



Unité thérapeutique d'insuffisance cardiaque

Dr Nataliya Hrynychshyn

CHRD Pontoise

CNCH Paris 2018

Insuffisance cardiaque – c'est un problème global

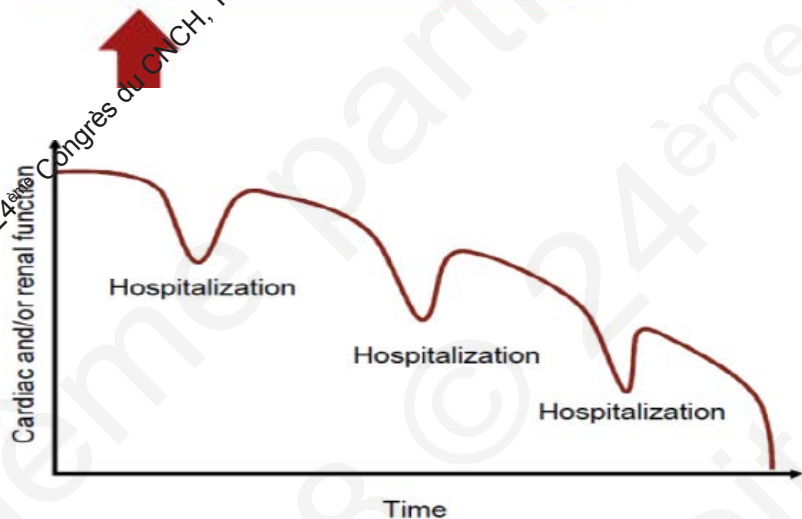
- 26 millions – nombre de patients avec l'IC à l'échelle mondiale (1)
- 1,2% - Dépenses de santé attribuées à une insuffisance cardiaque à l'Europe et Amérique du Nord (2)
- **Le coût de l'insuffisance cardiaque est conduit par l'hospitalisation**
- 74% - des patients souffrent au moins d'une comorbidité qui aggrave la sévérité de l'état global (3)

Epidemiologie

- 1 130 000 personnes en France (2,3% de la population adulte, 15% de population >85 ans)
- 152 601 hospitalisation en France
- 1 cause d'hospitalisation non programmée
- Basse de la mortalité hospitalière depuis 10 ans, mais surmortalité précoce après la sortie
- 2/3 patients sont ré hospitalisé dans l'année qui suit une hospitalisation



Patients avec IC subissent des hospitalisations itératives



Avec chaque hospitalisation il existe **une détérioration myocardique ou rénale** qui contribue dans la progression de dysfonction VG/rénale (downward spiral)

PEC d'IC est « complexe »



Position Statement

European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care

Theresa A. McDonagh^{1*}, Lynda Blue², Andrew L. Clark³, Ulf Dahlström⁴, Inger Ekman⁵, Mitja Lainscak⁶, Kenneth McDonald⁷, Mary Ryder⁷, Anna Strömberg⁸, and Tony Jaarsma⁹ on behalf of Heart Failure Association Committee on Patient Care

Complexity of HF care

It is evident that the management of the patient with suspected or confirmed HF is complex and that the numbers of patients involved are large and increasing. Patients are asked to make lifestyle changes, take multiple drugs, and are exposed increasingly to device therapy. In addition, the average age of an HF patient

Eur J Heart Fail 2011;13: 235-241



Médicaments, dispositifs implantables
Réadaptation
Education
Chirurgie
Cardiologie interventionnelle
Transplantation
AMC
Soins palliatifs

... le nombre de patients IC est significatif et en augmentation

Le suivi de l'ICC est complexe ou compliqué?

Predictors of Mortality in Heart Failure

Demographic Parameters

Advanced age
Etiology
Gender/race
Symptom deviation
Diabetes
Obesity
Prior myocardial infarction
Impaired renal function

Functional Parameters

NYHA class
Six-minute walk test
Exercise duration
Peak oxygen consumption
Anaerobic threshold

Ventricular Function

Ejection fraction
Cardiothoracic ratio
Ventricular volumes
Sphericity index
Ventricular mass/stress
Mitral regurgitation

Hemodynamic Parameters

Intracardiac pressures
Cardiac output/index
Systemic/pulmonary vascular resistance
Restrictive ventricular filling
A-V oxygen difference

Biochemical Markers

Serum electrolytes
Blood urea nitrogen/creatinine
Plasma norepinephrine
Plasma aldosterone
Plasma endothelin
Angiotensin II
B-type natriuretic peptide

Electrophysiological Parameters

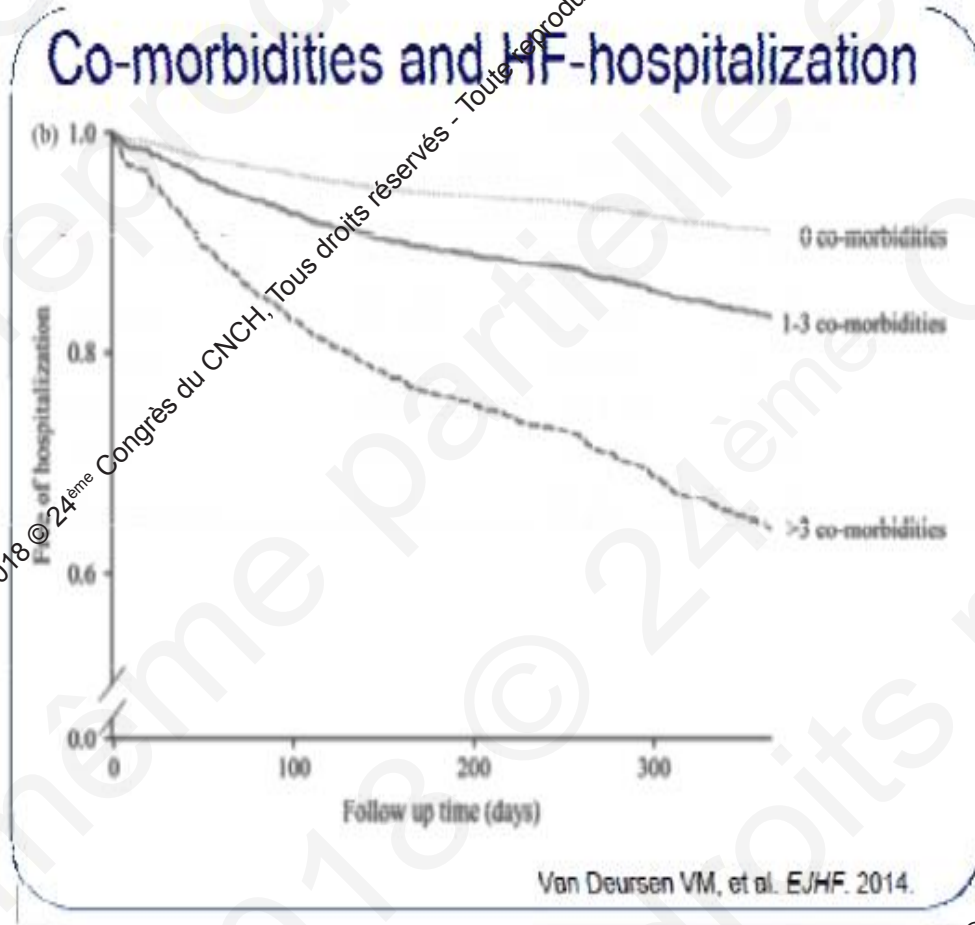
Increased heart rate
Decreased heart rate variability
Prolonged QRS duration
Conduction delays (bundle branch blocks)
Abnormal signal-averaged ECG
T-wave alternans
Cardiac arrhythmias
Atrial fibrillation
Nonsustained ventricular tachycardia
Sustained ventricular tachycardia

Pharmacological Agents

ACE inhibitor/AT₁ receptor blockers
 β -Blocking agents
Spironolactone
Vasodilating drugs
Antiarrhythmic agents

(*Circulation* 2003;107:1719-1721.)

Stratification de risque: comorbidités



- Tabac
- Obésité (BMI 36)
- BPCO (GOLD II)
- Sédentarité
- HTA
- Dyslipidémie
- CMI
- Anémie
- Carence martiale
- SAOS

Complexité de PEC d'IC

- Changement de mode de vie
- Médicaments +++
- Dispositifs implantables
- Effets indésirables
- Chirurgie
- Syndrome-cardio gériatrique
- Comorbidités

Hospitalisations
Multiple visites dans les services ambulatoires
Beaucoup de médecins

CONFUSION

Adhérence incomplète au traitement
Morbi-mortalité élevée

L'équipe spécialisée pour la prise en charge d'IC?

Les recommandations disent: OUI

It is recommended that patients with HF are enrolled in a multidisciplinary care management programme to reduce the risk of HF hospitalization and mortality.

I

A

622-625



2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC

Authors/Task Force Members: Piotr Ponikowski* (Chairperson) (Poland), et al.

Caractéristiques
et composants
des programmes
de gestion des
patient avec IC

Components	
	Optimized medical and device management.
	Adequate patient education, with special emphasis on adherence and self-care.
	Patient involvement in symptom monitoring and flexible diuretic use.
	Follow-up after discharge (regular clinic and/or home-based visits; possibly telephone support or remote monitoring).
	Increased access to healthcare (through in-person follow-up and by telephone contact; possibly through remote monitoring).
	Facilitated access to care during episodes of decompensation.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

UTIC – unité thérapeutique d'IC

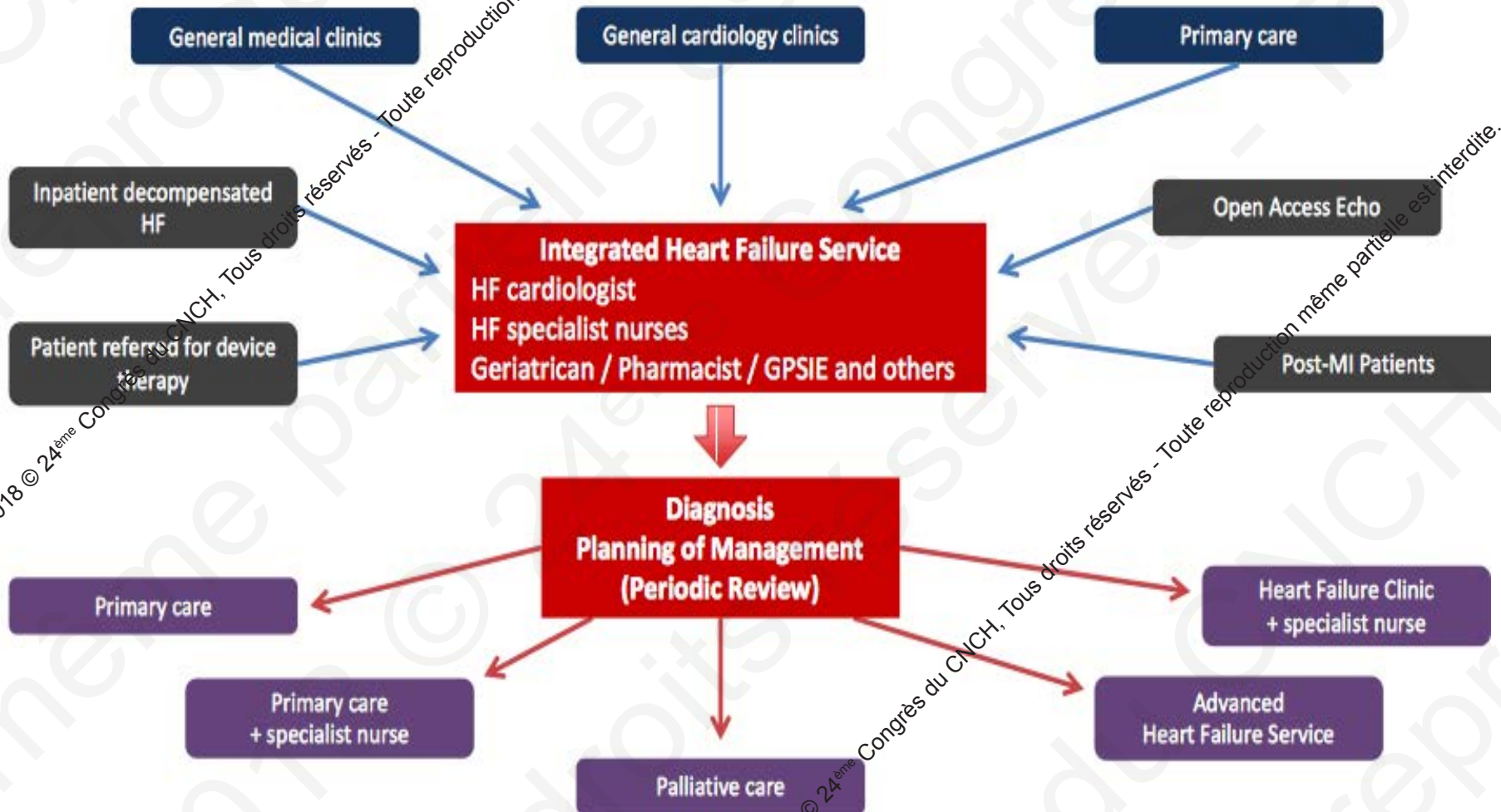
Qu'est – ce que c'est?

- Un endroit géographique dédié?
- Une équipe?
- Un équipement ?
- Un programme?

Il n'a pas de définition...

- UTIC – c'est un concept de parcours patient IC (diagnostiquer, traiter, suivre)

Organisation de parcours patient



European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care

- The ideal setting for establishing the
- diagnostic and management strategies for HF is an **HF clinic** with access to a specialist physician with expertise in HF.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Diminution de ré hospitalisation et de coût global de PEC

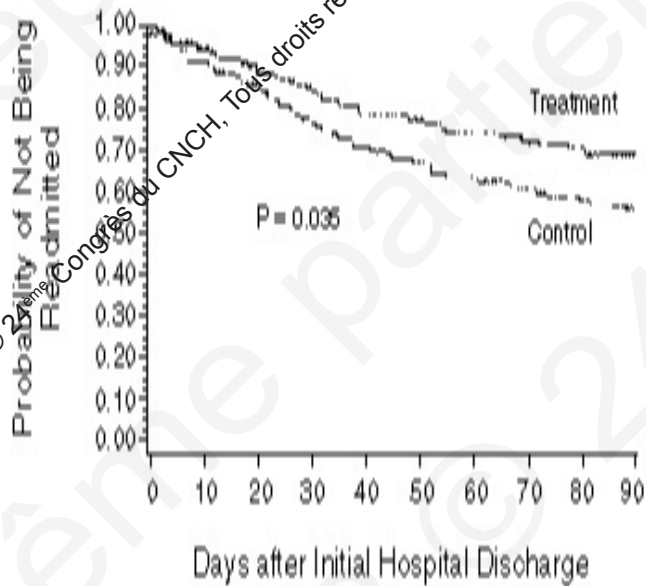
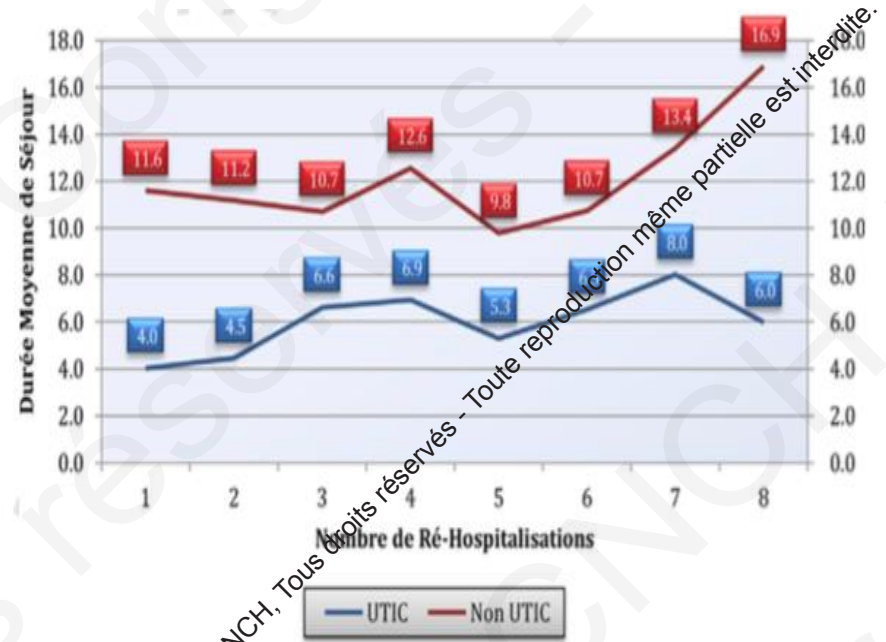
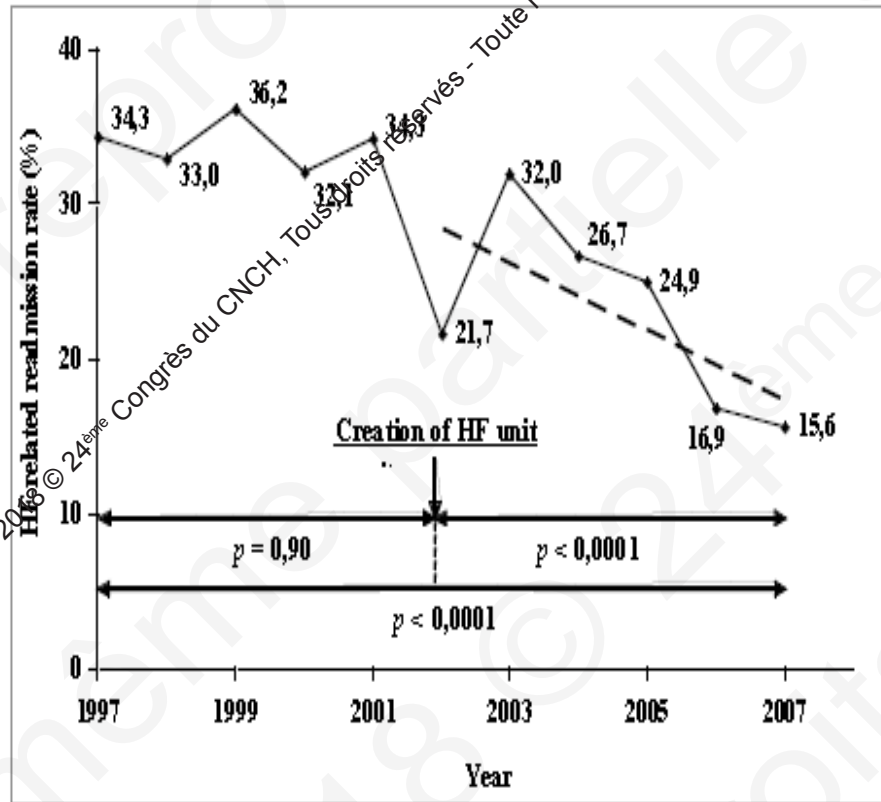


Table 5. Costs of Care for the Study Patients.

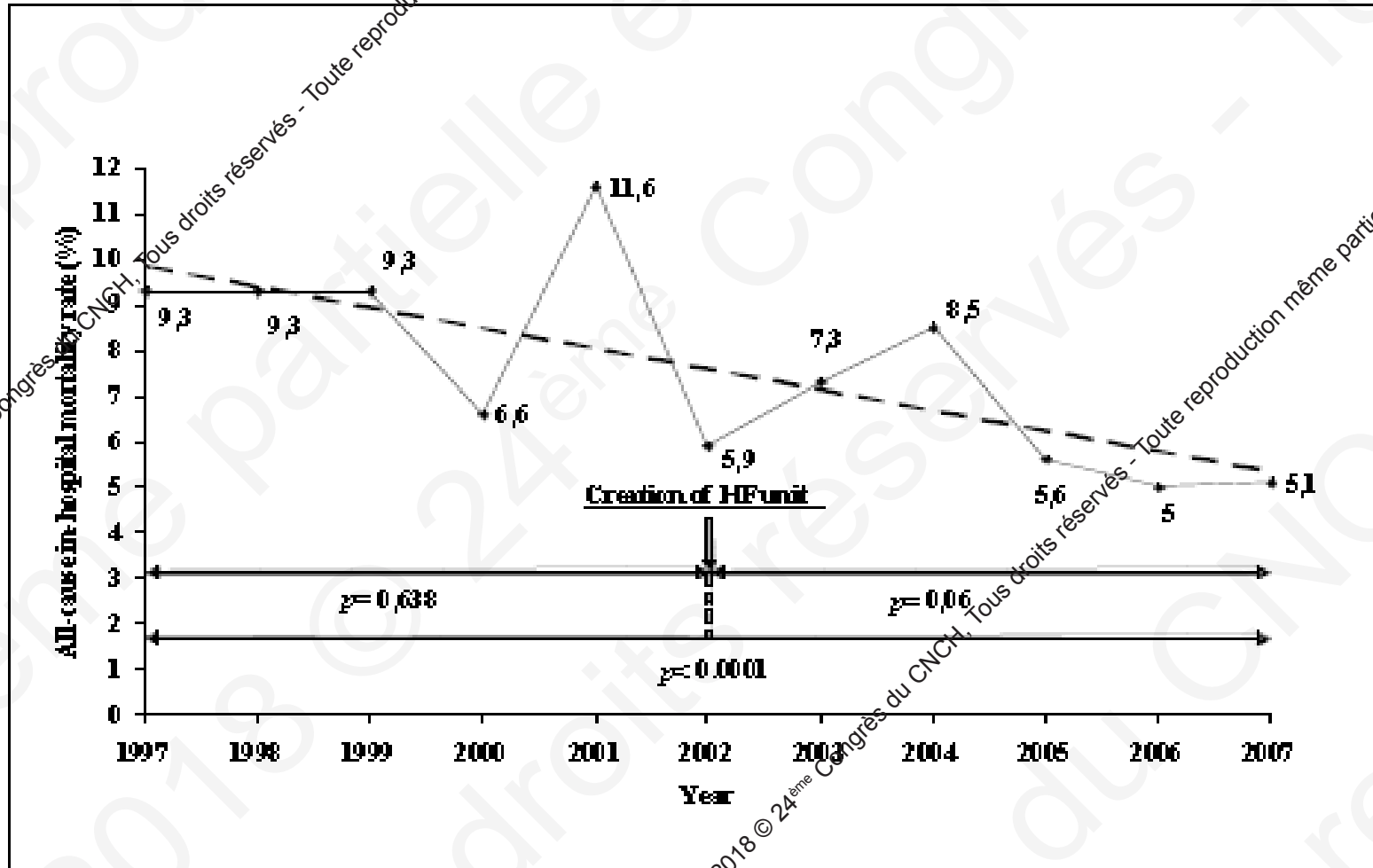
COMPONENT OF CARE	CONTROL GROUP	TREATMENT GROUP	DIFFERENCE
		\$ per patient	
Intervention	Not applicable	216	+216
Care givers	828	1,164	+336
Other medical care	1,211	1,257	+46
Readmission	3,236	2,178	-1,058*
All	5,275	4,815	-460

*P = 0.03 for the difference between groups.

Efficacité: impact sur les ré hospitalisations précoces



Impact sur la mortalité intra-hospitalière



Impact des comorbidités sur le coût

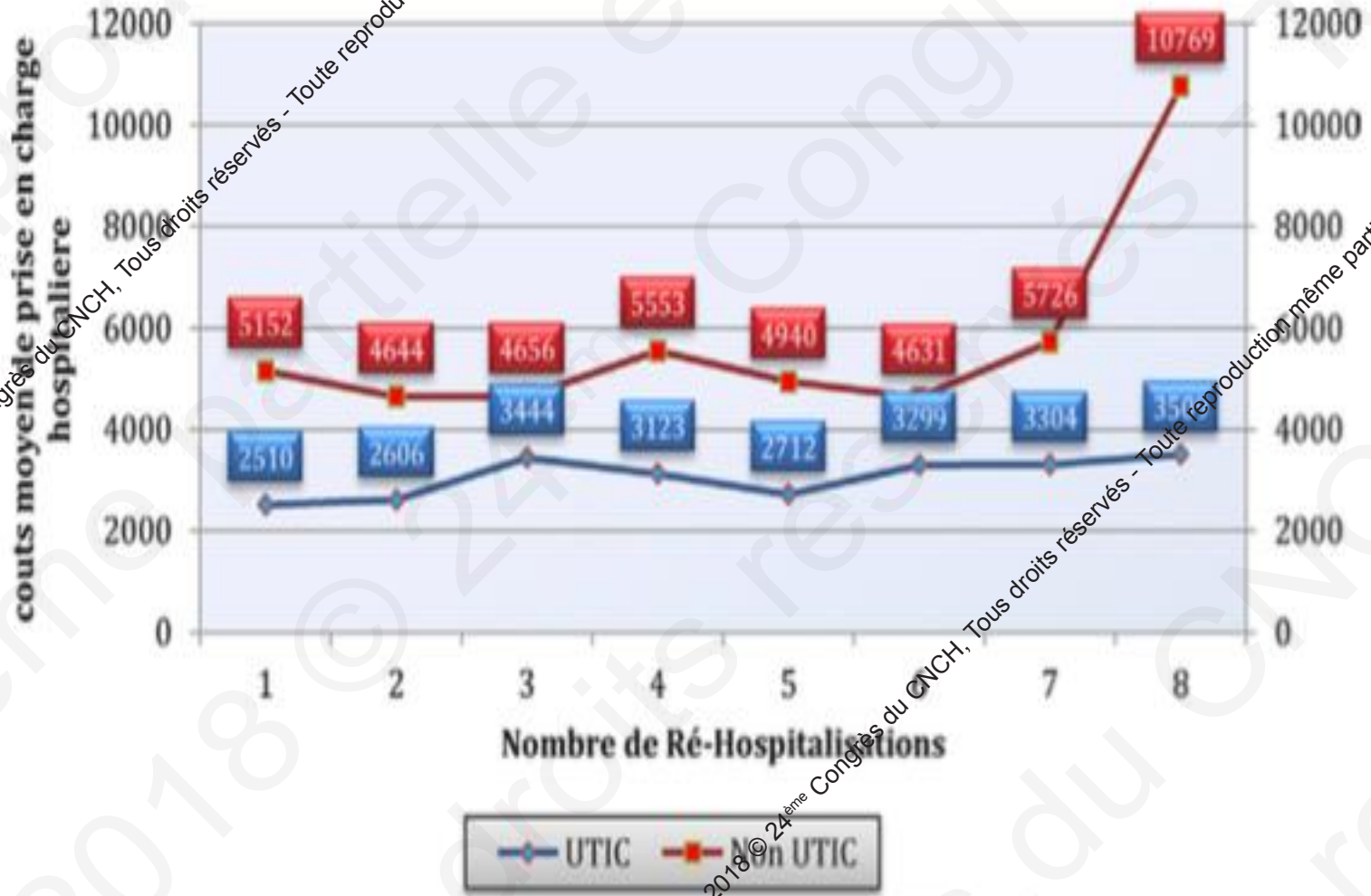
Impact des comorbidités sur les coûts de prise en charge hospitalière.

Nombre de comorbidités	Coûts unitaires de la prise en charge de l'UTIC (euros)	Coûts unitaires de la prise en charge du groupe témoin (euros)	<i>p</i>
0	623	2959	< 0,05
1	1747	4284	< 0,05
2	1597	4666	< 0,01
3	1873	4712	< 0,01
4	2189	4673	< 0,01
5-9	2490	5415	< 0,01
10 et plus	3743	5239	< 0,05

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Impact sur les coûts de prise en charge hospitalière



2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

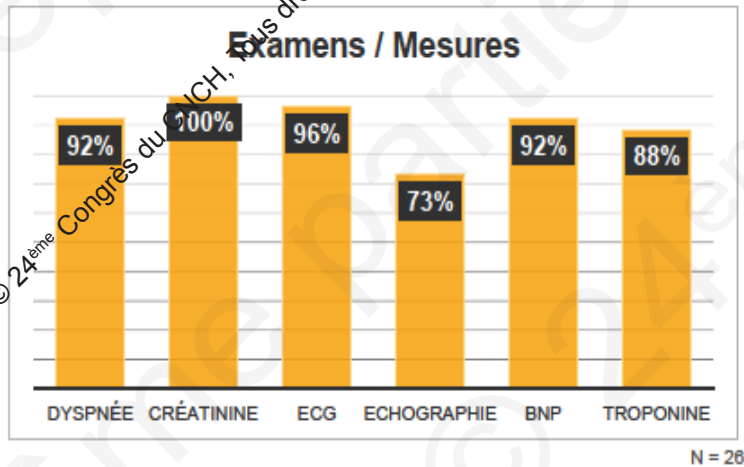
UTIC: méta analyse dit OUI

Table 4: Analysis of the effect of care at multidisciplinary heart failure clinics on all-cause mortality

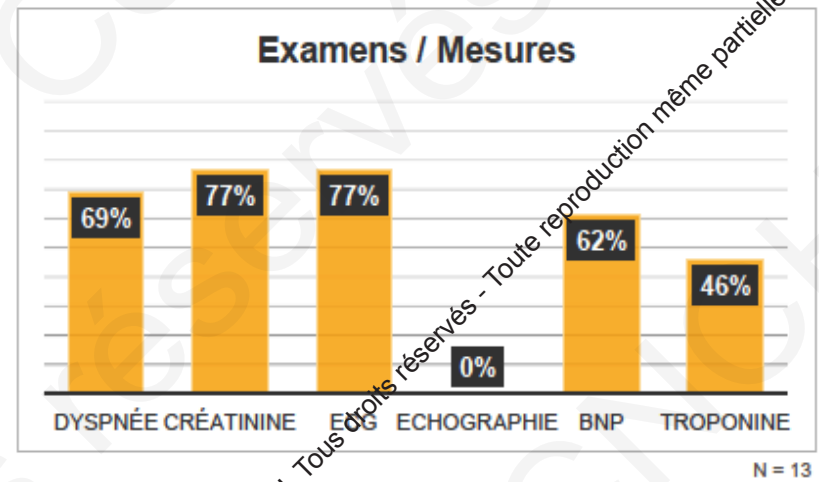
Study, year	All-cause mortality (no. of deaths/total no. of patients)		Relative risk (95% CI)	95% confidence interval			
	Control group	Intervention group		0.25	0.5	1	1.5
Clingman, 1998 ⁹	31/110	24/80	1.06 (0.68–1.67)				
Doughty, 2002 ¹¹	24/97	19/100	0.77 (0.45–1.31)				
Kasper, 2002 ¹²	13/98	7/102	0.52 (0.22–1.24)				
Capomolla, 2002 ¹³	21/122	3/112	0.16 (0.05–0.51)				
Stromberg, 2003 ¹⁴	20/54	7/52	0.36 (0.17–0.79)				
Ledwidge, 2003 ¹⁵	3/47	3/51	0.92 (0.20–4.34)				
Present study	19/115	12/115	0.63 (0.32–1.24)				
Combined effect	131/643	75/612	0.60 (0.39–0.91)				

Prise en charge

Cardiologie



Les autres services



2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

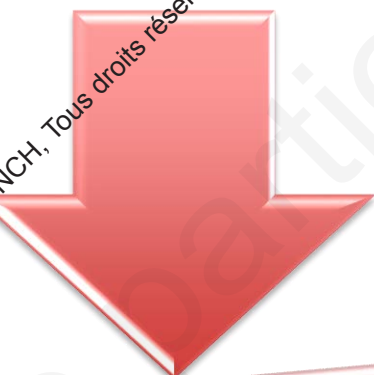
Quo vadis ? Virage ambulatoire ...



2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

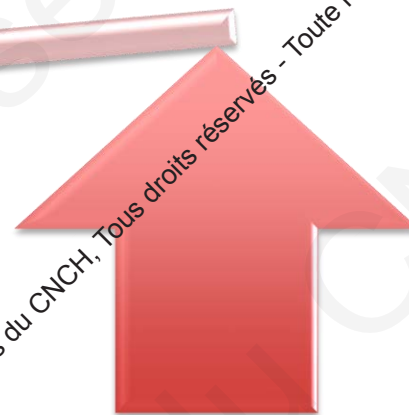
2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

HDJ permet de trouver un bon équilibre...



Consultation
(peu efficace...)

Hospitalisation
(trop
couteuse...)



SAUF...

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

IC nécessite un HDJ?

E N°DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très c pour les prises en charge de moins d'une journée.

- **Surveillances médicales prolongées**

Un GHS ne peut être facturé qu'en cas de surveillance médicale prolongée à la suite d'un acte diagnostique ou thérapeutique qui ne requiert pas une telle surveillance chez un patient habituel. Il s'agit donc d'une surveillance prolongée en raison par exemple du terrain à risque du patient.

Optimisation de traitement? Lequel? Beta-bloquant, ARNI? Feinject?

- **bilans diagnostiques ou thérapeutiques**

Un GHS ne peut être facturé que si la prise en charge comporte plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin.

PEC initiale de l'IC ou PEC après décompensation

Obligatoire: 3 professionnels de santé (médecin, IDE, diététicien), 2 plateaux différents (sauf ECG, bio et RxTx) et CR de synthèse

IC nécessite un HDJ?

- 3^{ème} type d'HDJ (terrain à risque):
- État de patient qui conduit le corps médicale a ne pas le considéré comme un patient « habituel » et qui justifie à prendre les précautions particulières lors de la réalisation des certain examens ou la délivrance de certains soins

Problèmes...

- Les critères d'HDJ de plus en plus exigeantes...
- Les fermetures de lits d'hospitalisation
- Le désert médical en ville

Mais l'ICC reste une maladie grave ...



Legifrance.gouv.fr

LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT

En savoir plus sur ce texte...

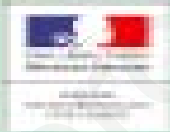
JORF n°0051 du 1 mars 2017
texte n° 31

Arrêté du 27 février 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile

NOR: AFSH1706291A

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/2/27/AFSH1706291A/jo/texte>

FPI est une solution?



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

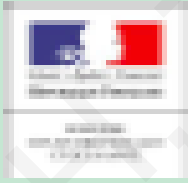
Présentation générale

➤ Mise en place d'une prestation intermédiaire, **nouvel échelon dans la gradation des soins ambulatoires**

➤ L'objectif est de répondre à l'absence de valorisation des prises en charge intermédiaires entre les actes et consultations externes et les hospitalisations de jour (cette problématique constituant un frein au virage ambulatoire).

➤ Certaines prises en charge de médecine ambulatoire, réalisées en établissements de santé, nécessitent en effet, pour une même prise en charge:

- la mobilisation coordonnée de professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs ;
- la réalisation d'une synthèse médicale ;
- mais ne nécessitent pas pour autant la mobilisation d'une place d'hôpital de jour ou le recours à un plateau technique.



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

Caractéristiques du forfait

➤ Un forfait facturé :

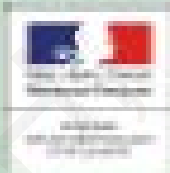
- à chaque venue du patient;
- en complément de la facturation d'une consultation et le cas échéant d'actes CCA/IL

➤ La facturation de cette nouvelle prestation serait conditionnée au respect de plusieurs critères :

- Intervention de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs;
- Existence d'une synthèse médicale de la prise en charge.

➤ Un cadre juridique de type « prestation hospitalière sans hospitalisation » comme le forfait SE ou le forfait ATU.

➤ Le périmètre de ce nouveau forfait serait limité en 2017 à certaines pathologies. Sont envisagées à ce stade : diabète (type I et II, diabète gestationnel) , insuffisance cardiaque grave, spondylarthrite grave, polyarthrite rhumatoïde évolutive.



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

Modalités de recueil

➤ Recueil de la prestation dans le cadre du RSF-ACE B pour les ex-DG et dans le cadre du RSF B pour les ES ex-OQN

➤ Renseignement d'une variable indiquant l'affection concernée : variable avec 4 ou 5 modalités :

- Diabète avec ou sans distinction insuliné/non insuliné;
- Insuffisance cardiaque;
- spondylarthrite ankylosante ;
- polyarthrite rhumatoïde.

➤ Même niveau de valorisation pour toutes les modalités.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Exemple de tarification

1) **Descriptif de la prise en charge** : une consultation de cardiologue, d'infirmière et de diététicienne / bilan cardiologique IC (y compris BNP etc)

2) **Valorisation financière**

✓ CS médicale de cardiologie : 49 euros dans la plupart des cas

✓ FPI : 110€

✓ Actes de biologie / echo / ECG /.....

Soit au total une prise en charge facturée par l'établissement 260 euros

Synthèse des différents cas de cumuls/non cumuls des prestations hospitalières non suivies d'hospitalisation

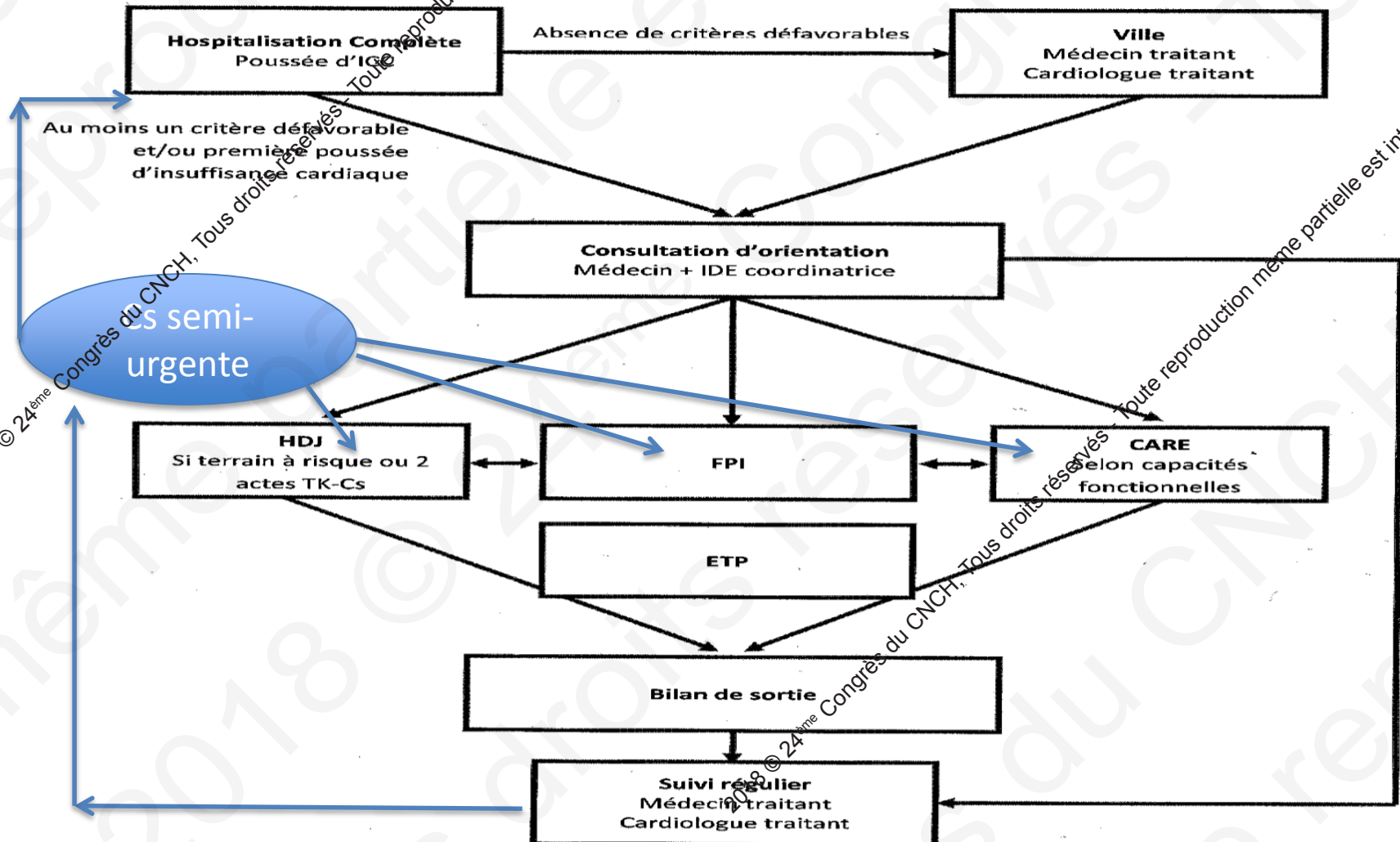
	ATU	FFM	SE	APE	AP2	PO	FPI	ACE (ex-DG)	Honoraires médicaux et paramédicaux (ex-OQN)
ATU		X	X	X	X	X	X	✓	✓
FFM	X		X	X	X	X	X	✓	✓
SE	X	X	✓ (minoration de 50% du 2nd SE)	X	X	X	✓	✓	✓
APE	X	X	X		X	X	✓	✓	✓
AP2	X	X	X	X		X	✓	✓	✓
PO	X	X	X	X	X		X	✓	✓
FPI	X	X	✓	✓	✓	X		✓	✓

Remarques :

- Il est possible de cumuler un GHT avec un forfait « SE » ou « FPI ».
- Aucune de ces prestations n'est cumulable avec un GHS, sauf cas exceptionnel où l'affection justifiant la facturation du forfait est sans aucun lien avec celle justifiant la facturation du GHS.
- Les dispositifs médicaux ou spécialités pharmaceutiques de la liste en sus administrés dans le cadre d'un forfait APE sont facturables en sus de ce forfait.

Définition du parcours patient ICC ambulatoire

3- Définition du parcours patient ICC ambulatoire



2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Organisation de choix de sortie

- **Critères défavorables**
 - Médicaux (hospit non programmée < 1 mois, hypervolémie persistante, malgré TT déplétif optimal: PTDVG, BNP, hypoNa+ persistante, hypoTA/FC élevée, comorbidités associées (âge > 75 ans, ins rénale, ins respi)
 - Sociaux (précarité, isolement, mauvaise observance)
 - Autonomie (syndrome gériatrique ou diminution modérée de l'autonomie)
- Modalités de sortie
 - Si pas de critères défavorable: Domicile avec Cs MT < 7 jours et CT < 1 mois; Réseau de soins; Télémédecine; HDJ/FPI; SSR cardio ambulatoire
 - Si 1 critère défavorable: Réseau de soins; Télémédecine; HDJ/FPI avec RDV < 7 jours (si hypervolémie ou hypoNa+)
 - Si ≥ 2 critères défavorable: SSR cardio en hospitalisation complète; SSR gériatrique/polyvalent; HAD

Pontoise: UTIC/CARE (cardiologie ambulatoire, réadaptation, éducation)

- HDJ/FPI: 5 places/jour (lundi et mercredi); consultation d'IC avec ETT: 6 places/jour (vendredi)
- ETP: groupes, 4 séances par mois
- Equipe multidisciplinaire: 2 cardiologues, 3 IDE (dont 2 ont DIU d'éducation thérapeutiques)
- Kinésithérapeute, 2 APA
- Diététicien
- Assistante sociale
- Locaux: 2 salles d'HDJ et 2 salles de réadaptation, salle de l'accueil
- Plateau technique: ETT, TE, VO2max, ECG, biologie
- Dossier patient informatisé (DxCare) et protocoles de traitement établies (Ferinject)
- Secrétariat

Forfait prestation intermédiaire

- Participation de l'IDE coordinatrice + IDE de soins ou de l'éducation + diététicienne et/ou kinésithérapeute
- Consultation +ETT avec bilan de bio en ville ou lors de passage
- Optimisation thérapeutique par palier successifs sur 6 mois
- Education thérapeutique
- Rédaction de synthèse médicale
- Check-list de suivi à 1 mois, 3 mois et 6 mois

FPI remplace HDJ?

- HDJ type 2 tous les 6-12 mois avec la réalisation des actes techniques

Ou

- HDJ type 3 pour les patients fragiles avec comorbidités et/ou nécessitants une surveillance particulière lors d'optimisation thérapeutique (TAS < 100 mmHg, FE VG < 30 %?)

Organisation

- Organisation en amont et en aval de visite de patient (cellule de programmation hebdomadaire), transmissions
- Dossier médicale informatisé et partagé (sur la base de DxCare)
- Documentation d'ETP et dossier informatisé d'ETP
- Formule sur mesure: adapté selon l'état de patient au moment de visite (accès à la biologie, radiographie pulmonaire etc)

Check-list

CHECK LISTE DE SUIVI D'INSUFFISANCE CARDIAQUE MORE-IC

Sexe F H Age

..... jours

Rupture de traitement
Ecart de régime hyposodé
SCA
Trouble du rythme
..... %

RS FA BBGC

Admission Sortie

Admission Sortie

MEDICAMENTS/PEC NON MEDICAMENTEUSE

IEC/ARAZ/ARNI	Oui, dose optimale	Oui, dose non optimale	
Beta-bloquants	Oui, dose optimale	Oui, dose non optimale	
Anti-aldosterone	Oui, dose optimale	Oui, dose non optimale	
Isabradine	Oui, dose optimale	Oui, dose non optimale	
Eligible pour CRT-D	Oui	Non	Non
Eligible pour DAI	Oui	Non	Non
Comorbidités (si applicable)			
Dénutrition	Oui	Non évalué	
Carence martiale	Oui	Non évalué	
Diabète	Oui	Non évalué	
BPCO	Oui	Non évalué	
Insuffisance rénale	Oui	Non évalué	
Adaptation à l'effort	Oui	Non	
Diététique (prescription de régime hyposodé < 6 g de NaCl/jour)	Oui	Programmé	
ETP	Oui	Programmé	

ORGANISATION DE SORTIE

PRADO oui non Cs MT/Cardiologue oui (date) non
HDJ oui non IDE IC oui non

Infection
Carence mar
Autre

CHECK LIST A 1 MOIS

Hospitalisation entre J0 et J30 oui non
IC en cause oui non
FE VG <35% >35 %
NT-pro-BNP/BNP
Créatinine

Traitement médical optimal	Oui	Sub-optimal (cause)	Non
CRT-D/DAI	Oui	Non applicable	Non
PEC de comorbidités	Oui	Non évalué	Non
Réadaptation faite	Oui	Non	Non
ETP faite	Oui	Non	Non

REEVALUATION D'ETP

Peut citer 3 signes d'IC	Acquis	En cours	Non
Auto surveillance (poids, œdèmes, respiration)	Acquis	En cours	Non
Peut citer son traitement	Acquis	En cours	Non
Connaissance de quantité de sel autorisée par jour	Acquis	En cours	Non
Peut citer 3 produits très salés	Acquis	En cours	Non
Peut reconnaître les signes de décompensation	Acquis	En cours	Non

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Check-list

CHECK LIST A 3 MOIS

Hospitalisation entre J0 et J30 oui non
 IC en cause oui non
 FE VG <33% >35 %
 NT-pro-BNP/BNP
 Créatinine
 Pic VO2 ml /min/kg
>

Traitement médical optimal	Oui	Sub-optimal (cause)	Non
CRT-D/DAI	Oui	Non applicable	Non
PEC de comorbidités	Oui	Non évalué	Non
Réadaptation faite	Oui	Non	Non
ETP faite	Oui	Non	Non

REEVALUATION D'ETP

Peut citer 3 signes d'IC	Acquis	En cours	Non
Auto surveillance (poids, œdèmes, respiration)	Acquis	En cours	Non
Peut citer son traitement	Acquis	En cours	Non
Connaissance de quantité de sel autorisée par jour	Acquis	En cours	Non
Peut citer 3 produits très salés	Acquis	En cours	Non
Peut reconnaître les signes de décompensation	Acquis	En cours	Non

CHECK LIST A 6 MOIS/CONCLUSION

EVOLUTION FAVORABLE (AMÉLIORATION PARAMETRES CLINIQUES, BIOLOGIQUES ET ECHOGRAPHIQUES, PAS DE NOUVELLES HOPITALISATION, TT MED OPTIMISE Y COMPRIS LA PEC D'E COMORBITES, ETP ET READAPTATION)	STABLE (PARAMETRES CLINIQUES, BIOLOGIQUES ET ECHOGRAPHIQUES SANS AMELIORATION, MAIS PAS DE NOUVELLE HOPITALISATION ET TT OPTIMISE)	INSTABLE (DEGRADATION DES PARAMETRES BIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ECHOGRAPHIQUES, HOSPITALISATION POUR DECOMPENSATION, TT NON OPTIMISE POUR LES RAISONS DIFFERENTES)
Devenir de patient : Suivi en ville (CT) Suivi en HDJ Autres (Pitié-Salpêtrière)	Correspondants médicaux :	

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Fiche codage

Etiquette patient

Nom du médecin :

Date du jour :

<input type="checkbox"/> UF 5049 Formation AVK <input type="checkbox"/> ZZR+227	<input type="checkbox"/> UF 8032 Bilan d'entrée coro <input type="checkbox"/> DZQM006+ DEQP003+DKRP004	<input type="checkbox"/> UF 3309 Cs+ETT <input type="checkbox"/> DEQP003+DEZQM006+CS
Formation IC <input type="checkbox"/> ZZR+227	Bilan d'entrée IC <input type="checkbox"/> DZQM006+ DEQP003+EQRP002(Vo2)	Epreuve d'effort <input type="checkbox"/> DKRP004
HDJ (Hospi) <input type="checkbox"/> DEQP003 (ECG) <input type="checkbox"/> EQQP003 (PM) <input type="checkbox"/> DZQM006 (ETT)	Bilan de sortie coro <input type="checkbox"/> DZQM006+ DEQP003+DKRP004	VO2 max <input type="checkbox"/> EQRP002
FPI (Ext) <input type="checkbox"/> CSC VO2 max <input type="checkbox"/> EQRP002 FERINJET <input type="checkbox"/> AP2	Bilan de sortie IC <input type="checkbox"/> DZQM006+ DEQP003+EQRP002(Vo2)	
Périmètre de marche <input type="checkbox"/> EQQP003	Formation individuelle d'éducation thérapeutique <input type="checkbox"/> Acte CSARR - ZZR+227	
ETT <input type="checkbox"/> DZQM006	Epreuve d'effort <input type="checkbox"/> DKRP004	
	VO2 max <input type="checkbox"/> EQRP002	
	Test d'effort réadaptation / Protocole vélo /effort vélo <input type="checkbox"/> DKRP004	

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

Médecine ambulatoire à l'hôpital: une gradation tarifaire assise sur l'intensité des moyens dédiés

Actes
externes

CS

- Un professionnel médical, éventuellement assisté d'une IDE ou AS
- Une durée « standard » de 20 à 40mn

Environnement
hospitalier

Forfait prestation
intermédiaire

- Une consultation médicale (au moins un professionnel médical)
- Caractère pluriprofessionnel : recours à au moins 2 personnes paramédicales et/ou socio-éducatifs
- Une prise en charge coordonnée et une synthèse médicale formalisée

Hospitalisation

HDJ

- Une consultation médicale (au moins un professionnel médical)
- Caractère pluriprofessionnel : recours à au moins 2 personnels paramédicaux et/ou socio-éducatifs
- La réalisation d'actes techniques
- Une prise en charge coordonnée et une synthèse médicale formalisée

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Conclusion

- L'UTIC c'est un concept composée de l'unité d'hospitalisation et/ou unité ambulatoire et/ou programme spécifiques centrés sur l'ICC permet très nettement améliorer la qualité de soins et leur efficacité en phase aiguë de décompensation et pour le suivi en ambulatoire
- Une « dream team » composée de cardiologues, IDE, diététiciens et kinésithérapeutes
- But: optimiser le traitement selon les recommandations et optimiser le suivi
- Promouvoir la réhabilitation et éducation de patient
- Utilisation de télémedecine avec suivi non-invasif et invasif ouvre une nouvelle page dans une prise en charge d'IC (article 36)

Conclusion

- PEC ambulatoire: plusieurs possibilités (Cs/FPI/HDJ)
- Prendre en compte le fonctionnement actuel de service: HDJ, ETP, Cs semi-urgentes, personnel formé et disponible (formation ETP 40 heures minimum) plateaux techniques existantes
- Filière active de patients
 - Switch possible CS simple=> FPI (Pas besoin des locaux spécifiques)
- Création d'HDJ IC isolé est difficile (pensez plutôt HDJ médecine polyvalent, HDJ type 2)
- Définir le projet du parcours patient IC (qui fait quoi et comment, durée de prise en charge)