



# Télésurveillance et insuffisance cardiaque retour d'expérience

Hervé Pouliquen  
Guillaume Turlotte  
Fabien Miette  
Nelly Roy

# Problématique de l'insuffisance cardiaque



Vendée

- Un tiers des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque sont à nouveau réhospitalisés dans les 6 mois suivant leur retour domicile pour le même motif
- Or une prise en charge renforcée à domicile centrée sur les besoins du patient permettrait d'éviter une partie de celles ci

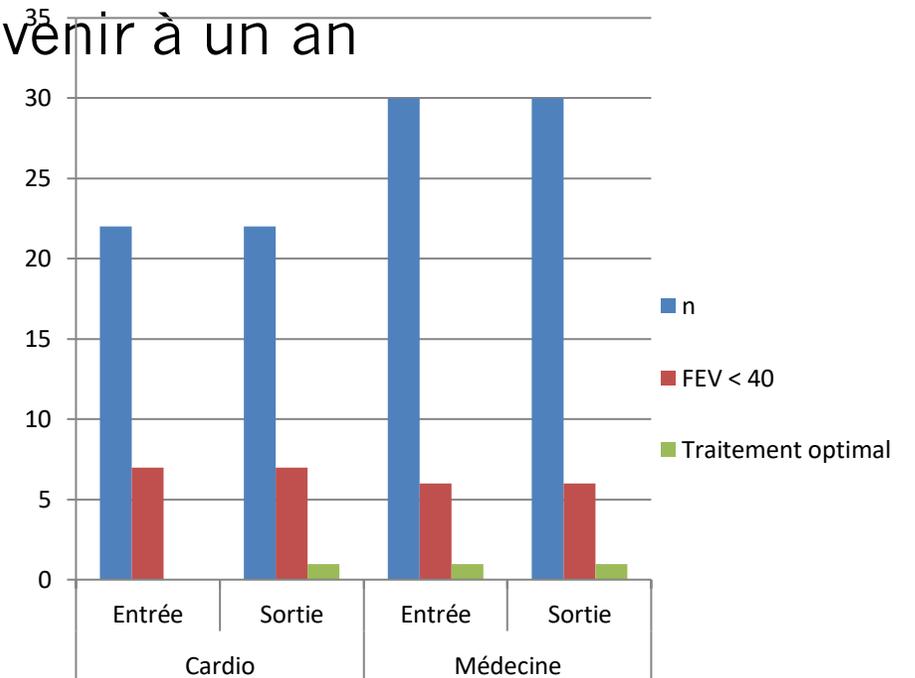
**Centré sur les besoins du patient**, il est fondé sur trois piliers :

- **l'aide à la mise en place du suivi médical** par les professionnels de santé désignés par le patient ;
- **l'accompagnement du patient** par son cardiologue, par son médecin traitant et par un(e) infirmier(e),
- **l'initialisation d'une aide à la vie** si cela s'avère nécessaire.

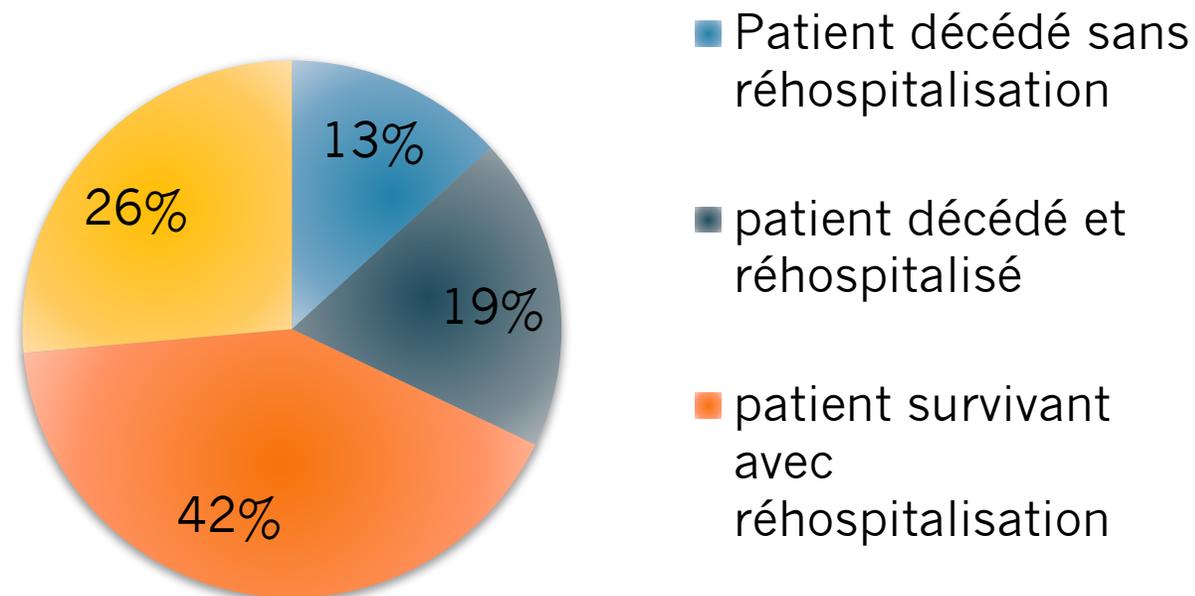
# Etat des lieux en Vendée

- Étude observationnelle sur une journée des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque  
Inclusion exhaustive des patients, présentant de l'insuffisance cardiaque aiguë  
sur les sites du centre hospitalier départemental de Vendée  
États des lieux lors de l'hospitalisation et devenir à un an

- 53 patients inclus
- 56% d'hommes
- âge moyen 79 ans
- FEVG moyenne 48%



# Etat des lieux à un an

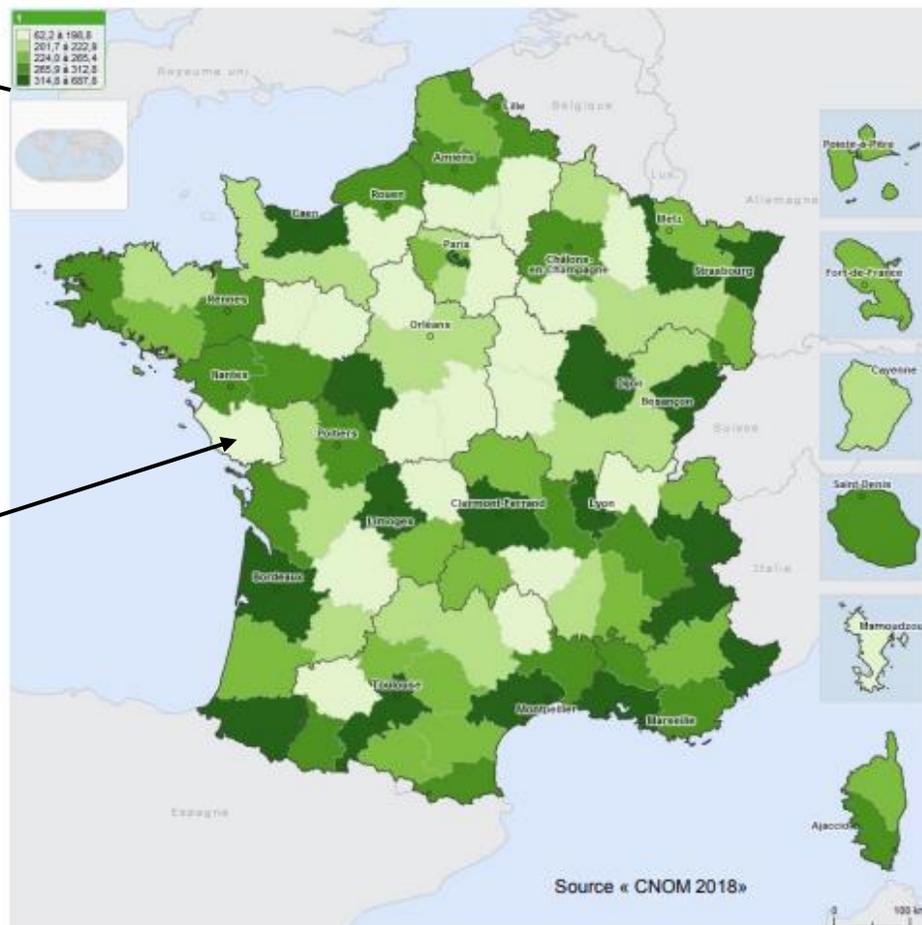


Seulement 6 consultations prises en sortie d'hospitalisation

# Problématique ... du vide



Carte 37 : Densités départementales en activité régulière <sup>9</sup>



Vendée

# Densité médicale

- Densité médicale globale

Moyenne nationale: 270,3 médecins / 100 000 habitants

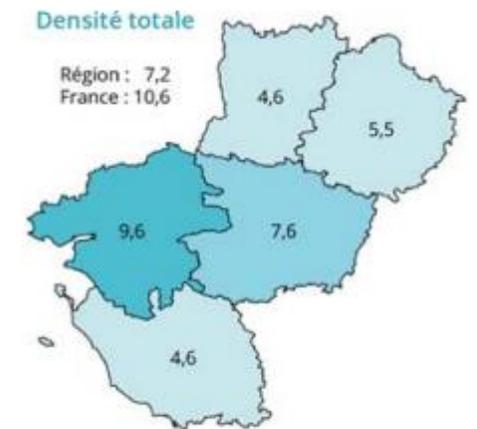
Moyenne régionale pays de Loire : 251,3 / 100 000 habitants

- Densité des cardiologues:

Moyenne nationale de 10,7 /100 000 habitants

Densité régionale de 7,1 / 100 000 habitants en pays de Loire

Densité de 4,6 / 100 000 habitants en Vendée



# Conséquences

- Délais de rendez vous .... 9 mois en moyenne
- Fuite des patients auprès des spécialistes des départements limitrophes pour les consultations usuelles: HTA, dépistage cardiovasculaire....
- Problématique de l'insuffisance cardiaque différente:  
population souvent âgée avec problème des déplacements, consultations plus fréquentes pour titration et adaptation thérapeutique

D'où une équation insoluble.....

$$(x + a)^n = \sum_{k=0}^n \binom{n}{k} x^k a^{n-k}$$

# Solutions disponibles: PRADO

## Le carnet de suivi

### Autosurveillance

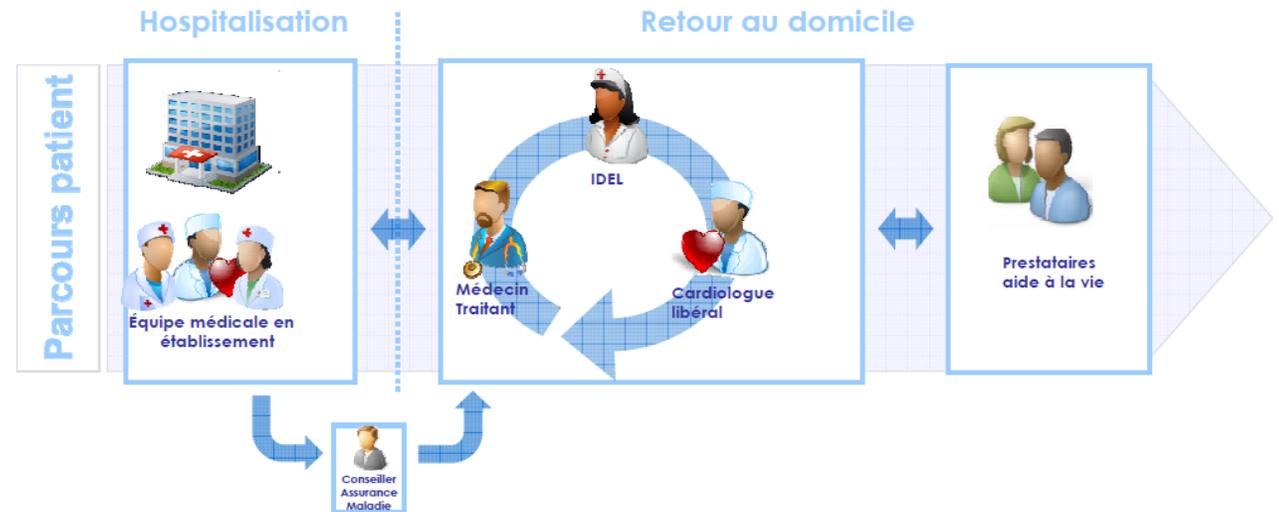
- autosurveillance du poids
- détection des signes d'alerte



## Une prise en charge coordonnée autour du patient

Vendée

Cible du programme : patient majeur du régime général hors SLM ayant été hospitalisé pour décompensation cardiaque étant éligible à un programme d'accompagnement du retour à domicile IC (60 000 patients par an)



Le Conseiller de l'Assurance Maladie est un facilitateur entre le patient et les professionnels de santé pour organiser à la fois son retour à domicile et son entrée dans le programme d'accompagnement

Le programme et les outils sont réalisés en partenariat avec la Société Française de Cardiologie

## Mise en place depuis 2016

Visite d'un conseiller de la CPAM avant la sortie de l'hôpital

Carnet de suivi remis avant la sortie

Suivi hebdomadaire par des infirmières libérales

Consultation de suivi auprès de son cardiologue prévue avant la sortie...

# Solutions disponibles: PRADO



## Le carnet de suivi

Autosurveillance

- autosurveillance du poids
- détection des signes d'alerte

**JE ME SURVEILLE**  
Dès mon retour à domicile, je me pèse chaque jour et je me montre attentif à certains changements dans ma forme physique : essoufflement, fatigue ou gonflements... Lors de chaque visite, je communique toutes mes observations à mon infirmier(e) et à mon médecin traitant à l'aide de ce carnet.

**Je me pèse tous les jours**  
J'utilise ces grilles pour noter chaque jour mon poids et les éventuels changements que j'observe concernant ma respiration, ma fatigue et des gonflements. Je n'hésite pas à en discuter avec mon infirmier(e) et lors de ma prochaine visite chez le médecin. J'appelle immédiatement mon médecin traitant si je constate que mon poids varie de plus de 2 kg en 3 jours.

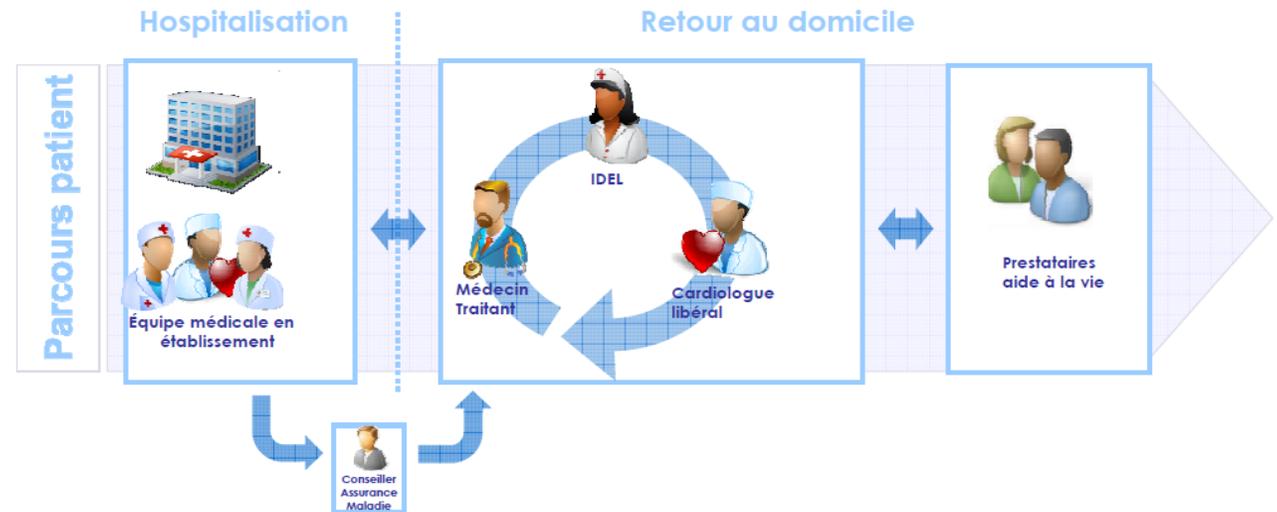
**J'Y PENSE**  
Je me pèse chaque matin, à jeun après avoir uriné, toujours dans la même tenue et sur la même balance.

Date (jour/mois/année)	Mon poids (kg)	Mes observations (essoufflement, fatigue...)
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		
Dimanche		
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		
Dimanche		

## Une prise en charge coordonnée autour du patient

Cible du programme : patient majeur du régime général hors SLM ayant été hospitalisé pour décompensation cardiaque étant éligible à un programme d'accompagnement du retour à domicile IC (60 000 patients par an)

Vendée



Le Conseiller de l'Assurance Maladie est un facilitateur entre le patient et les professionnels de santé pour organiser à la fois son retour à domicile et son entrée dans le programme d'accompagnement

Le programme et les outils sont réalisés en partenariat avec la Société Française de Cardiologie

## Problèmes:

Suivi uniquement pour 6 mois...

Problématique du rendez vous à un mois avec le cardiologue

Implication +/- importante des infirmières libérales

Autosurveillance plus ou moins effectuée par les patients

# Télesurveillance

- Peut répondre à deux des trois piliers

**Centré sur les besoins du patient**, il est fondé sur trois piliers :

- **l'aide à la mise en place du suivi médical** par les professionnels de santé désignés par le patient ;
- **l'accompagnement du patient** par son cardiologue, par son médecin traitant et par un(e) infirmier(e),
- **l'initialisation d'une aide à la vie** si cela s'avère nécessaire.

- Début du projet 2018:

A l'époque deux solutions disponibles: Boston Scientific et Air liquide

Boston Scientific: évaluation de paramètres cliniques seuls ( poids, fréquence cardiaque), pas de tri des alarmes

Chronic Care Connect : Questionnaire simple, balance connectée et tri des alarmes

# Mise en place de la télésurveillance

- En premier lieu évaluer le nombre de patients potentiellement concernés  
Données du PMSI des années passées/  
Nombre de patients PRADO ( 150 dans notre centre) au moment du lancement de projet
- Ceci pour financer un poste d’infirmière dédiée à la télésurveillance  
Financement d’un mi temps ; coût de 20 000 euros /an  
But : Alléger le travail du médecin +++
- 2 forfaits différents:  
Accompagnement thérapeutique 110 euros/6 mois  
Education thérapeutique 60 euros par an ; Réalisation par Air liquide

# Inclusion des patients

- Population:

Patients hospitalisés dans le service pour insuffisance cardiaque: 70%

Patients suivis en consultation par des médecins du service: 25%

Patients d'autres service 5 %

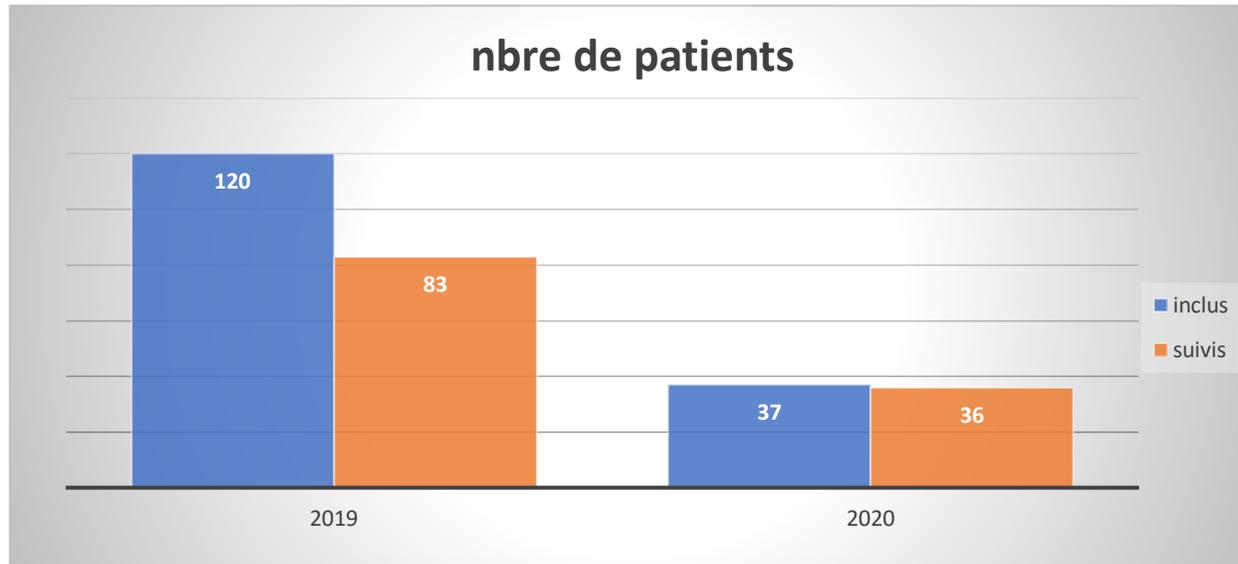
- Validation médicale par un des 3 référents

- Préparation des documents par l'IDE de télésurveillance (ordonnance, feuille d'inclusion), matériel de démonstration montré au patient , signature du consentement.

- A la sortie du patient, envoi des documents à Chronique Care Connect.

- Puis inclusion des patients dans les 5 jours ouvrés.

# Résultats fin avril 2020 Effectif



70% d'homme et 30% de femmes  
FEVG moyenne à 35 % ,  
65% de FEVG altérée et 35% de FEVG préservée

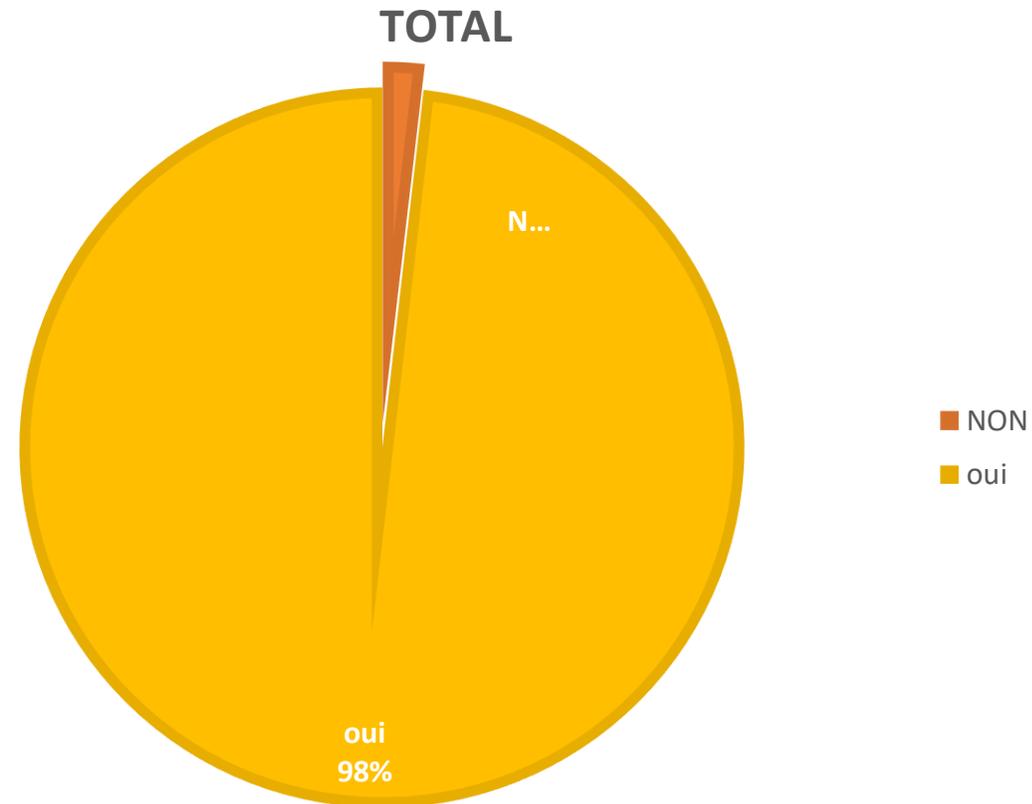
## Alertes et gestion de celles ci

- 955 alertes générées:
  - 738 alertes bleues gérées par chronic care connect
  - 217 alertes rouges transmises au service
- Alertes rouges:
  - Moitié des alertes gérées par notre IDE (pas de prise de poids et patient asymptomatique)
  - Moitié des alertes gérées conjointement par IDE et médecin
    - Appel téléphonique par IDE
    - Envoi en pharmacie d'ordonnance pour le patient +/- consultation au décours
  - 8 hospitalisations générées en 1 an
- Toutes les alertes sont consignées sur Logiciel patient et rapport formulé sur la plateforme CCC.

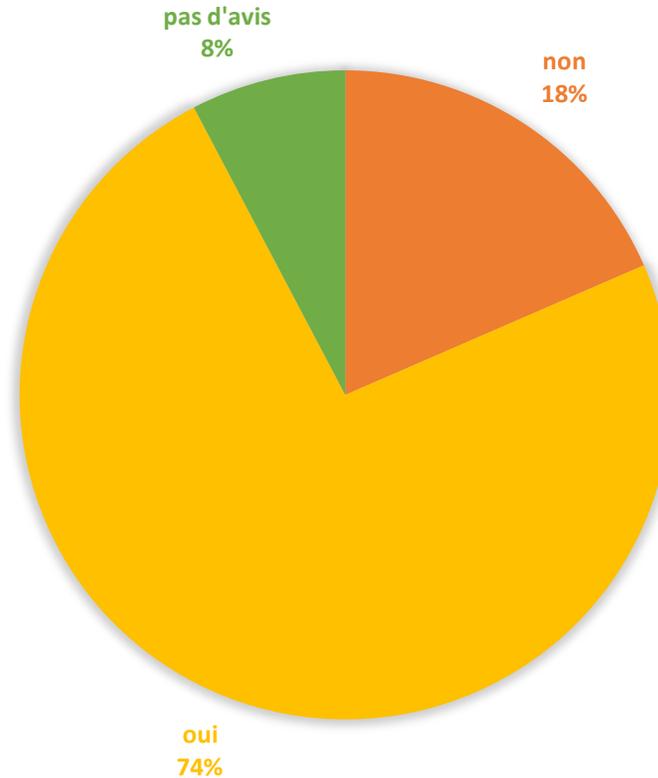
# Evaluation du ressenti des patients

- Questionnaire envoyé aux patients renouvelés entre septembre 2019 et janvier 2020
- Questionnaire rapide à réponses fermées
  - Facilité d'utilisation
  - Rapport avec sa pathologie
  - Qualité de vie
- 53 réponses

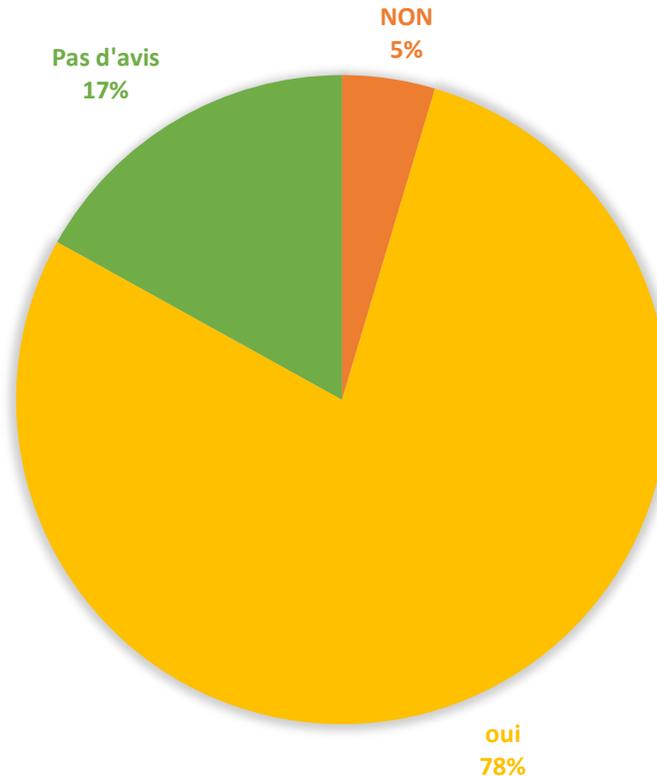
# Le matériel vous semble t-il simple d'utilisation?



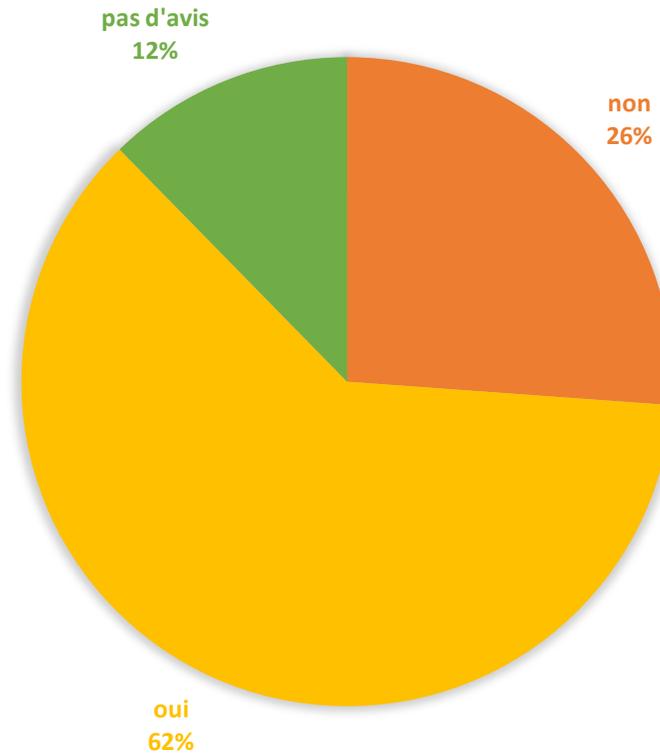
Vous sentez vous plus à l'aise et rassuré par rapport  
votre maladie?



Vous sentez- vous plus autonome face à la gestion de votre insuffisance cardiaque ?



Est-ce-que votre qualité de vie s'est améliorée depuis la mise en place de la télésurveillance ?



Pensez-vous que la mise en place de la télésurveillance vous aide à mieux comprendre votre maladie cardiaque (traitement, régime, symptômes...)



# Conclusion

- Solution complémentaire aux suivis usuels: Prado
- Mise en place de la télésurveillance dans l'insuffisance cardiaque est envisageable dans un centre hospitalier
- Nécessité à notre sens d'une aide par une IDE dédiée ++ pour l'inclusion des patients , le tri des alarmes...
  
- Le matériel de CCC est simple d'utilisation
- Les patients se disent plus rassurés et plus autonomes vis-à-vis de leur maladie.
- L'accompagnement thérapeutique semble satisfaisant.
  
- Evolutions futures:  
Durée de suivi en télésurveillance ? Profil à cibler?