OBTENTION D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

**Nom :** **Prénom :**

Lien : Téléphone / mail :

**CERCLE DE SOINS (PROFESSIONNELS ET ENTOURAGE)**

| | Nom/Prénom | Coordonnées |
|---|---|---|
| Médecin traitant | | |
| Infirmier | | |
| Kinésithérapeute | | |
| Assistante sociale | | |
| Médecin spécialiste | | |
| Aides à domicile | | |
| Livraison de repas | | |
| Aidant | | |
| | | |

MDPH n° dossier : APA GIR :

**CONTEXTE DE L'ORIENTATION ET ATTENTES VIS A VIS DU DAC** :

**ALERTES (cocher les alertes repérées)** ***OPTIONNEL***

| | |
|---|---|
| **Alertes liées à la santé** | |
| **Etat de santé** | ☐ Pathologie chronique, évolutive, dégénérative<br>☐ Chutes ou hospitalisations régulières<br>☐ Etat douloureux<br>☐ Dégradation de l'état de santé, troubles alimentaires, perte ou prise de poids<br>☐ Troubles psychiques |
| **Comportement** | ☐ Refus des aides / déni<br>☐ Plaintes, mauvais état de santé ressenti<br>☐ Repli sur soi, perte de motivation, estime de soi<br>☐ Réactions inadaptées |
| **Troubles cognitifs** | ☐ Perte de repères dans le temps et / ou espace<br>☐ Confusion, trouble du jugement ou du raisonnement<br>☐ Troubles de la mémoire |
| **Alertes liées à la perte d'autonomie** | |
| **Actes essentiels :** | ☐ Alimentation ☐ Elimination urinaire / fécale<br>☐ Hygiène corporelle ☐ Transferts<br>☐ Déplacement à l'intérieur ☐ Habillage / Déshabillage<br>☐ Déplacement à l'extérieur |
| **Activités domestiques** | ☐ Entretien du logement<br>☐ Entretien du linge<br>☐ Courses<br>☐ Préparation des repas |
| **Comportements à risque** | ☐ Errance / déambulation<br>☐ Addictions (tabac, alcool, médicaments…)<br>☐ Risques d'accidents domestiques (incendie, intoxication, inondation) ou de la circulation (conduite, traverse en dehors des passages, …)<br>☐ Autre : |
| **Alertes liées à l'environnement** | |
| **Logement** | ☐ Inadapté / problème d'accessibilité<br>☐ Inconfortable / incurie / Encombrement<br>☐ Autre : |
| **Economique** | ☐ Revenus insuffisants pour subvenir aux dépenses exceptionnelles<br>☐ Dettes / impayés<br>☐ Difficulté / absence de gestion |
| **Social/familial** | ☐ Isolement/ rupture de liens<br>☐ Epuisement/ indisponibilité des aidants<br>☐ Epuisement professionnel<br>☐ Autre : |

# 8. Informations partenaires / offre de soins :

### Établissements de santé

- **CHU de Nice** (sites Pasteur 2 & L'Archet) : filière de cardiologie et unité d'insuffisance cardiaque avec suivi spécialisé, hospitalisation et éducation thérapeutique.
    - Pôle Cœur-Vaisseaux du CHU Nice : inclut une unité spécialisée en insuffisance cardiaque.

**CHU Nice - Cardiologie – Consultation**

- **Adresse :** Hôpital Pasteur 2 - 1er étage – Zone D
  30, Voie Romaine
  CS 51069
  06001 Nice Cedex 1
- **Horaires :** Lundi au vendredi de 8h30 à 18h
- **Contact :**
    - Secrétariat : 04.92.03.77.33
    - Adresse mail pour la prise de rendez-vous uniquement : consultation-cardiologie@chu-nice.fr
- **Médecins :**
    - Pr E. Ferrari
    - Pr P. Moceri
    - Dr J. Bateau
    - Dr D. Baudouy
    - Dr D. Bertora
    - Dr S. Bun
    - Dr E. Fourrier
    - Dr J. Kraemer
    - Dr C. Massimelli
    - Dr N. Redjimi
    - Dr D. Scarlatti
    - Dr F. Squara
    - Dr M. Thiry

**+ d'infos :** https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/coeur-vaisseaux-thorax-poumon-rein-vessie-prostate/cardiologie/

**CHU Nice - Cardiologie - Hospitalisation**

- **Adresse :** Hôpital Pasteur 2 – 2ème étage – Zone D
  30, Voie Romaine
  CS 51069
  06001 Nice Cedex 1
- **Horaires :** Lundi au vendredi de 8h30 à 18h
- **Contact :**
    - Secrétariat : 04.92.03.78.67
- **Médecins :**
    - Pr E. Ferrari
    - Dr S. Bun
    - Dr N. Redjimi
    - Dr D. Scarlatti
    - Dr F. Squara
    - Dr M. Thiry
    - Dr E. Fourrie

**+ d'infos :** https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/coeur-vaisseaux-thorax-poumon-rein-vessie-prostate/cardiologie/

- **Polyclinique Saint-Georges** *(Groupe Kantys)* : pôle cardiologie avec hospitalisation complète et ambulatoire.
- **Clinique du Parc Impérial** : activités en cardiologie et réadaptation.

- **HPG Les Sources** : soins de suite et réadaptation (SSR) spécialisés en pathologies cardiaques et respiratoires.
- **Institut Arnault Tzanck – Saint-Laurent-du-Var** : centre majeur en cardiologie interventionnelle, rythmologie, et suivi IC.
- **Centre cardio-thoracique de Monaco** : expertise chirurgicale et cardiologie interventionnelle.
- **CHPG Monaco** (Centre Hospitalier Princesse Grace) : offre complète en cardiologie et IC avec services de soins intensifs.

**Polyclinique Saint-Georges (Groupe Kantys) – Nice**

- **Adresse :** 2 avenue de Rimiez, 06105 Nice Cedex 2
- **Urgences 24h/24 :** 04 92 26 77 77
- **Accueil standard :** 04 93 81 71 50
- **Site web disponible** (accès via la page de contact) Polyclinique Saint George – Nice 06

**Clinique du Parc Impérial – Nice**

- **Adresse :** 28 boulevard Tzarewitch, 06045 Nice Cedex 1
- **Téléphone (standard) :** 04 92 07 75 75
- **Horaires d'accueil :**
  - Lundi–Vendredi : 07h00–20h00
  - Samedi–Dimanche : 08h00–20h00
- **Urgences :** 04 92 07 78 12
- **Contact :** https://www.clinique-parc-imperial.fr/fr/contact
- **Site web :** https://www.clinique-parc-imperial.fr/fr/

**Hôpital Privé Gériatrique Les Sources – Nice**

- **Adresse :** 10 Camin René Pietruschi, 06100 Nice Cedex 2
- **Téléphone :** 04 92 15 40 00
- **Horaires :**
  - Lundi à Vendredi : 09h00–17h00
- **Site web :** https://www.lessources-univi.fr
- **Contact :** https://www.lessources-univi.fr/nous-contacter/

**Institut Arnault Tzanck – Saint-Laurent-du-Var**

- **Adresse :** 231 avenue du Dr Maurice Donat, 06700 Saint-Laurent-du-Var
- **Téléphone (standard) :** 04 92 27 33 33
- **Fax (direction) :** 04 92 27 38 25
- **E-mail :** direction@tzanck.org
- **Site web :** https://saintlaurentduvar.tzanck.org

**Centre Cardio-Thoracique de Monaco**

- **Adresse :** 11 bis avenue d'Ostende, MC 98004 Monaco Cedex l
- **Téléphone :** +377 92 16 80 00
- **Fax :** +377 92 16 82 99
- **E-mail :** info@ccm.mc
- **Site web :** www.ccm.mc
- **Horaires :** 24h/24, 7j/7
- **Site web :** https://www.ccm.mc

## Centre Hospitalier Princesse Grace (CHPG) – Monaco

- **Adresse :** 1 Avenue Pasteur, BP 489, 98012 Monaco
- **Téléphone (standard) :** +377 97 98 99 00
- **Fax :** +377 97 98 95 11
- **E-mail :** direction.chpg@chpg.mc
- **Site web :** www.chpg.mc monaco-directory.com
- **Urgences (24h/24) :** +377 97 98 97 69

### Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

- Le programme ETP IC du Centre Hospitalier de Cannes – Pierre Nouveau, propose des parcours éducatifs complets pour accompagner les patients insuffisants cardiaques à mieux comprendre et gérer leur maladie.
    - https://www.mon-etp.fr/c/region-provence-alpes-cote-d-azur/detail/100726/programme-d-education-therapeutique-du-patient-insuffisant-cardiaque
    - Le programme ETP de l'insuffisance cardiaque proposé par le CHU de Nice est quant à lui à l'arret :
        - https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/6525?utm_source=chatgpt.com
- La MSP NCE : envisage la mise en place d'ateliers ETP spécifiques à l'insuffisance cardiaque : un premier atelier a déjà été organisé le 25 avril 2024 à destination des patients
    - https://www.linkedin.com/posts/mspnicecentreest_un-premier-atelier-etp-abordant-le-thème-activity-7191798482540605440-H_Yo/?utm_source=chatgpt%2Ecom&originalSubdomain=fr

## MSP Nice Centre Est

- **Adresse :** 22 Boulevard Risso, 06300 Nice
- **Coordonnées :**
    - 0607908593
    - msp.nicecentreest@gmail.com
    - https://www.helloasso.com/associations/msp-nice-centre-est

### Outils de télésuivi / innovations

- Satelia Cardio, solution de télésurveillance remboursée pour l'insuffisance cardiaque, adoptée par le Centre Antoine Lacassagne à Nice en 2023
    - https://www.centreantoinelacassagne.org/le-centre-antoine-lacassagne-et-lacteur-de-telesurveillance-medicale-satelia-signent-un-partenariat-innovant-pour-le-suivi-a-domicile-des-patients-sous-anti-cancereux/

## Associations & initiatives locales

- Club Cœur et Santé de Nice : active dans la réadaptation au quotidien, l'activité physique adaptée et la promotion de l'éducation sanitaire. Liée au réseau national des Clubs Cœur et Santé
- La FFC a renforcé ses actions via un partenariat signé avec la Fédération Française d'Athlétisme (FFA) pour promouvoir l'activité physique comme thérapie non médicamenteuse, notamment pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque (fedecardio.org). Ce partenariat se décline localement via les Clubs Cœur et Santé.
    - https://www.gym-dante.fr/sport-coeur/
- Nice en Forme (site officiel) : dispositif porté par la Ville de Nice pour développer l'Activité Physique Adaptée (APA) et la santé par le sport, en particulier pour les publics atteints de maladies chroniques (dont l'insuffisance cardiaque). Ce programme structure un réseau de professionnels APA et de lieux d'accueil sécurisés pour favoriser la pratique régulière et encadrée.
    - https://www.nice24.fr/sports/nice-en-forme/

**Club Cœur et Santé de Nice**

- Responsable : Moline NYETAM
- Adresse : 52 Avenue Pierre de Coubertin, 06200 NICE
- Coordonnées :
    - clubcoeuretsantenice@gmail.com
    - 07 61 01 00 09

**Nice en Forme – Maison Sport santé**

Adresse : 10 rue Hancy, 06000 NICE
Coordonnées :

- sportsante@ville-nice.fr
- 06 13 05 35 73

Voir le site web : https://www.nice.fr/fr/sante-et-autonomie/nice-acti-sante

