

PROTOCOLE DE SUIVI DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN RETOUR D'HOSPITALISATION

1) Le patient, hospitalisé 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 sur le plateau du Centre Hospitalier de Roanne
- 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, le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) pourra intervenir en appui de coordination sur des cas complexes.

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 à 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 (Mon SISRA)
- La collaboration avec le dispositif PRADO 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 (Mon SISRA)

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.

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.

L'infirmière de parcours de la CPTS crée une équipe de soins au moyen de l'outil « Mes Patients » et organise avec le service où le patient est hospitalisé 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.

L'infirmière de parcours de la CPTS est ensuite contactée au plus tard le jour de la sortie pour organiser le retour à domicile du patient, via messagerie sécurisée.

Dans tous les cas :

a) Le dossier de liaison est remis au patient

Les éléments nécessaires sont :

- La feuille d'identité du patient et ses coordonnées
- Le compte rendu d'hospitalisation, où doivent apparaître à minima le diagnostic de sortie et le traitement de sortie
- L'ordonnance de bilan sanguin, datée et signée par le cardiologue ou médecin du service (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 (cf. annexe)
- Le livret de suivi individualisé et/ou la feuille de surveillance IDEL établit selon le protocole Insuffisance Cardiaque de la CPTS
- La fiche de consentement signée par le patient (ou son représentant légal)

b) Envoi du dossier du patient via messagerie sécurisée

Les éléments du dossier, dématérialisés, sont transmis par Mon SISRA à l'infirmière de parcours 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.

Eléments 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
- L'ordonnance de bilan sanguin, datée et signée par le cardiologue ou le médecin du service (document type inclus dans le protocole)
- 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)

c) Suivi coordonné du patient

- **Formation pluriprofessionnelle :**

Une formation spécifique est dispensée dans les différents secteurs du territoire de la CPTS Roannais Défi Santé. Cette formation s'adresse à tous les professionnels de santé intervenant dans le suivi de l'insuffisance cardiaque.

Cette formation est proposée gratuitement par la CPTS et ouverte à tous les professionnels de santé. Le Dr Irina DE SAUNIERE, cardiologue de Roanne, assure cette formation sur tout le territoire.

Dans le cadre du PRADO, cette formation préalable peut suffire à justifier la cotation de la surveillance clinique hebdomadaire par les IDEL.

- **PRADO**

Le PRADO intervient selon les modalités décrites ci-après :



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'infirmier(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'**infirmier(e)** qui prodigue les soins, contrôle la prise des médicaments et participe à l'éducation du patient ;
- du **pharmacien(ne) d'officine** qui délivre les médicaments et les dispositifs médicaux ;
- du **cardiologue** qui évalue le patient un mois après sa sortie.



CONTINUITÉ ET PÉRIODICITÉ DES SOINS

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

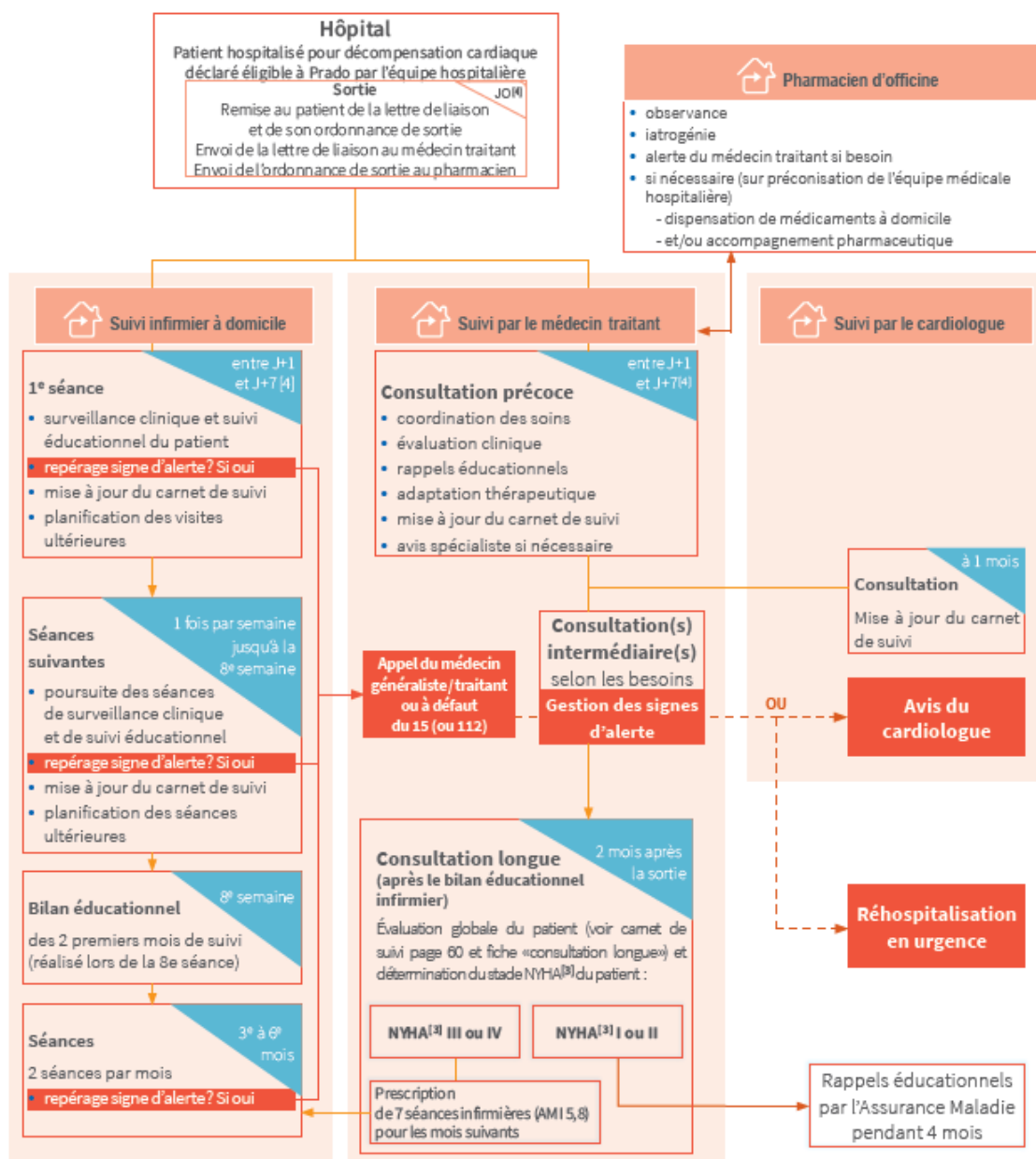
L'infirmier(e), pour sa part, se rend au domicile du patient une fois par semaine pendant 2 mois. Pour les patients en stade III et IV de la NYHA^[3] à l'issue des 2 mois, elle poursuit ses séances 2 fois par mois jusqu'au 6^e mois.

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 - pression artérielle, poids, fréquence cardiaque, respiration - identification des signes d'alerte : prise de poids, œdème, dyspnée, toux
Évaluation clinique	
Éducation du patient et son entourage (échanges et écoute pour encourager chez le patient) : - le suivi des règles hygiéno-diététiques - l'observance et la gestion du traitement - l'autonomie et l'implication par l'auto-surveillance (poids...) - la détection et gestion des signes de décompensation - une activité physique adaptée	
Adaptation thérapeutique Si insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection $\leq 40\%$: - titration IEC jusqu'à la dose maximale tolérée, avec surveillance biologique et clinique En cas de difficultés d'adaptation des IEC : - avis du cardiologue Pour la titration des bêtabloquants et pour les traitements antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes, ARA II associés aux IEC, dispositifs implantables... : - avis du cardiologue Si signe(s) de rétention : - nouvelle prescription de diurétiques à adapter aux signes congestifs Traitements des causes déclenchantes. En cas de fibrillation auriculaire : - anticoagulation efficace et avis du cardiologue	Transmissions - mise à jour régulière du carnet de suivi - bilan éducationnel à réaliser à la fin du 2^e mois à la page 58 du carnet de suivi Gestion des signes d'alerte 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	
PHARMACIEN(NE) D'OFFICINE	CARDIOLOGUE
Il/elle est informé(e) de la sortie du patient. Il/elle délivre les médicaments et les dispositifs médicaux, repère le risque d'événement indésirable médicamenteux et alerte le médecin traitant en cas de besoin.	Adaptation du plan d'action en cas d'aggravation aiguë, en lien avec le médecin traitant.
Si nécessaire, il/elle réalise sur préconisation de l'équipe médicale hospitalière :	Consultation un mois après la fin de l'hospitalisation.
- une dispensation de médicaments à domicile - et/ou un accompagnement pharmaceutique	Avis spécialisé lors de situations à risque le nécessitant.

Retour à domicile après hospitalisation pour décompensation cardiaque

2_

ARTICULATION DES CONSULTATIONS ET VISITES AUTOUR DU PATIENT



Sources :

HAS, Guide du parcours de soins, Insuffisance cardiaque, juin 2014.

ESC, Guideline for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, 2021.

(1) SFC : Société française de cardiologie.

(2) Haute autorité de santé (www.has-sante.fr).

(3) NYHA : Classification de l'insuffisance cardiaque par la New-York Heart Association :

- stade NYHA I : pas de symptôme ni de limitation de l'activité physique ordinaire ;
- stade NYHA II : limitation modeste de l'activité physique = à l'aise au repos mais l'activité ordinaire entraîne une fatigue, des palpitations, une dyspnée ;
- stade NYHA III : réduction marquée de l'activité physique = à l'aise au repos mais une activité moindre qu'à l'accoutumée provoque des symptômes et des signes objectifs de dysfonctionnement ;
- stade NYHA IV : limitation sévère = symptômes présents même au repos.

(4) Jo = jour de la sortie de l'hôpital ; J+1 = lendemain de la sortie de l'hôpital ; J+7 = 7e jour suivant la sortie d'hôpital.

Retour à domicile après hospitalisation pour décompensation cardiaque

- **L'infirmier(ère) libéral(e)**

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 la feuille de surveillance avec les données cliniques demandées, qu'il(elle) laisse chez le patient (voir annexe 3)

Les éléments cliniques et /ou événements intercurrents devant être portés à l'attention de l'équipe pluridisciplinaire sont transmis sur Mes Patients.

Dans le cadre du PRADO, les modalités sont les suivantes :



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 surcroît 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

- ✓ 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.

- **Le médecin traitant**

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.

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 2^{ème} mois** après le bilan éducationnel dispensé par l'IDEL (voir fiche 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.

- **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, une consultation de suivi est programmée au moment de sa sortie par un cardiologue hospitalier.

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

- **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 2 réunions de concertation pluriprofessionnelles, à 8 semaines et 6 mois de la sortie d'hospitalisation.

L'IDE de parcours de la CPTS effectue un suivi à 8 semaines de la sortie d'hospitalisation afin de **programmer la concertation pluriprofessionnelle**. L'IDE de parcours communique au moyen de la messagerie Mon SISRA, du téléphone et/ou de l'outil numérique Certipair aux infirmiers libéraux dans un premier temps puis au médecin traitant si problématique soulevée dans le suivi du patient.

Si une prolongation du dispositif PRADO est prévue, l'IDE de parcours 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 une « Bilan de Soins Infirmiers » (BSI) permettant la continuité des visites hebdomadaires.

- **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 mon SISRA ou téléexpertise. **La prise en charge ambulatoire des décompensations cardiaques sera privilégiée, dans le respect de l'arbre décisionnel (voir annexe II)**
- 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 par le biais de Mon SISRA.
- Dans le cas d'une **ré hospitalisation**, tous les éléments du suivi intégrés dans « Mes Patients » 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.**

L'IDE de parcours de la CPTS effectue un **suivi à 6 mois** 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 Mon SISRA à tous les professionnels de santé intervenant dans le suivi du patient.

Ce bilan doit permettre d'évaluer la prise en charge semestrielle du patient en analysant les résultats attendus et obtenus :

- Stade NYHA
- Stabilisation de la maladie
- Nombre et dates de ré hospitalisation dans les 6 mois.
- Nombre de consultations avec le médecin traitant

PARCOURS DE SOINS INSUFFISANCE CARDIAQUE

- 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 sera effectué.

ANNEXE I

Ordonnance Type IDE à domicile

Nom-Prénom Médecin

Coordonnées

N°RPPS/Adeli

Nom – Prénom du patient

Date de naissance

Date de l'ordonnance

Faire pratiquer par IDEL à domicile :

8 séances hebdomadaires de surveillance et d'éducation dans la cadre de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

☐ Cette surveillance se déroule en lien avec le dispositif PRADO

☐ Cette surveillance se déroule dans le cadre d'un retour à domicile à la suite d'une décompensation cardiaque

Signature

ANNEXE II

ARBRE DECISIONNEL EN CAS DE CONSTATATION DE DECOMPENSATION

CARDIAQUE PAR L'IDE A DOMICILE

(PATIENTS DU PARCOURS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE)

**SUSPICION D'UNE DECOMPENSATION
CARDIAQUE**

**SIGNES D'ALERTE : ESSOUFFLEMENT, PRISE DE
2-3kg EN QUELQUES JOURS, OEDEMES, FATIGUE**

SMS ou appel coordinatrice
du Parcours au :

06-64-02-23-33

qui contacte simultanément

**PAR MAIL le CARDIOLOGUE DE
VILLE TRAITANT si patient suivi en
ville ou SECRETARIAT DE
CARDIOLOGIE DU CH DE ROANNE si
patient suivi à l'hôpital :**

« Un de vos patients (Parcours IC)
présente des signes suspects de
décompensation cardiaque. Merci
de rappeler l'infirmière au n°
dans les 24 heures »

**Le MEDECIN TRAITANT (SMS, MAIL
OU SECRETARIAT) :**

« Un de vos patients (Parcours IC)
présente des signes suspects de
décompensation cardiaque. Merci
de rappeler l'infirmière au n°
dans les 24 heures »

**EN CAS DE NON REPONSE AU DELA DE 24HEURES OU/ET IMPOSSIBILITE DE
PRISE EN CHARGE MEDICALE DU PATIENT :**

L'IDEL CONTACTE

**LE RESEAU CARDIOLOGIE DU
ROANNAIS VIA TELEEXPERTISE PAR
OMNIDOC (pour les patients suivis
en ville)**

L'IDE PARCOURS CONTACTE

**LE CARDIOLOGUE D'ASTREINTE
HOSPITALIER (pour les patients
suivis à l'hôpital)**

ANNEXE III

Parcours de Soins Insuffisance Cardiaque: Feuille de Surveillance Infirmière																	
Nom du Patient								Nom de Naissance									
Prénom								Date de Naissance									
Adresse								Code postal				Commune					
Poids de référence: PR								Taille				IMC					
Stimulateur cardiaque				OUI/NON													
Défibrillateur cardiaque				OUI/NON													
S E M A I N E	D A T E	P o i d s	Variation par rapport poids de référence	Tension Artérielle		Pouls		OMI	Respiration			Observance du traitement			Bilan sanguin	Appel téléphonique	Paraphe IDE
				Systolique	Diastolique	Fréquence	Régulier OUI/NON	0 = Absence	Dyspnée	Toux	Orthopnée	Alimentation hyposodée	Erreur dans la prise des médicaments	Erreur dans la posologie des médicaments		1: Cardiologue	
								1 = Légers	0 = Absente	0 = Absente	1: Décubitus D					2: M. Traitant	
								2 = Modérés	1 = Modérée	1 = Fréquente	2: 1/2 assis					3: Centre 15	
								3 = Importants	2 = Importante	2 = Permanente	3: Assis					4: IDE parcours	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
Premier bilan de suivi pour insuffisance cardiaque post-hospitalisation dans le cadre du PRADO : L'infirmière coordinatrice du parcours IC de la CPTS va vous contacter (06 64 02 23 33)																	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
SUIVI		IDE LIBERALE	1 */ sem pdt 8 semaines +/- 7 séances ensuite					CARDIOLOGUE	1 mois			ÉCHANGES PLURIPROFESSIONNELS PAR MESSAGERIE SÉCURISÉE MON SISRA					
		MÉDECIN TRAITANT	Dans les 7 jours après le retour à domicile et 2 mois					INFIRMIÈRE PARCOURS	À 8 semaines, 6 mois & 1 an								

