



Transition ville hôpital



P Jourdain

Unité thérapeutique d'insuffisance cardiaque

Département d'éducation thérapeutique

Université Paris Descartes, CH R Dubos Pontoise France

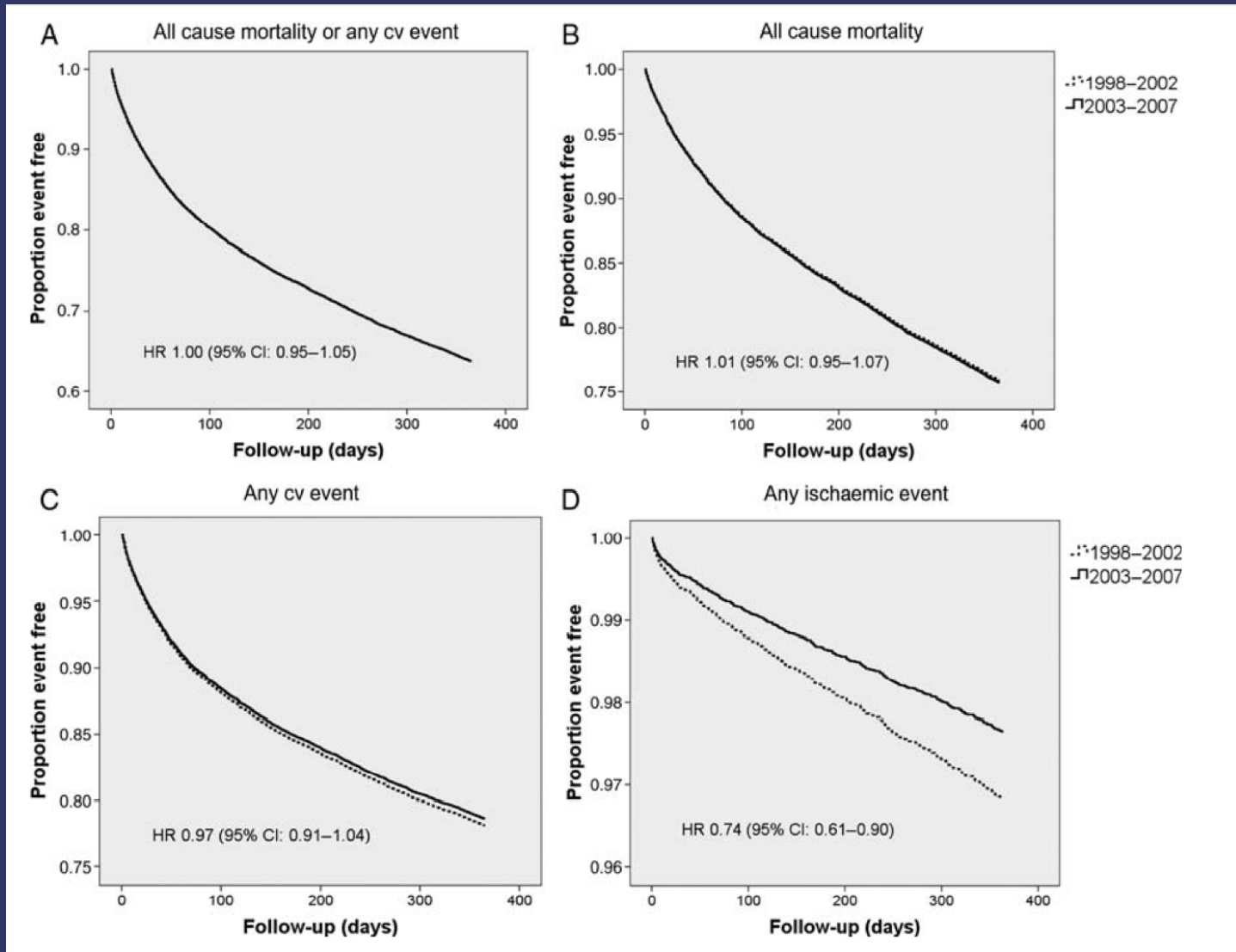


Le patient...

- Est sauvé...
- Est sous diurétiques per os
- Bénéficie d'un diagnostic certain
- A débuté son traitement de fond

Pourtant...

Les évènements ne diminuent pas



La persistance des traitements reste perfectible

Table 2 Proportion of patients in whom treatment, when initiated within 90 days after hospitalization, persisted after one year

	1998–2002 (%)	2003–07 (%)	OR (95% CI)
RAAS inhibitor	82.7	80.8	0.88 (0.77–1.00)
Beta-blocker	77.9	79.0	1.07 (0.94–1.23)
Diuretics	83.3	82.2	0.94 (0.82–1.04)
Spironolactone	66.2	62.2	0.84 (0.73–0.97)
Digoxin	72.7	70.2	0.89 (0.75–1.04)
Vitamin K antagonists	67.0	71.5	1.23 (1.07–1.42)
Antiplatelet drugs	77.8	76.3	0.92 (0.78–1.08)
Statins	81.6	81.3	0.98 (0.80–1.21)

OR, odds ratio; CI, confidence interval; RAAS inhibitor, renin–angiotensin–aldosterone system inhibitor.

- A total of 17 824 patients had their first hospitalization for HF in the PHARMO database, 8276 patients in the 1998 – 2002 period, and 9548 between 2003 and 2007.

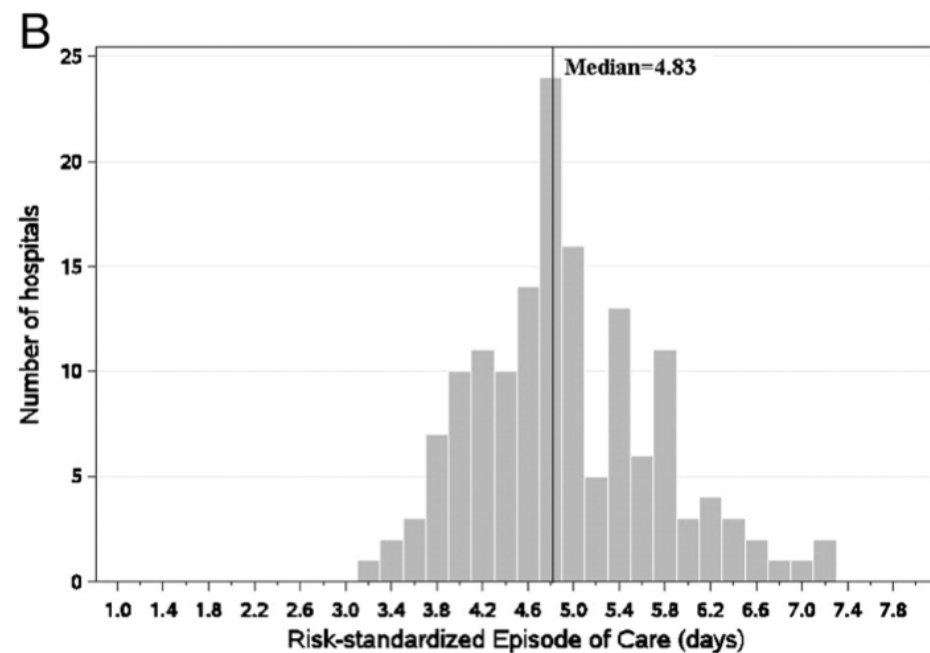
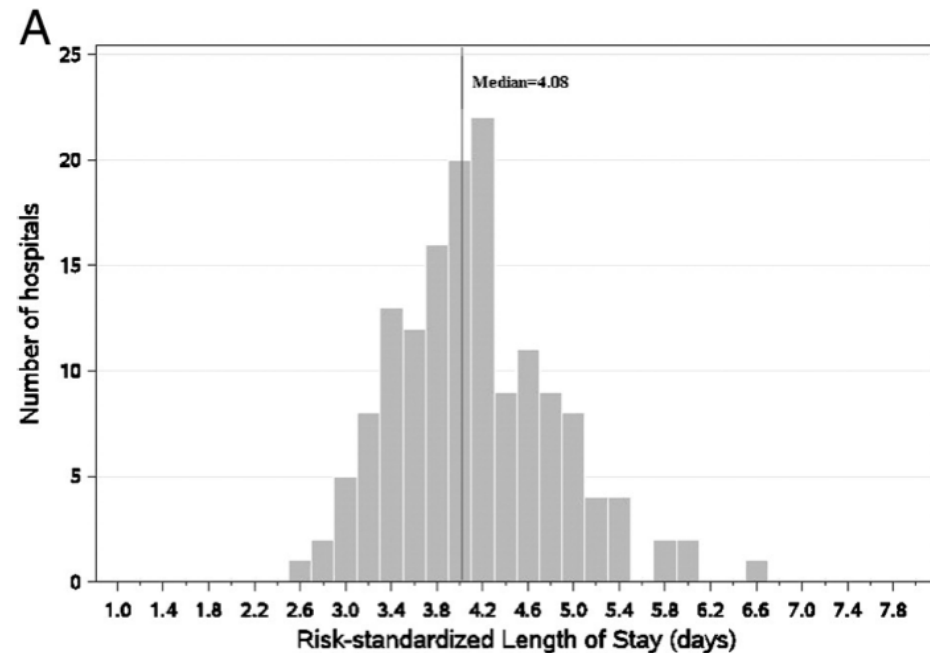
Durée de séjour courte , risque élevé ?



Durée de séjour et risque

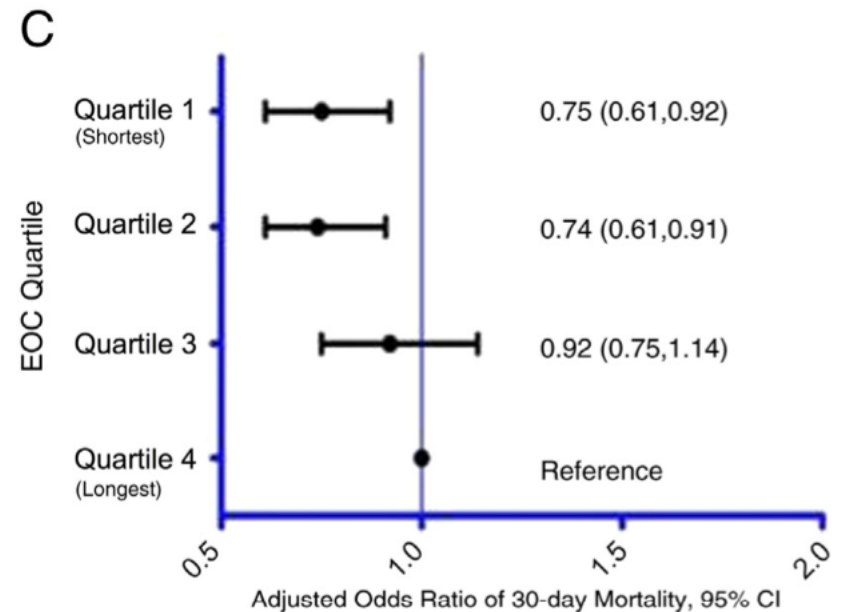
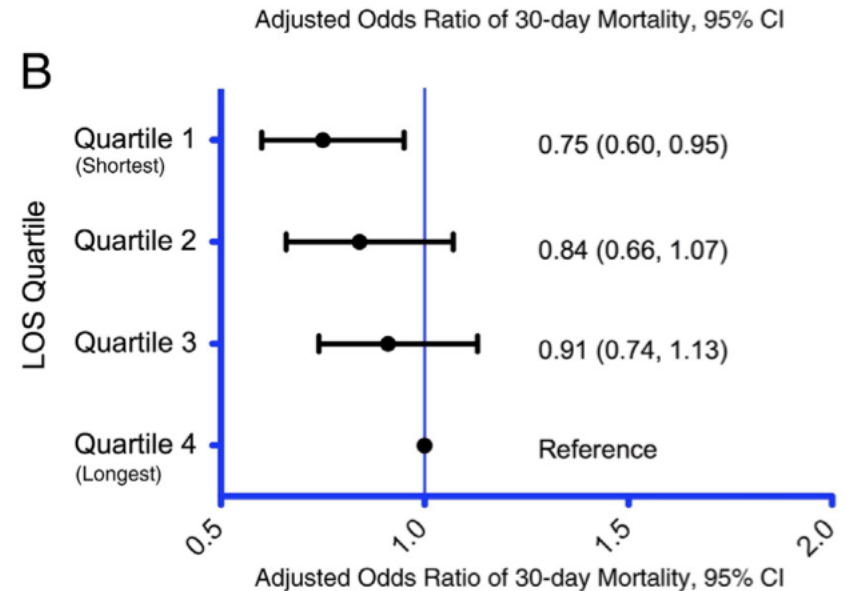
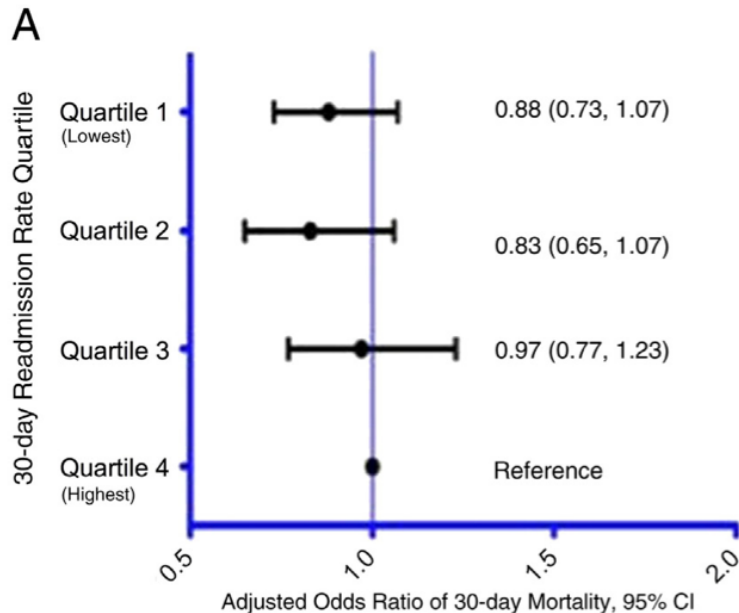
- The study population included hospitals fully participating in GWTG-HF from January 2005 to December 2006.
- Only patients with a diagnosis of HF were included. In-hospital deaths (n = 752), transfer-outs (n = 696), and transfer-ins (n = 614) were excluded from the analysis.. The final study population included 17,387 patients

[Am Heart J 2013;165:987-994.e1.]



Hospital-level variation on LOS (**A**) and EOC (**B**).

Durée de séjour classique ou étendue et risque de décès



Il est important de prendre en charge les comorbidités précocement...

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

ÇA TOMBE BIEN...
J'AI MAL
PARTOUT!



PHILIPPE TASTET

La durée de séjour dépend des comorbidités

Median days (IQR)	Overall (n = 17,387)	Shortest EOC (n = 3483), median days (IQR) 4.0 (3.8-4.2)	Quartile 2 (n = 4193), median days (IQR) 4.6 (4.5-4.8)	Quartile 3 (n = 5065), median days (IQR) 5.0 (4.9-5.3)	Longest EOC (n = 4646), median days (IQR) 5.8 (5.7-6.2)	P
Demographics						
Age (y)	80 (74-86)	81 (75-86)	80 (74-85)	80 (74-86)	81 (74-86)	-.0312
Male	7817 (45)	1490 (43)	1916 (46)	2299 (45)	2112 (45)	.0775
Race						<.0001
White	14,253 (82)	3096 (89)	3401 (81)	4152 (82)	3604 (78)	
African American	1714 (10)	203 (6)	573 (14)	431 (9)	507 (11)	
Hispanic	533 (3)	23 (1)	100 (2)	134 (3)	276 (6)	
Medical history						
Atrial fibrillation	6195 (36)	1428 (41)	1435 (34)	1857 (37)	1475 (32)	<.0001
Pulmonary disease	4678 (27)	999 (29)	1005 (24)	1530 (30)	1144 (25)	.3835
Diabetes	6752 (39)	1487 (43)	1629 (39)	1943 (38)	1693 (36)	<.0001
Hyperlipidemia	6342 (36)	1422 (41)	1534 (37)	1844 (36)	1542 (33)	<.0001
Hypertension	12,235 (70)	2553 (73)	2856 (68)	3660 (72)	3166 (68)	.2225
PVD	2246 (13)	517 (15)	552 (13)	722 (14)	455 (10)	<.0001
CAD	8802 (51)	1866 (54)	2074 (49)	2715 (54)	2147 (46)	.0002
Smoking	1517 (9)	306 (9)	384 (9)	448 (9)	379 (8)	.3400
CVA/TIA	2771 (16)	614 (18)	684 (16)	793 (16)	680 (15)	.0017
Anemia	2926 (17)	739 (21)	669 (16)	996 (20)	522 (11)	<.0001
CRI (Cr >2.0)	3154 (18)	701 (20)	817 (19)	918 (18)	718 (15)	<.0001
Vital signs (admit)						
Weight (kg)	75 (63-90)	77 (63-92)	75 (63-90)	75 (63-90)	75 (62-89)	.0027
Heart rate (beats/min)	80 (70-94)	80 (69-95)	80 (70-94)	81 (70-95)	80 (70-94)	.9265
Systolic BP (mm Hg)	138 (120-158)	140 (121-160)	138 (119-157)	138 (120-158)	138 (120-158)	.2714
Respiratory rate (beats/min)	20 (18-24)	20 (18-24)	20 (18-24)	20 (18-24)	20 (18-24)	<.0001
Laboratory data						
Sodium (mEq/l)	138 (135-141)	138 (135-140)	138 (135-141)	138 (136-141)	138 (136-141)	<.0001
Hemog(Am Heart J 2013;165:987-994.e1.)	11.9 (10.5-13.3)	11.9 (10.5-13.3)	11.9 (10.6-13.3)	12.0 (10.6-13.3)	11.9 (10.6-13.4)	<.0001
Serum creatinine	1.3 (1.0-1.8)	1.3 (1.0-1.8)	1.3 (1.0-1.8)	1.3 (1.0-1.8)	1.3 (1.0-1.8)	.0324

Mettre en place une formation multidisciplinaire du patient avant la sortie ?



Education pré sortie

- Education et pas simple information
- Basée sur les éléments cliniques, diététiques, d'hygiène de vie.
- Durée 30 minutes en collectif ou en individuel avec remise d'une lettre de rappel et d'un rappel systématique du patient à J3 et toutes les semaines pendant 12 semaines.

ETP débutée avant la sortie quel impact

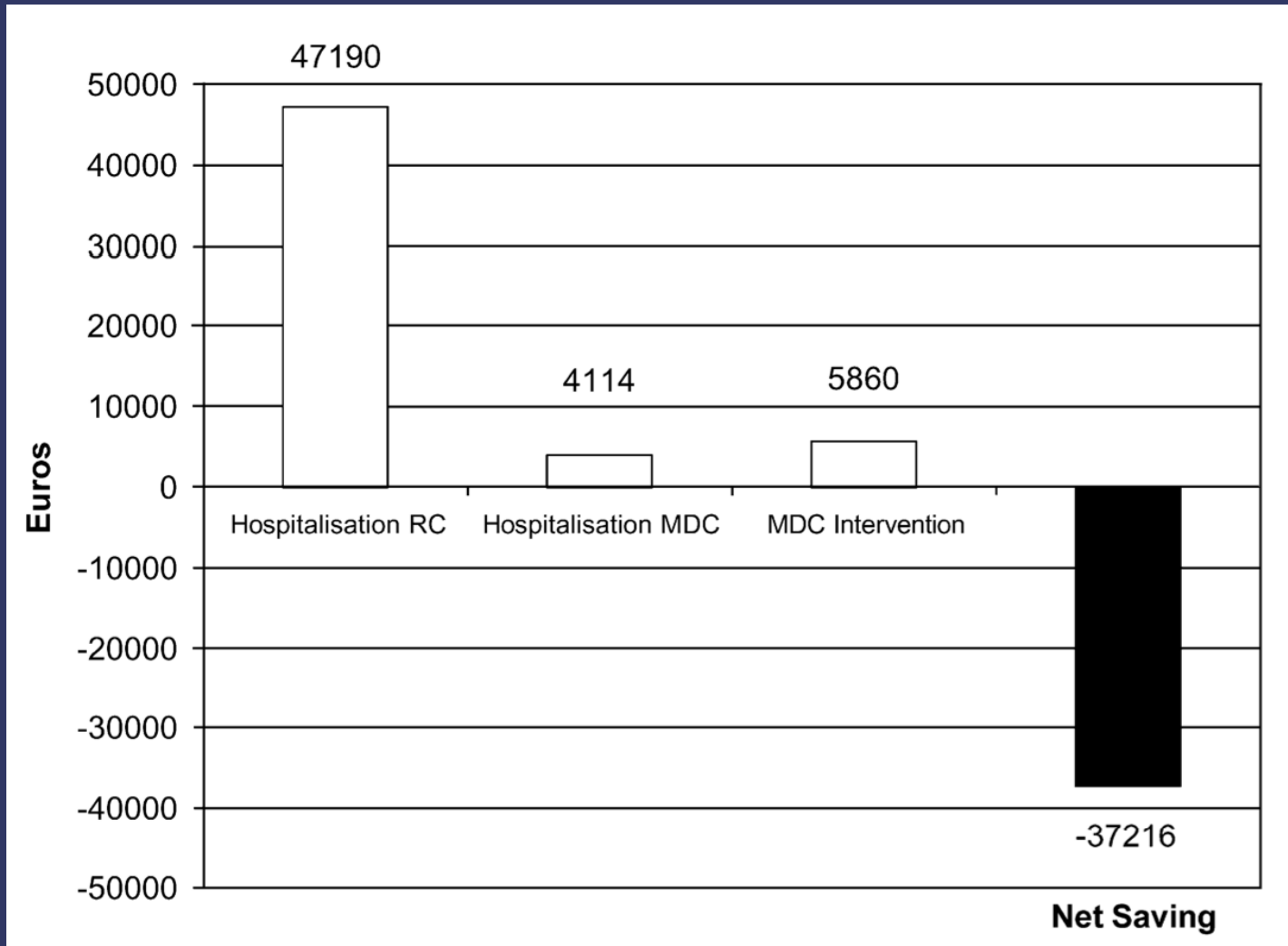
Characteristic	Population	MDC group	RC group
<i>n</i>	98	51	47
Age $\pm$ S.D. (years)	70.80 $\pm$ 10.47	70.76 $\pm$ 10.37	70.83 $\pm$ 10.69
Male (<i>n</i>):female (<i>n</i>)	65:33	32:19	33:14
Carer available, yes (<i>n</i>):no (<i>n</i>)	88:10	47:4	41:6
Systolic dysfunction, yes (<i>n</i>):no (<i>n</i>)	71:27	39:12	32:15
SBP/DBP on admission mmHg	136/77	138/79	134/75
HR (beats/min) on admission	87.9 $\pm$ 19.1	87.0 $\pm$ 17.6	88.9 $\pm$ 20.7
Sinus rhythm, yes (<i>n</i>):no (<i>n</i>)	52:46	24:27	28:19
<i>Aetiology</i>			
Ischemia, yes (<i>n</i>):no (<i>n</i>)	46:52	23:28	23:24
Hypertension, yes (<i>n</i>):no (<i>n</i>)	9:89	4:47	5:42
Valvular, yes (<i>n</i>):no (<i>n</i>)	18:80	10:41	8:39
Idiopathic, yes (<i>n</i>):no (<i>n</i>)	8:90	6:45	2:45
Previous HF, yes (<i>n</i>):no (<i>n</i>)	53:45	29:22	24:23
Previous HF admissions, yes (<i>n</i>):no (<i>n</i>)	45:53	23:28	22:25
Within 1 month, yes (<i>n</i>):no (<i>n</i>)	5:40	2:21	3:19
Within 3 months, yes (<i>n</i>):no (<i>n</i>)	12:33	6:17	6:16
Within 12 months, yes (<i>n</i>):no (<i>n</i>)	24:21	13:10	11:11
Ejection fraction $\pm$ S.D. (%)	37 $\pm$ 13	36 $\pm$ 12	38 $\pm$ 15

La consommation de ressources est relativement limitée

	In-hospital	Discharge	Week 2	Week 6
Average visits per patient (<i>n</i> , $\pm$ S.D.)	3.6 $\pm$ 1.4	1	1	1
Average time with patient (min, $\pm$ S.D.)	84.8 $\pm$ 39.5	18.0 $\pm$ 17.9	25.3 $\pm$ 21.2	18.2 $\pm$ 16.4
Average time with carer (min, $\pm$ S.D.)	18.9 $\pm$ 33.1	4.0 $\pm$ 9.1	12.0 $\pm$ 17.3	6.5 $\pm$ 12.0
Total specialist nurse visits (<i>n</i>)	185	51	51	51
Total time (min)	5290	1125	1900	1260
Average service time per patient (h)	4.2 (95% CI: 3.6–4.8)			

	In-hospital	Week 2	Week 6
Average visits per patient (<i>n</i> , $\pm$ S.D.)	1.7 $\pm$ 1.0	1	1
Average time with patient (min, $\pm$ S.D.)	60.0 $\pm$ 37.9	23.7 $\pm$ 16.3	14.6 $\pm$ 16.2
Average time with carer (min, $\pm$ S.D.)	16.9 $\pm$ 23.8	11.4 $\pm$ 15.8	5.6 $\pm$ 12.5
Total specialist dietitian visits (<i>n</i>)	85	51	51
Total time (min)	3920	1790	1030
Average service time per patient (h)	2.2 (95% CI: 1.8–2.6)		

Cette primo ETP est bénéficiaire (729 euros / patient)



Mettre en place un suivi cardiologique



Cardiologue vaut mieux qu'interniste ?

- OSCUR (Outcome dello Scompenso Cardiaco in relazione all'Utilizzo delle Risorse) study prospectively evaluated all patients with congestive heart failure admitted, between 1 July to 31 December 1998, to 11 of the 18 departments of cardiology and 12 of 30 departments of internal medicine in Italy

	Patients treated by internists (n=584)	Patients treated by cardiologists (n=165)	<i>P</i> value
Demographics			
Age (years)	79 ± 10	70 ± 9	<0.0001
Age ≥ 70 years	473 (81%)	90 (55%)	0.001
Male gender	293 (50%)	100 (61%)	0.011
Medical history			
Coronary artery disease	262 (45%)	94 (57%)	0.006
Acute myocardial infarction	24 (4%)	22 (13%)	<0.0001
Diabetes	120 (21%)	20 (12%)	0.014
Hypertension	222 (38%)	73 (44%)	0.15
Valvular heart disease	73 (13%)	27 (16%)	0.20
Chronic pulmonary disease	84 (14%)	12 (7%)	0.015
Chronic renal failure	56 (9.6%)	7 (4%)	0.04
Symptom onset (months)	15 ± 38	29 ± 53	<0.0001
NYHA functional class			
I	6 (1%)	0	0.96
II	58 (10%)	11 (7%)	0.20
III	185 (32%)	38 (23%)	0.03
IV	219 (37%)	57 (35%)	0.39
Pulmonary oedema	107 (18%)	40 (24%)	0.09
Cardiogenic shock	9 (2%)	19 (12%)	<0.0001
Atrial fibrillation	206 (35%)	40 (27%)	0.01
Cardiothoracic ratio X-ray >50%	459 (79%)	119 (72%)	0.08
	3 (0.5%)	37 (6%)	<0.0001

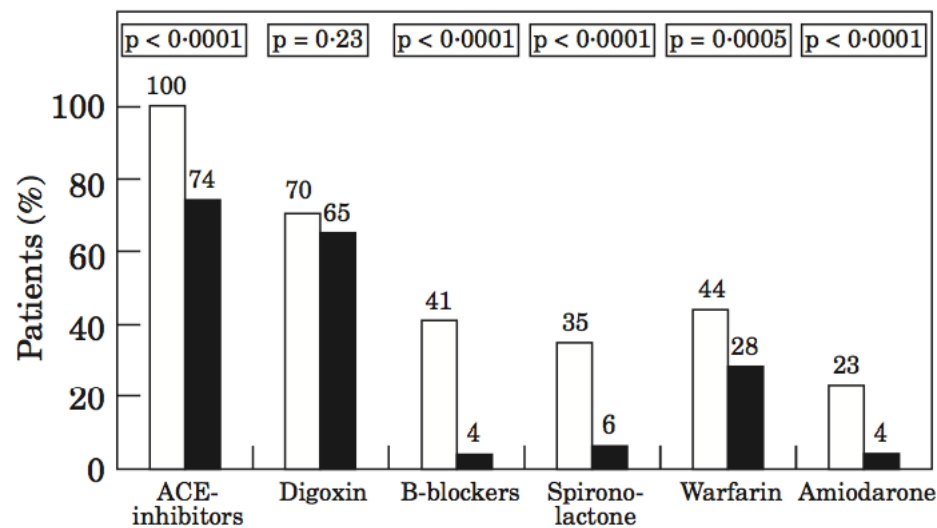


Figure 2 Main pharmacotherapies prescribed at hospital discharge for treatment of congestive heart failure.

□ = cardiologists; ■ = internists.

mortality, NYHA functional class and patient referral at hospital

	Patients treated by internists (n=584)	Patients treated by cardiologists (n=165)	P value
Total mortality	36 (6.2%)	17 (10.3%)	0.067
Duration of hospitalization (days)	11 ± 7	11 ± 7	0.93
NYHA functional class at discharge			
I	79 (14%)	15 (10%)	0.11
II	361 (66%)	108 (73%)	0.76
III	100 (18%)	19 (13%)	0.15
IV	8 (1%)	6 (4%)	0.07
Referral at discharge			
General practitioner	464 (85%)	51 (34%)	<0.0001
Outpatient clinic	58 (10%)	62 (42%)	<0.0001
Cardiologist	26 (5%)	35 (24%)	<0.0001

Mettre en place une structure de suivi et d'optimisation

- En ville: MSP réseaux formels et informels
- En centre hospitalier: Unité thérapeutique d'insuffisance cardiaque/ Consultations d'insuffisance cardiaque
- Par la MSA
- Par la CNAM: Le programme PRADO

PRADO

- Projet créé et désigné par la CNAM afin d'améliorer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque en période de transition.
- Centré sur une gestion du patient par une IDE libérale avec l'aide du MG.
- Formation initiale des IDE, mise à disposition de matériel pédagogique pour les IDE et les MG.
- Mise a disposition de conseillers de l'AM dans les services de cardiologie

Phases de déploiement

- Phase pilote: 2013-2014: 4 régions en lien avec les ARS et deux centres (public privé).
- Phase de déploiement: Nationale ensuite...

Coopération Cardio CNAM

- Mise en place d'une formation pour les IDE conforme aux recommandations:
- Formation FADO (Formation A Distance par Ordinateur) avec évaluation individuelle basée sur des diaporamas et des cas cliniques interactifs devant être validés par la SFC avant toute participation de l'infirmière libérale.
- Mise en avant de la nécessité d'impliquer le cardiologue en plus de l'IDE et du MG.
- Implication dans l'évaluation du projet.

En pratique

- Passage dans les services de cardiologie d'un conseiller de la caisse.
- Remplissage d'un formulaire d'inclusion par l'équipe médicale en dupliqué.
- Avec l'accord du patient celui ci rencontre le conseiller qui va déterminer avec lui :
 - son médecin référent.
 - quels éléments d'assistance a domicile mettre en place.
 - identifier une IDE pouvant intervenir à son domicile.
 - Lui remettre un flyer présentant le programme avec un livret de conseils.

Une fois sorti...

- Le patient sera revu de façon hebdomadaire par l'IDE a son domicile.
 - Celle ci l'interrogera, surveillera sa tension son poids, sa fréquence cardiaque.
 - Pourra être amenée a appeler le MG.
 - N'aura pas stricto sensu à effectuer d'éducation thérapeutique.
- D'autres prestations pourront être prévues en fonction du patient (médico social).
- Une visite de coordination est prévue auprès du MG.

Intérêts du programme PRADO

- Initiative forte sur l'insuffisance cardiaque.
- Réponse possible à un problème clef de santé publique.
- Focalisée sur la transition qui est un élément clef dans l'IC et dans lequel aucun progrès n'a été fait (ICA et peptides avant, réseaux UTIC BNP après ...).
- Programme clinique de terrain basé sur une complémentarité caisses IDE Mg et cardiologues hospitaliers et consultants.
- Programme très distinct de SOFIA qui cible le diabète.

PRADO

- Actuellement 8-10 centres hospitaliers dans 4 régions.
- Diffusion progressive à d'autres régions.
- Articulation avec sophia « like »
- Articulation avec la télé médecine
- Extension à d'autres pathologies (BPCO, ...)

Mais... plusieurs challenges

- 174000 hospitalisations pour IC par an ce qui implique des couts.
- Mais ne concerne que les gens du regime general
- Mais il existe des causes d'exclusion...
- Pas d'autonomisation du patient.
- Pas de notion d'optimisation thérapeutique.
- Au bout de 2 mois on ne sait pas trop quoi faire...

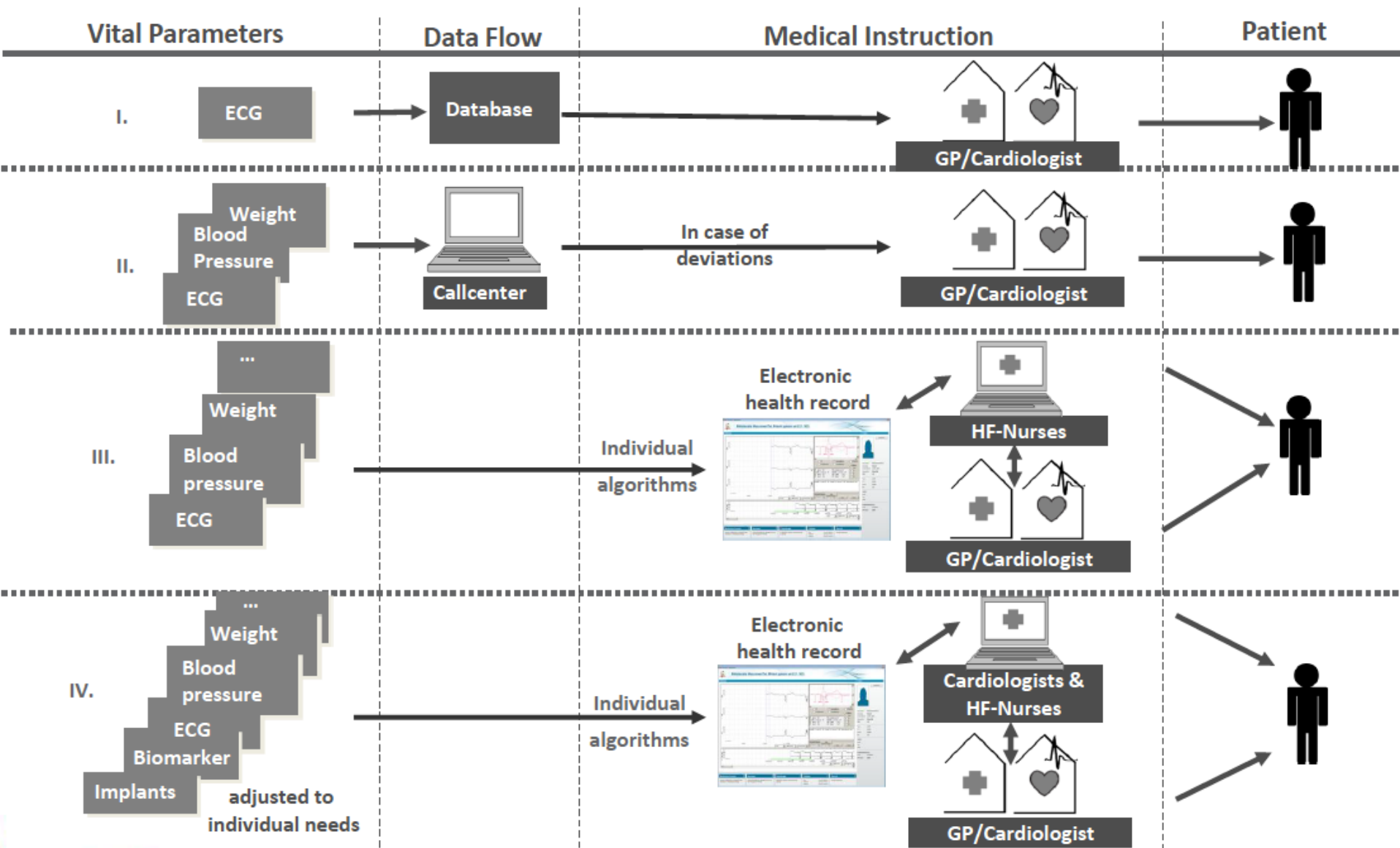
Télémedecine



Qu'appelle t'on télémédecine ?

- **La téléconsultation:** permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance
- **La télé expertise:** permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels
- **La télésurveillance médicale:** permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance des données
- **La téléassistance médicale:** permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé
- **La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale**

La technique évolue mais...



En fait on peut déjà faire simple au quotidien



Check list ETP

- Sensibilisation aux règles hygyéno diététiques avant la sortie par IDE et diététicienne.
- Inscription de ces règles dans le CR ou associée a un document spécifique (passeport de l'IC) simple.
- Programmation d'un programme d'ETP à distance dans les 6 premières semaines
- **NE pas le faire c'est...**

Chek list thérapeutique

- Diurétiques adaptés à la congestion.
- Patient autonomisé
- Introduction de bêta bloquants si stable... mais hors AMM... en tout cas planification
- Introduction d'IEC ou ARB
- Introduction précoce d'ARM... mais pas de données en post aigu
- Rythme cardiaque contrôlé
- Biologie de sortie
- **Ne pas voir le cardiologue c'est....**

Check list pronostique et de planning de sortie

- Fragilité du patient.
- Echographie
- Comorbidités
- Ionogramme sanguin urée créatinine BNP ou NT pro BNP de présortie (uniquement pour analyser le risque et donc le délai de visite)... Si risque élevé alors programmation visite rapide.. Mais pas de preuve réelle ...;en attendant étude ECAD.
- RDV de sortie... en ville en UTIC ou ailleurs
- **Ne pas le faire c'est.....**

Conclusion

- Nous avons tous quoi faire mais en pratique la sortie des patients est très hétérogène et dépend largement des habitudes locales.
- Une optimisation, une formalisation et une structuration de celle ci par une check list permettrait probablement une meilleure prise en charge.
- Un formulaire rappelant les principales règles HD et les signes cliniques pour le patient et ses proches améliorerait la communication et la prévention.
- A nous de l'inventer et de le tester...

Avoir décollé de l'hôpital ne suffit pas....



A nous d'avoir des initiatives permettant d'améliorer les choses... Sans check list pas d'évaluation possible...

Trois engagements ?

- Education de base du patient par IDE avant sortie.... 15 minutes par patient.
- Check list de sortie par la secretaire (RDV, conduites a tenir sur CR, CR remis au patient, appel MT) 10 minutes par patient.
- Ordonnance de surveillance avec les mesures HD écrites, optimisation thérapeutique indiquée par le Dr 10 minutes