

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier »

NOR : SSAH1936424A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4011-1 et suivants ;

Vu la loi du n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, notamment son article 66 ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé n° 2019.0060/AC/SA3P du 20 novembre 2019,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – En application du deuxième alinéa du A du III de l'article 66 de la loi du n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le protocole de coopération « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier » annexé au présent arrêté, est autorisé sur le territoire national dans les conditions prévues à la section 1 du chapitre unique du titre Ier du livre préliminaire du code de la santé publique.

Art. 2. – A titre transitoire et jusqu'à la mise en service d'une application en ligne dédiée, la structure d'emploi ou d'exercice est tenue de déclarer auprès de l'Agence régionale de santé les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer le protocole de coopération par envoi numérisé de l'ensemble des pièces justificatives suivantes :

- a) Nom et coordonnées d'exercice du référent de l'équipe déclarante ;
- b) Accord de l'employeur ;
- c) Copie d'une pièce d'identité de chaque membre de l'équipe ;
- d) Numéro d'enregistrement au tableau ordinal ou fichier professionnel spécifique de chaque membre de l'équipe ;
- e) Attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences nécessaires à la mise en œuvre du protocole de coopération entre professionnels de santé de chaque membre de l'équipe.

Art. 3. – La directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale sont chargées de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 décembre 2019.

*La ministre des solidarités
et de la santé,*
Pour la ministre et par délégation :
*La cheffe de service,
adjointe à la directrice générale
de l'offre de soins,*
S. DECOOPMAN

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*
Pour le ministre et par délégation :
*Le chef de service,
adjoint à la directrice de la sécurité sociale,*
L. GALLET

ANNEXES

ANNEXE I



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE
Région Ile-de-France

LE MODELE TYPE DE PROTOCOLE DE COOPERATION COMPREND TROIS PARTIES :

- FICHE PROJET
- DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT
- MODELE ECONOMIQUE

TELESURVEILLANCE, CONSULTATION DE TITRATION ET CONSULTATION NON PROGRAMMEE AVEC OU SANS
TELEMEDECINE, DES PATIENTS TRAITES POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE, PAR UN(E) INFIRMIER(ERE).

Equipe promotrice : Pr Thibaud DAMY, Dr Diane BODEZ, Mme Armelle DUCHENNE, Mme Sandrine DIAS, M Michel FRELAT,
Hôpital universitaire Henri MONDOR, Cellule de Coordination de l’Insuffisance Cardiaque et des Cardiomyopathies du
service de Cardiologie
Date de dépôt : 12/10/2018
Version post-collège : 20/11/2019

Priorités nationales d'activités de coopération entre professionnels de santé Si le protocole relève de ces priorités, cochez la (les) cases correspondant à votre choix : (Arrêté du 30 janvier 2018 fixant les priorités nationales en matière de protocoles de coopération)	☒ Prévention et suivi des pathologies cardio-neuro-vasculaires et du diabète ☐ Prévention et suivi des pathologies respiratoires ☐ Prévention et suivi des cancers ☐ Prévention de l'hospitalisation et maintien à domicile des patients âgés ☐ Prévention et suivi des pathologies ophtalmologiques ☐ Prévention et suivi des pathologies gynécologiques et obstétricales ☐ Prévention et suivi des pathologies bucco-dentaires ☐ Prévention des pathologies et suivi du développement des enfants ☐ Prévention et suivi des pathologies en santé mentale
---	--



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

ITEMS	ELEMENTS DE REPONSE
Intitulé du Protocole de coopération (PC)	Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère).
Quel est le thème de la coopération entre professionnels de santé ?	
Profession du délégué	Médecin cardiologue
Quelle est la profession, et le cas échéant la spécialité, du délégué inscrite à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ?	
Profession du délégué	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
Quelle est la profession du ou des délégué(s) inscrite à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ?	
Objectifs	Le protocole vise à permettre une prise en charge précoce et un suivi rapproché de l'insuffisance cardiaque (IC), pour optimiser rapidement le traitement médical qui stabilise la maladie, freine son évolution et diminue la morbi-mortalité (décompensations cardiaques, hospitalisations, décès). Pour les parties prenantes, les objectifs sont les suivants : Pour les patients : - Optimiser les thérapeutiques avec un objectif de titration tous les 15 jours conformément aux recommandations de la HAS



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE
« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

patients, objectifs de santé publique...) - réorganisation de la prise en charge ? - optimisation de la dépense de santé ? - quelles sont les informations concernant la prise en charge, au niveau local ?, régional ?, national ? international ?	- Faciliter la prise en charge ambulatoire en permettant une surveillance à distance et en simplifiant le parcours de soins avec un contact direct auprès de professionnels dédiés lors des décompensations cardiaques, afin d'éviter les passages dans les services d'urgence, diminuer les hospitalisations et améliorer la qualité de vie - Faciliter la coordination des actions en cas d'alerte pour assurer une prise en charge en milieu adéquat. - Proposer une offre de soins complémentaire, qui vient s'ajouter de façon coordonnée à la prise en charge par le cardiologue et le médecin généraliste traitants Pour les délégués : - Respecter les recommandations HAS et européennes concernant le délai entre deux consultations de titration, - Assurer un parcours de soins coordonné où chaque acteur intervient au bon moment de la prise en charge (délégitant, cardiologue traitant, médecin généraliste traitant), redistribuer du temps médical aux cas complexes, - S'inscrire dans la stratégie nationale de santé visant à améliorer les parcours de soins des pathologies chroniques par le développement de nouveaux métiers et l'innovation technologique numérique, - Accroître la satisfaction au travail par une amélioration de la qualité de la pratique. Pour les délégués : - Développer de nouvelles compétences, - Diversifier leurs activités en réalisant des actes médicaux de façon autonome et sécurisée, - Améliorer l'attractivité du métier et valoriser l'expertise infirmière en contribuant directement à la mise en œuvre de mesures de santé publique,
--	--

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »

Région Ile-de-France

	- Participer à la réorganisation du système de santé orienté sur la médecine ambulatoire. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques dans le cadre du protocole de coopération sont définis par le médecin délégué. Les actes dérogatoires concernent (annexe 1) : - la réalisation de consultations de suivi de l'IC, pour la titration des médicaments de l'insuffisance cardiaque systolique en présentiel ou pour décompensation cardiaque, en présentiel ou en téléconsultation, - la télésurveillance, - l'orientation des patients. Les étapes de la prise en charge prévues par le protocole sont : 1. Repérer le patient pouvant être inclus dans le protocole à partir de l'anamnèse et des données du dossier médical lorsque l'IC est diagnostiquée ou après orientation par un médecin cardiologue (annexe 2) 2. Informer et recueillir le consentement du patient au protocole de coopération, 3. Contribuer au suivi des patients insuffisants cardiaques et définir la conduite à tenir en fonction des résultats : Consultation en présentiel : examen clinique à la recherche de signes d'IC : poser l'indication, le réaliser, l'interpréter, prescrire, réaliser et interpréter un ECG selon l'arbre décisionnel 1,
Actes dérogatoires Quelles sont les décisions prises par le délégué, sans participation du déléguant ? 1. Pour un examen clinique, s'agit-il par exemple de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de définir la conduite à tenir en fonction des résultats... ? 2. Pour une consultation de suivi, s'agit-il, par exemple, d'en décider l'opportunité, de détecter et d'interpréter des signes cliniques, de décider des orientations du patient, de poser l'indication d'un examen à réaliser, de réaliser une prescription, d'adapter un traitement ou de le renouveler ?	



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE
« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

	▪ prescrire et analyser les bilans biologiques en lien avec l'IC (NFS, ionogramme sanguin, créatinémie, urémie, peptides natriurétiques, troponine, CRP, bilan martial, INR, bilan hépatique) (annexe 3) ▪ optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque selon les arbres décisionnels 2, 3 et 4 : ○ adapter, par une prescription, les posologies des médicaments en lien avec l'IC, ○ arrêter la prescription de médicaments anti-hypertenseurs (inhibiteur calcique, alphabloquant, anti-hypertenseur central) au profit d'une prescription de traitements de l'IC, avec l'accord du délégant. ▪ orienter le patient selon des critères définis vers le médecin délégant ou le généraliste
--	---

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »

Région Ile-de-France

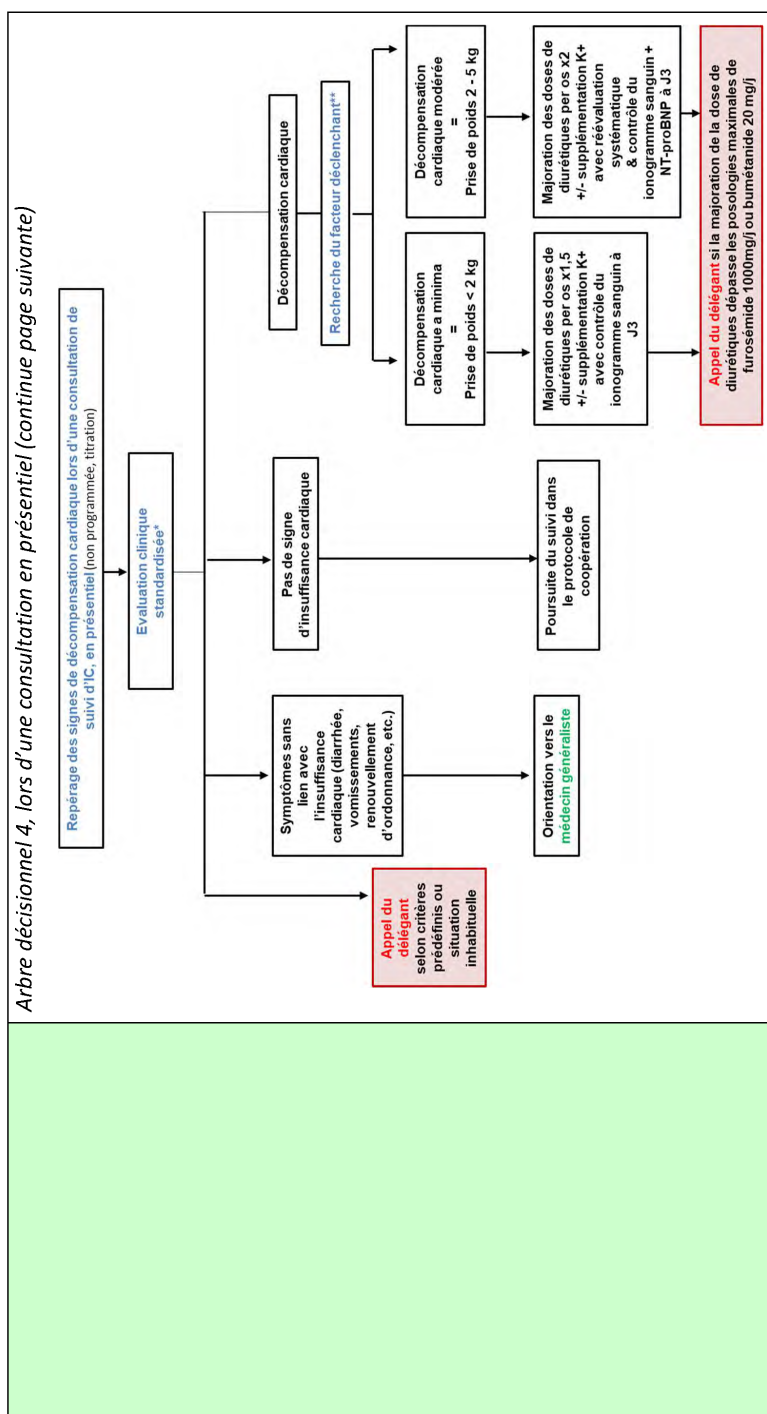
Arbre décisionnel 3, pour l'adaptation des posologies des médicaments de l'insuffisance cardiaque à FEVG altérée*	
Etape 1 Béta-bloquants : Bisoprolol (Bisocor®) : 1,25 → 2,5 → 3,75 → 5 → 7,5 → 10 mg/j Nebivolol (Tener®) : 1,25 → 2,5 → 3,75 → 5 → 7,5 → 10 mg/j Carvedilol (Kredex®) : 3,125 → 6,25 → 9,375 → 12,5 → 18,75 → 25 mg x2/j (50mgx2/j si > 85kg) Métoprolol (Selozok® Seloken®) : (11,875) → 23,75 → 47,5 → 95 → 190 mg/j A vérifier avant initiation (avis délégué) : euvoémie, hémodynamique stable, choc cardio > 4 sem, FC > 55/min, PAS > 90 mmHg, pas de BAV2 ou BAV3, pas d'artéropathie périphérique sévère A vérifier avant majoration : idem + HypoTA orthostatique IEC : Captopril (Lopril®) : 6,25 → 12,5 → 25 → 50 mg x3/j Enalapril (Renitec®) : 2,5 → 5 → 10 → 20 mg x2/j Ramipril (Tristat®) : 1,25 → 2,5 → 3,75 → 5 → 7,5 → 10 mg/j Périndopril (Coversyl®) : 1,25 → 2,5 → 3,75 → 5 → 7,5 → 10 mg/j Lisinopril (Zestril®) : 2,5 → 5 → 10 → 20 (→ 35) mg/j Trandolapril (Odik®) : 0,5 → 1 → 2 → 4 mg/j Valsartan (Tareg® Nisise®) : 40 → 80 → 160 mg x2/j Losartan (Cozaar®) : 50 → 100 → 150 mg/j Où ARA2 : Candésartan (Atacand®) : 4 → 8 → 16 → 32 mg/j Initiation (avis délégué) : PAS > 90mmHg, Créat < 220 µmol/l ou DFG > 30 ml/min/m², K < 5 mmol/l, sténose artères rénales A vérifier avant majoration : Hypo TA symptomatique, Créatinine stable (↑ <50% et < 266 µmol/l), K < 5,5 mmol/l, Toux	Majoration toutes les 2 semaines min Tolérance
Etape 1 Anti-aldostérone (FEVG ≤ 35%, NYHA III-IV) : Spironolactone (Aldactone®) : (12,5 →) 25 → 50 mg/j Eplérénone (Inspra®) : (12,5 →) 25 → 50 mg/j Initiation (avis délégué) : PAS > 90mmHg, Créat < 220 µmol/l ou DFG > 30 ml/min/m², K < 5 mmol/l Si traitement par anti-fongique ou anti-rétroviral : préférer spironolactone A vérifier avant majoration : PAS > 100mmHg, Créatinine stable et < 200 µmol/l, K < 5 mmol/l	Majoration toutes les 2 semaines min IEC + ARA2 FC + Entresto ARA2 + Entresto Anti-ald + amiloride
Etape 2 Inhibiteur de néprilysine (FEVG < 40%, NYHA stade II-IV, traitement max dont IEC) : Sacubitril-valsartan (Entresto®) : (24/26) → 49/51 → 97/103 mg x2/j Avant initiation (avis délégué) : Déjà sous IEC/ARA2 A vérifier avant majoration : Idem + Arrêt des IEC 36h (wash-out), PAS > 100mmHg, K < 5,4 mmol/l, DFG > 30ml/min/1,73m²	Majoration toutes les 4 à 8 semaines
Etape 3 Inhibiteur du canal If (ralentisseur, FEVG ≤ 35% & FC > 70/min) : Ivabradine (Procoralan®) : (2,5 si > 75 ans) → 5 → 7,5mg x2/j Si FC > 70/min sous bêta-bloquants dose max ou avant introduction des bêta-bloquants (choc cardiogénique) Avant initiation (avis délégué) : FC > 70 /min, RS, DFG > 15 ml/min/1,73m², pas d'interaction médicamenteuse A vérifier avant majoration : Idem. A arrêter pour introduction / majoration des bêta-bloquants si possible, ou apparition de fibrillation auriculaire	Majoration toutes les 2 semaines min

*définition selon recommandations en vigueur

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »

Région Ile-de-France





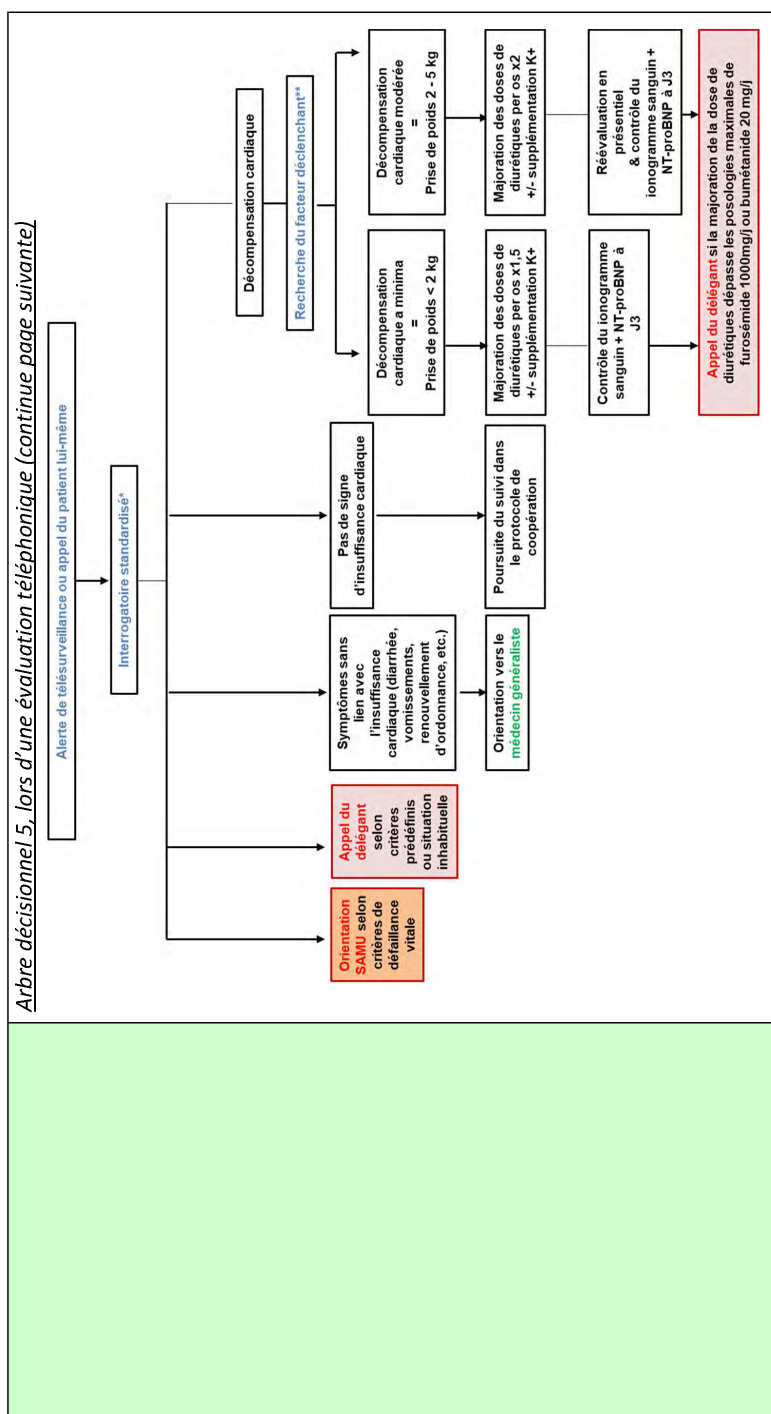
COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

	Télésurveillance : ▪ mise en place d'une télésurveillance : poser l'indication, prescrire, recueillir le consentement, ▪ former le patient au matériel de télésurveillance (non dérogatoire), ▪ réaliser un accompagnement thérapeutique, conformément à la réglementation en vigueur (non dérogatoire), ▪ lire et interpréter les données de suivi et les alertes transmises par le portail de télésurveillance, ▪ réaliser une évaluation téléphonique et décider la conduite à tenir selon l'arbre décisionnel 5 ▪ orienter le patient selon des critères définis : ○ vers le SAMU en cas de critère de défaillance vitale, ○ appel du délégant pour avis ou hospitalisation du patient, ○ retour à domicile avec ou sans consultation par le délégant, le cardiologue traitant ou le médecin généraliste traitant, ○ orienter vers d'autres professionnels de santé paramédicaux. 4. Prescrire la vaccination antigrippale et anti-pneumococcique, recommandée pour tous les patients IC et la réaliser le cas échéant, 5. Prescrire le transport et le matériel médical nécessaire au maintien à domicile (lit médicalisé, matelas anti-escarre, déambulateur, etc.). 6. Rédiger un compte rendu comprenant les conclusions cliniques et/ou la réalisation éventuelle des vaccins (annexe 4), et assurer sa transmission au cardiologue traitant et au médecin généraliste traitant pour assurer la continuité de la prise en charge, de façon systématique, à chaque épisode aigu et à chaque changement de traitement.
--	---

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémédecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France





COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »

Région Ile-de-France

Arbre décisionnel 5, lors d'une évaluation téléphonique (suite)		
Questions à poser pour évaluation d'insuffisance cardiaque : (en gras les questions systématiques) Essoufflement / Dyspnée : - Êtes-vous plus essoufflé que d'habitude ? Au moindre effort ? Au repos ? - Êtes-vous essoufflé la nuit ? Avez-vous rajouté un ou des oreillers pour dormir ? - Constatez-vous une coloration bleutée des lèvres et/ou doigts ? Prise de poids / Œdèmes : (cf. poids télétransmis) - Avez-vous les pieds / chevilles / jambes plus gonflées que d'habitude ? - Lorsque vous appuyez sur l'œdème, la trace de votre doigt persiste-t-elle ? Fatigue : - Vous sentez-vous plus fatigué ou plus faible que d'habitude ? - Avez-vous plus de difficultés à réaliser vos activités habituelles ? - Constatez-vous des maux de tête (lignes violettes sur les genoux) ? Fièvre : - Avez-vous eu de la fièvre ? Avez-vous pris votre température ? Palpitations : - Avez-vous ressenti des palpitations (le cœur qui bat vite et de façon irrégulière) ? Toux : - Toussiez-vous plus que d'habitude ? - Crachez-vous ? De quelle couleur sont les expectorations ? Douleur thoracique : - Avez-vous eu une douleur dans la poitrine ?		
Orientation SAMU si ↓	Appel délégué si ↓	
Déresse respiratoire Polypnée (FR > 20/min) Cyanose	Dyspnée stade III-IV Sifflements respiratoires Prise de poids > 5kg Œdèmes > chevilles	
Troubles de conscience Maux de tête	Impotence fonctionnelle totale	
Fièvre avec confusion FC > 120 /min	Fièvre	
Hémoptysse	Palpitations de novo, FC > 100 /min	
Douleur d'angor typique	Crachats sales Douleur inhabituelle ou intense	
Questions à poser pour la recherche du facteur déclenchant : Ces derniers jours... Avez-vous respecté le régime hyposodé ? Avez-vous oublié de prendre certains médicaments ? Si oui le(s)quel(s) ? Y a-t-il eu des modifications de votre ordonnance ? En cas de modification dans le cadre de la titration En cas de modification hors titration Avez-vous eu une infection ? O.R.L., cutanée, pulmonaire, urinaire, etc. Avez-vous ressenti une arythmie cardiaque ? En cas de diabète : vos glycémies sont-elles équilibrées ? En cas d'HTA : votre tension est-elle équilibrée ?		
Actions spécifiques Accompagnement thérapeutique Accompagnement thérapeutique Information délégué Orientation médecin prescripteur Orientation médecin généraliste Orientation cardiologue si de novo ou récidive Orientation médecin généraliste Orientation médecin généraliste / cardiologue		



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »

Région Ile-de-France

	Les actes dérogatoires ne concernent pas : - La réalisation du bilan étiologique de l'IC - Les décisions de stratégie de prise en charge thérapeutique (traitement médical hors recommandations, dispositifs rythmologiques, greffe cardiaque, assistance circulatoire) - Le traitement des comorbidités ou évènement intercurrents autres que la décompensation cardiaque, qui relève des correspondants médicaux habituels (médecin généraliste et/ou autres spécialistes). Par conséquent, le suivi dans le cadre du protocole de coopération ne doit pas modifier le rythme de suivi par le cardiologue traitant (au minimum bi-annuel) qui reste responsable de la prise en charge cardiologique globale du patient. Le protocole sera mis en œuvre dans un établissement de santé ou dans une structure de soins de ville (cabinet médical ou maison médicale) où les locaux permettent : - l'accueil des patients en consultation, garantissant la confidentialité, - l'activité de télé médecine : téléconsultation, télésurveillance (dont gestion des alertes), accueil téléphonique, - la mise à disposition du matériel permettant d'assurer une consultation d'IC : stéthoscope, tensiomètre, saturemètre, pèse-personne et réalisation d'ECG. Il est préconisé un nombre minimal de 2 délégués et de 2 délégués pour assurer la continuité de la mise en œuvre du protocole de coopération.
Lieu de mise en œuvre Dans quel type de lieu le protocole a-t-il vocation à être mis en œuvre ? Quelles sont les caractéristiques de ce lieu qui conditionnent éventuellement sa mise en œuvre ? Quelles sont les caractéristiques de l'équipe ? (nombre minimal, nombre d'actes minimal, type d'organisation)	



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

ITEMS	ELEMENTS DE REPONSE
Références utilisées Quelles sont les références utilisées pour respecter les bonnes pratiques professionnelles adaptées à la prise en charge ? Il s'agit des : - Textes réglementaires - Textes de références opérationnelles (recommandations de bonne pratique,...) - Références bibliographiques	Le protocole sera révisé en fonction de l'actualisation des recommandations et des autres références utilisées Textes réglementaires Programme ETAPES (Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration du Parcours En Santé) : - Art 36 de la LFSS n° 2013-1203 pour 2014, modifié par l'art 91 de la LFSS 2016-1827 pour 2017 - Arrêté du 6 décembre 2016 définissant le cahier des charges relatif à la télésurveillance pour l'insuffisance cardiaque Textes de références opérationnelles : - Recommandations de la Société Européenne de Cardiologie concernant la prise en charge de l'IC (<i>European guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure</i>. Ponikowski et al. Eur J Heart Fail. 2016 Aug;18(8):891-975) - Parcours de soins Insuffisance Cardiaque de l'HAS (2014) - Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018, Ministère des solidarités et de la santé, janvier 2018, (http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf) - Recommandations du National Institute for health and care excellence : Chronic heart failure in adults: diagnosis and management (2018)
Type de patients concernés Quelle sont les caractéristiques des patients concernés par le protocole? (typologie, nombre...) Quels sont les critères d'inclusion et d'exclusion ?	Les patients repérés comme pouvant bénéficier des programmes de titration et/ou de télésurveillance proposés sont sélectionnés selon des critères d'inclusion spécifiques. Critères d'inclusion, les patients : - majeurs avec insuffisance cardiaque diagnostiquée, ayant donné leur consentement à ce mode de prise en charge, après avoir été informés du protocole, - pour la titration, dont le traitement médical peut être intensifié (doses non maximales des traitements de l'insuffisance cardiaque) selon les recommandations actualisées de la Société



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE
« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

Qui décide de l'inclusion ? A quel moment ?	Européenne de Cardiologie concernant la prise en charge de l'IC (IC à FEVG altérée à la date de rédaction du protocole de coopération) - pour le programme de télésurveillance, répondant aux critères d'inclusion définis par les textes réglementaires en vigueur (programme ETAPES à la date de rédaction du protocole de coopération) : • Hospitalisation au cours des 30 derniers jours pour une poussée d'insuffisance cardiaque chronique • Ou Hospitalisation au moins une fois au cours des 12 derniers mois pour une poussée d'insuffisance cardiaque chronique Et actuellement en classe NYHA 2 ou plus avec un taux de peptides natriurétiques élevé (BNP > 100 pg/ml ou NT pro BNP > 1000 pg/ml) - sans comorbidité ou avec comorbidité(s) stabilisée(s) ; sur avis du déléguant en cas de comorbidité(s) non stabilisée(s). Critères de non-inclusion : - patients mineurs, - femmes enceintes, - patients refusant d'être pris en charge dans le cadre de ce protocole, - patients sans correspondant médical identifié, - dans le cadre de la titration, patients présentant une IC à FEVG préservée (selon les recommandations en vigueur), - dans le cadre de la télésurveillance, patients présentant les critères de non-inclusion définis par les textes réglementaires en vigueur (programme ETAPES à la date de rédaction du protocole de coopération) : impossibilité d'utiliser le dispositif physique ou psychique, dialyse ou insuffisance hépatique sévère, espérance de vie inférieure à 12 mois en dehors de l'ICC, compliance habituelle faible ou refus de l'accompagnement thérapeutique, absence de lieu de séjour fixe.
---	---



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE
« Télésurveillance, consultation et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

Information des patients Qui informe le patient en premier lieu de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération ? A quel moment de la prise en charge ? Comment est donnée l'information au patient ? Une information écrite est-elle laissée au patient ? (si oui, joindre un modèle de cette information écrite) Quelles sont les solutions alternatives, proposées au patient, en cas de refus à la nouvelle prise en charge proposée ? Qui recueille le consentement du patient? Comment est-il tracé ?	Le délégué réalise le recueil de données permettant de valider les critères d'éligibilité du patient. Si les critères sont réunis, il propose au patient d'être pris en charge dans le cadre du protocole de coopération. Le patient reçoit une information détaillée orale par le délégué, complétée d'un document écrit (annexe 5 a). Il est informé que le protocole s'article avec le suivi par son cardiologue traitant et son médecin généraliste traitant qui seront avisés de la prise en charge dans le cadre du protocole (annexe 5 b). En cas d'accord, le consentement est recueilli et archivé par le délégué dans le dossier patient conformément à l'article L1111-4 du code de la santé publique. Le patient est informé qu'il peut avoir accès au protocole, ce dernier lui est remis à sa demande, et qu'il peut à tout moment se retirer du protocole s'il le souhaite. En cas de refus, le délégué prévient le délégant et informe le patient qu'il bénéficiera d'une prise en charge médicale.
--	---



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

Formation des professionnels délégués - Quelles sont les <u>compétences nécessaires</u> pour réaliser l'acte/activité - Quelles sont les <u>nouvelles compétences</u> à acquérir pour réaliser l'acte(s) ou l'activité(s) dérogatoire(s) ? - Quels sont les <u>objectifs pédagogiques</u> au regard des compétences à acquérir et des risques à éviter ? - Quel est le programme et les modalités de <u>formation théorique</u> - o Qui valide le contenu de la formation ? - o Quel volume horaire et type de formation (niveau minimal exigible) ? - o Comment sont validées les compétences acquises par le	Connaissances à acquérir au cours de la formation : - Savoir identifier les critères d'inclusion, de non-inclusion des patients, - Décider de l'opportunité, et du nombre de consultations de titration ou de la télésurveillance, - Être capable de réaliser une consultation, suivant un raisonnement clinique comprenant : anamnèse, évaluation clinique à la recherche de signes d'IC, examens para cliniques, avec actualisation du dossier médical, - Connaître et être capable de prescrire et d'interpréter les examens biologiques nécessaires à la prise en charge et au suivi de ces patients, - Connaître les différentes thérapeutiques médicamenteuses spécifiques au traitement de l'IC, - Être capable de prescrire et d'adapter les posologies des médicaments en lien avec l'IC au regard de l'évaluation clinique et para clinique à partir d'un arbre décisionnel, - Être capable de réaliser la télésurveillance et orienter les patients selon la situation. Pré requis : - Diplôme d'État Infirmier, - Expérience professionnelle d'au moins 3 ans, dont 1 an en cardiologie - Titulaire d'un diplôme universitaire type « insuffisance cardiaque » ou « cardiomyopathie » ou équivalent sur le contenu et le volume horaire, - Attestation de formation de 40h à l'éducation thérapeutique - Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence niveau 2 validée (AFGSU). Formation totale : 100 heures (théorique et pratique) A. Formation théorique : 50 heures (annexe 6) - Physiologie cardio-vasculaire,
--	--

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »

Région Ile-de-France

délégué à l'issue de la formation ? - Quelles sont les modalités de la <u>formation pratique</u> ? (en une séquence, formation graduée...et dans ce cas, quels sont les modalités de passage d'une séquence à une autre ?) Qui valide la formation et comment ? - Quels sont les <u>pré-requis</u>, notamment en termes d'expérience professionnelle ou de diplômes ? - Formation continue : Quelles sont les modalités prévues au maintien des compétences acquises ? (fréquence, outil, ...)	- Physiopathologie de l'insuffisance cardiaque et des cardiomyopathies, étiologies, - Signes d'insuffisance cardiaque et troubles du rythme, - Traitements médicamenteux et non médicamenteux de l'insuffisance cardiaque, - Réalisation et interprétation d'un ECG, - Synthèse du dossier patient en insuffisance cardiaque - Parcours de soins, coordination de la prise en charge pluri professionnelle de l'insuffisance cardiaque, positionnement de l'infirmier(ère) délégué(e), - Consultations d'annonce médicale et consultations infirmière de suivi, - Télésurveillance et téléconsultation, - Aspects psychologiques de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. B. Formation pratique : 100 consultations (50 heures) - 20 consultations réalisées en observation, - 50 consultations en binôme cardiologue-infirmier, - 30 consultations en supervision par le déléguant. C. Validation de la formation L'enseignement théorique est évalué à l'aide d'un questionnaire validé par la personne ayant assuré la formation. L'enseignement pratique est évalué par un carnet de stage traçant les 100 consultations et par une analyse des décisions prises par l'infirmier(ère) durant la phase de supervision (annexe 7). Toutes les connaissances théoriques et pratiques doivent être acquises pour appliquer le protocole (annexe 8). Une attestation de formation du délégué sur l'ensemble des connaissances (théorique et pratique) est établie par le déléguant (annexe 9).
--	--



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

	Maintien des compétences : Une activité minimum de 80 consultations et dans le cadre d'une télésurveillance un suivi de 20 patients par an par délégué est nécessaire au maintien des compétences. Formation continue : Une session de formation au moins tous les 2 ans : - Interne : au regard de l'actualisation des recommandations du traitement de l'insuffisance cardiaque, la formation continue ou les cardiologues délégués réaliseront un ajustement des connaissances, - Externe : participation à des congrès, séminaires, journées professionnelles sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.
Intervention du délégué - Comment le délégué s'assure-t-il de la bonne réalisation par le délégué de l'acte ou de l'activité dérogatoire ? - Critères d'alerte au délégué : Sur quels critères le délégué fait-il appel au délégué (ou à un médecin non délégué, en cas d'urgence) ? (lister les critères d'alerte et préciser les modalités d'alerte)	Le délégué intervient par : Une astreinte - Le délégué est joignable à tout moment et peut répondre aux questions du délégué. - En cas d'absence : - o du délégué : un cardiologue assure l'activité décrite au protocole, et entre autres la gestion des alertes pour les patients télésurveillés. - o du délégué : le protocole de coopération est suspendu et l'activité est réalisée selon les modalités habituelles. Une supervision Le délégué et le délégué se rencontrent à intervalles réguliers (1 fois par mois minimum) pour : - un point des nouveaux patients inclus (critères d'éligibilité, informations et consentements),



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

- Quelles sont, en fonction de ces critères, les <u>modalités d'intervention</u> du délégué - <u>gestion des urgences</u> : Quelles sont les modalités prévues en cas d'urgence : intervention du délégué ou d'un autre médecin en cas d'urgence, protocole - Quelles sont les modalités prévues pour s'assurer du maintien des compétences du délégué / dérogation ? - activité minimum - formation continue, ...	- un point des fins, sorties, ou suspensions de protocole, - une révision d'au minimum 10% des dossiers, - une réponse aux questions non urgentes que se pose le délégué. Une validation Les actions menées par le délégué ainsi que leur pertinence sont vérifiées par le délégué lors de la revue des dossiers médicaux effectuée lors des réunions mensuelles ayant lieu en présence du délégué et du déléguant (avec l'objectif de repérer les activités incomplètes ou inadaptées). Les corrections apportées sont reportées dans le compte-rendu de consultation. Le taux de reprise de dossiers par le déléguant pour corriger une activité incomplète ou inadaptée du délégué fait partie des indicateurs de suivi. Le patient est revu par le déléguant ou le cardiologue traitant à périodicité définie selon la prise en charge proposée : - en télésurveillance : tous les 6 mois lors de son renouvellement - en consultation de titration : à l'issue du programme de titration. Critères d'alerte du déléguant par le délégué Le délégué alerte systématiquement le déléguant des situations à risque selon annexe 10 et la conduite à tenir ci-dessous :
--	--



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »

Région Ile-de-France

	Conduite à tenir en cas d'écart aux normes cliniques ou biologiques <table><tr><td> Hyperkaliémie ($\geq 4,5$ mmol/L) : IEC, ARA2, Sacubitril-valsartan, Anti-aldostérone : Dans tous les cas : Vérifier la fonction rénale & Arrêt de toute supplémentation potassique $> 5,5$ mmol/L ; Arrêt des AINS (vérifier prise cachée) ; Avis délégué (arrêt ou diminution de posologie) et Contrôle à 24-48h 4,5-5,5 mmol/L : • Si stable sur 2 prises de sang successives : surveiller • Si majoration $> 0,5$ mmol/L depuis le bilan précédent : ne pas poursuivre la titration • Contrôle à 1 semaine </td><td> Hypokaliémie ($< 3,5$ mmol/L) : Diurétique de l'anse Si possible : Augmenter IEC/ARA2, Entresto ou Anti- aldo Si non, supplémentation en K : Diffu-K de 1 à 3x3 g/j par jour ; si insuffisant : Avis délégué Hyponatremie (< 135 mmol/L) : Avis délégué </td></tr><tr><td> Insuffisance rénale : IEC, ARA2, Sacubitril-valsartan, Anti-aldostérone Augmentation de Créatinine $> 50\%$ et DFG < 25 ml/min/1,73m² ; acceptable, ionogramme 1 semaine après chaque majoration Augmentation de Créatinine $> 50\%$ et DFG < 25 ml/min/1,73m² : - Arrêt des AINS (vérifier prise cachée) - Si pas de signe congestif : Diminuer la dose de diurétiques de molette, ionogramme à 1 semaine - Si persistance de l'augmentation de créatinine : diminuer les IEC de moitié, ionogramme à 1 semaine - Augmentation de la Créatinine $> 100\%$ ou DFG < 20 ml/min/1,73m² ; - Arrêt des IEC et Avis délégué </td><td></td></tr><tr><td> Bradycardie (FC < 50/min) : Bêta-bloquants et Ivabradine Vérifier les interactions médicamenteuses Verapamil, Diltiazem, Digoxine – Avis délégué - Arrêt Ivabradine (au profit des BB-) ou diminution dose – Avis délégué - Ne baisser la dose de bêta-bloquant que si : - Mal tolérée : asthénie, malaises, hypotension symptomatique : diminution de moitié ou retour à la dernière dose bien tolérée - BAV2 ou BAV3 à l'ECG : arrêt des bêta-bloquants & Avis délégué </td><td></td></tr><tr><td> Hypotension (PAS < 90 mmHg) : tous les traitements de l'IC sauf Ivabradine Dans tous les cas : chercher dans l'ordonnance les traitements hypotenseurs à arrêter : - Inhibiteur calcique, Alpha-bloquant, anti-HTA, central → Arrêt après Avis délégué - Dérivés nitrés → Avis délégué - Asymptomatique (chercher l'hypotension orthostatique) : Ne pas diminuer les IEC - Symptomatique (dont orthostatique) : - Si pas de signe congestif : Diminuer la dose de diurétique de molette - Si signes congestifs ou dose de diurétique déjà faible : revenir à la dernière dose bien tolérée - Si état de choc (marbrures, insuffisance cardiaque aigue) : Avis délégué </td><td></td></tr><tr><td> Insuffisance cardiaque congestive : apparition ou majoration des signes d'IC droite et/ou gauche Majoration de la dose de diurétiques & Biologie en consultation (ionogramme, BHC, NT-proBNP) < contrôle à J3 (ionogramme) Si retentissement hémodynamique (état de choc) : prise de poids > 3 Kg ou majoration des diurétiques insuffisante ; Avis médical </td><td></td></tr><tr><td> Apparition d'une toux sèche sous IEC : Chercher le diagnostic différentiel : insuffisance cardiaque gauche ? Examen clinique, NT-proBNP Si vraie toux aux IEC, selon tolérance du patient : switch pour ARA2. </td><td></td></tr></table>	Hyperkaliémie ($\geq 4,5$ mmol/L) : IEC, ARA2, Sacubitril-valsartan, Anti-aldostérone : Dans tous les cas : Vérifier la fonction rénale & Arrêt de toute supplémentation potassique $> 5,5$ mmol/L ; Arrêt des AINS (vérifier prise cachée) ; Avis délégué (arrêt ou diminution de posologie) et Contrôle à 24-48h 4,5-5,5 mmol/L : • Si stable sur 2 prises de sang successives : surveiller • Si majoration $> 0,5$ mmol/L depuis le bilan précédent : ne pas poursuivre la titration • Contrôle à 1 semaine	Hypokaliémie ($< 3,5$ mmol/L) : Diurétique de l'anse Si possible : Augmenter IEC/ARA2, Entresto ou Anti- aldo Si non, supplémentation en K : Diffu-K de 1 à 3x3 g/j par jour ; si insuffisant : Avis délégué Hyponatremie (< 135 mmol/L) : Avis délégué	Insuffisance rénale : IEC, ARA2, Sacubitril-valsartan, Anti-aldostérone Augmentation de Créatinine $> 50\%$ et DFG < 25 ml/min/1,73m² ; acceptable, ionogramme 1 semaine après chaque majoration Augmentation de Créatinine $> 50\%$ et DFG < 25 ml/min/1,73m² : - Arrêt des AINS (vérifier prise cachée) - Si pas de signe congestif : Diminuer la dose de diurétiques de molette, ionogramme à 1 semaine - Si persistance de l'augmentation de créatinine : diminuer les IEC de moitié, ionogramme à 1 semaine - Augmentation de la Créatinine $> 100\%$ ou DFG < 20 ml/min/1,73m² ; - Arrêt des IEC et Avis délégué		Bradycardie (FC < 50/min) : Bêta-bloquants et Ivabradine Vérifier les interactions médicamenteuses Verapamil, Diltiazem, Digoxine – Avis délégué - Arrêt Ivabradine (au profit des BB-) ou diminution dose – Avis délégué - Ne baisser la dose de bêta-bloquant que si : - Mal tolérée : asthénie, malaises, hypotension symptomatique : diminution de moitié ou retour à la dernière dose bien tolérée - BAV2 ou BAV3 à l'ECG : arrêt des bêta-bloquants & Avis délégué		Hypotension (PAS < 90 mmHg) : tous les traitements de l'IC sauf Ivabradine Dans tous les cas : chercher dans l'ordonnance les traitements hypotenseurs à arrêter : - Inhibiteur calcique, Alpha-bloquant, anti-HTA, central → Arrêt après Avis délégué - Dérivés nitrés → Avis délégué - Asymptomatique (chercher l'hypotension orthostatique) : Ne pas diminuer les IEC - Symptomatique (dont orthostatique) : - Si pas de signe congestif : Diminuer la dose de diurétique de molette - Si signes congestifs ou dose de diurétique déjà faible : revenir à la dernière dose bien tolérée - Si état de choc (marbrures, insuffisance cardiaque aigue) : Avis délégué		Insuffisance cardiaque congestive : apparition ou majoration des signes d'IC droite et/ou gauche Majoration de la dose de diurétiques & Biologie en consultation (ionogramme, BHC, NT-proBNP) < contrôle à J3 (ionogramme) Si retentissement hémodynamique (état de choc) : prise de poids > 3 Kg ou majoration des diurétiques insuffisante ; Avis médical		Apparition d'une toux sèche sous IEC : Chercher le diagnostic différentiel : insuffisance cardiaque gauche ? Examen clinique, NT-proBNP Si vraie toux aux IEC, selon tolérance du patient : switch pour ARA2.	
Hyperkaliémie ($\geq 4,5$ mmol/L) : IEC, ARA2, Sacubitril-valsartan, Anti-aldostérone : Dans tous les cas : Vérifier la fonction rénale & Arrêt de toute supplémentation potassique $> 5,5$ mmol/L ; Arrêt des AINS (vérifier prise cachée) ; Avis délégué (arrêt ou diminution de posologie) et Contrôle à 24-48h 4,5-5,5 mmol/L : • Si stable sur 2 prises de sang successives : surveiller • Si majoration $> 0,5$ mmol/L depuis le bilan précédent : ne pas poursuivre la titration • Contrôle à 1 semaine	Hypokaliémie ($< 3,5$ mmol/L) : Diurétique de l'anse Si possible : Augmenter IEC/ARA2, Entresto ou Anti- aldo Si non, supplémentation en K : Diffu-K de 1 à 3x3 g/j par jour ; si insuffisant : Avis délégué Hyponatremie (< 135 mmol/L) : Avis délégué												
Insuffisance rénale : IEC, ARA2, Sacubitril-valsartan, Anti-aldostérone Augmentation de Créatinine $> 50\%$ et DFG < 25 ml/min/1,73m² ; acceptable, ionogramme 1 semaine après chaque majoration Augmentation de Créatinine $> 50\%$ et DFG < 25 ml/min/1,73m² : - Arrêt des AINS (vérifier prise cachée) - Si pas de signe congestif : Diminuer la dose de diurétiques de molette, ionogramme à 1 semaine - Si persistance de l'augmentation de créatinine : diminuer les IEC de moitié, ionogramme à 1 semaine - Augmentation de la Créatinine $> 100\%$ ou DFG < 20 ml/min/1,73m² ; - Arrêt des IEC et Avis délégué													
Bradycardie (FC < 50/min) : Bêta-bloquants et Ivabradine Vérifier les interactions médicamenteuses Verapamil, Diltiazem, Digoxine – Avis délégué - Arrêt Ivabradine (au profit des BB-) ou diminution dose – Avis délégué - Ne baisser la dose de bêta-bloquant que si : - Mal tolérée : asthénie, malaises, hypotension symptomatique : diminution de moitié ou retour à la dernière dose bien tolérée - BAV2 ou BAV3 à l'ECG : arrêt des bêta-bloquants & Avis délégué													
Hypotension (PAS < 90 mmHg) : tous les traitements de l'IC sauf Ivabradine Dans tous les cas : chercher dans l'ordonnance les traitements hypotenseurs à arrêter : - Inhibiteur calcique, Alpha-bloquant, anti-HTA, central → Arrêt après Avis délégué - Dérivés nitrés → Avis délégué - Asymptomatique (chercher l'hypotension orthostatique) : Ne pas diminuer les IEC - Symptomatique (dont orthostatique) : - Si pas de signe congestif : Diminuer la dose de diurétique de molette - Si signes congestifs ou dose de diurétique déjà faible : revenir à la dernière dose bien tolérée - Si état de choc (marbrures, insuffisance cardiaque aigue) : Avis délégué													
Insuffisance cardiaque congestive : apparition ou majoration des signes d'IC droite et/ou gauche Majoration de la dose de diurétiques & Biologie en consultation (ionogramme, BHC, NT-proBNP) < contrôle à J3 (ionogramme) Si retentissement hémodynamique (état de choc) : prise de poids > 3 Kg ou majoration des diurétiques insuffisante ; Avis médical													
Apparition d'une toux sèche sous IEC : Chercher le diagnostic différentiel : insuffisance cardiaque gauche ? Examen clinique, NT-proBNP Si vraie toux aux IEC, selon tolérance du patient : switch pour ARA2.													



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

	Compétences spécifiques du délégant
Système d'information - Quelles sont les informations partagées pour organiser la prise en charge du patient ? - Quels sont les professionnels ayant accès aux informations ? quelles sont leurs actions (accès, renseignement d'informations, validation, ...) - Quelle est l'organisation permettant le partage de ces informations ? (type de matériel, d'organisation,...) - Médecin généraliste : - o est-il informé ? Si oui, comment ? - o est-il impliqué dans la dérogation ? si oui, Comment	Expérience d'au moins un an dans une structure assurant le suivi d'une cohorte de patients insuffisants cardiaques. Les informations partagées pour organiser la prise en charge entre le cardiologue traitant, le délégué, et le délégant le cas échéant, comprennent les données du dossier patient et la planification des rendez-vous de suivi de l'insuffisance cardiaque. Le délégué a accès au dossier médical comprenant : les antécédents médico-chirurgicaux du patient, l'histoire de la cardiopathie, la liste intégrale des traitements en cours, les résultats de biologie disponibles, le calendrier des prises en charge cardiologiques réalisées, en cours ou prévues (réadaptation cardiaque, rdv de suivi avec le médecin généraliste traitant ou le cardiologue traitant par exemple). Le délégué recueille les coordonnées de l'office de ville et du laboratoire d'analyses médicales pour assurer les échanges en télémedecine. Il complète le dossier patient avec : - les données de la prise en charge lors des consultations, téléconsultations et télésurveillance, - le compte rendu comprenant les conclusions cliniques et/ou la réalisation éventuelle des vaccins (annexe 4). Celui-ci est transmis au cardiologue traitant et au médecin généraliste traitant pour assurer la continuité de la prise en charge, de façon systématique, à chaque épisode aigu et à chaque changement de traitement. En cas de dossier patient informatisé, les professionnels qui ont des accès aux données patients sont habilités par le service informatique de l'établissement de santé suivant leur fonction au sein de l'unité.



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

Suivi du protocole Sélectionnez les indicateurs génériques adaptés à votre démarche en fonction des objectifs poursuivis et remplir les fiches correspondantes - Quels sont les critères (congé de maternité ...) ou résultats d'indicateurs à partir desquels l'arrêt du protocole de coopération doit être envisagé ?	Confère tableau des indicateurs.
Retour d'expérience Les événements indésirables - Quels sont les <u>événements indésirables</u> qui font l'objet d'un recueil systématique et d'une analyse ? (liste) - Comment sont recueillis et analysés les EIG ? - Quelles sont les <u>modalités de recueil</u> et de signalement des événements indésirables ? - Comment cette <u>analyse</u> est-elle réalisée ?	Le délégué doit alerter le déléguant de toutes situations telles que décrites par les arbres décisionnels 1 à 5 et résumées par l'annexe 10. Une analyse des pratiques est réalisée trimestriellement la première année de mise en œuvre du protocole puis annuellement. Les événements indésirables Tous les événements indésirables associés aux soins (EIAS) consécutifs à la mise en œuvre du protocole sont amenés à être déclarés selon la procédure locale mise en œuvre : - Activités diagnostiques / examens - Prescription des médicaments - Recueil et transmissions des données médicales - Orientation médicale



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

- Comment les résultats de cette analyse sont-ils pris en compte ? La qualité des soins - Quelles sont les modalités permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins (fréquence, modalités, participants...) et adaptées aux risques liés aux actes/activités dérogatoires ? <u>Analyse des pratiques et retour d'expérience</u> : Comment est évaluée la qualité de la prise en charge (fréquence, modalités, participants...)?	Le formulaire de déclaration d'EI est transmis automatiquement à la cellule de gestion des EI de la structure de soins qui sollicitera les professionnels concernés afin d'analyser ces événements et de déployer des actions correctives qui seront par la suite évaluées et réajustées. Ils sont consignés et partagés au minimum une fois par an dans le cadre d'un Comité de Retour d'expérience (CREX) auquel participeront délégué(s), délégué(s) et responsable de la structure ou gestionnaire de risque. Les événements indésirables graves En cas d'urgence vitale, c'est la procédure locale de prise en charge qui est mise en œuvre. Les événements indésirables graves, événements inattendus au regard de la prise en charge et dont les conséquences pour le patient ont un caractère de gravité (décès, mise en jeu du pronostic vital), sont déclarés aux autorités compétentes Ces EIG peuvent résulter : - d'un défaut de réactivité à une alerte de télésurveillance, - d'un défaut d'interprétation médicale (clinique, ECG, biologie), - d'une erreur de prescription - d'une erreur d'orientation. Ils font l'objet d'une analyse systémique communiquée lors d'une revue de morbi-mortalité (RMIM) à laquelle participeront au minimum délégué(s), délégué(s) et responsable de la structure ou gestionnaire de risque.
--	---



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE
« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

	Selon la situation, il pourra être décidé par les membres participants de suspendre le protocole, et de ne pouvoir le reprendre qu'après une RMIM ou un CREX validant la reprise. Satisfaction (annexes 11, 12, 13) Les fiches de satisfaction des patients, des délégués et des délégués feront l'objet d'un récapitulatif annuel inclus dans les indicateurs. En fonction des résultats, un réajustement sera envisagé.
Tracabilité et archivage - Quels sont les documents qui permettent de suivre la mise en œuvre du protocole (procédures,,) - Comment sont-ils archivés ?	Le protocole est archivé dans un lieu connu, identifié, accessible. Il est mis à la disposition des professionnels et des patients qui en font la demande. Les annexes décrivant les procédures sont régulièrement mises à jour selon l'actualisation des recommandations ou une nécessité d'adaptation des pratiques. Les éléments conservés dans le dossier patient sont les suivants : - fiche de consentement, - compte-rendu de consultation et téléconsultation : données d'évaluation (cliniques, ECG, biologiques) et conclusions, - prescription médicale de télésurveillance, - prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses. L'activité déléguée de ce protocole est archivée au mieux par une trace exploitable dans le système d'information de la structure, et à défaut par un archivage manuel.



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE
« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

Processus de prise en charge Complétez le tableau « description du processus de prise en charge du patient » du modèle type de protocole de coopération. Joignez les protocoles cliniques et arbres décisionnels en lien avec le processus de prise en charge	Le tableau « description du processus de prise en charge du patient » et la fiche projet du modèle type de protocole de coopération sont renseignés
---	---



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE
« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »			
1) Étapes de la prise en charge Décrivez précisément les étapes de la prise en charge concernées par le protocole de coopération <i>(Qui fait quoi, où, quand et comment ?)</i> Intégrer les interfaces avec la prise en charge amont (ex : prise de rendez-vous par une secrétaire... orientation du patient par un médecin) et aval (ex : transmission des informations au médecin traitant...) Dans tous les cas, expliciter les critères sur lesquels le délégué fonde ses décisions et joindre, le cas échéant, les protocoles thérapeutiques ou les arbres de décision.	2) Identification des risques Quels sont les risques qui peuvent survenir à chacune de ces étapes ? Quelles peuvent en être les conséquences pour le patient (événements indésirables) ?	3) Causes associées Quelles sont les causes de ces risques ? Différentes causes méritent d'être recherchées systématiquement : -patient -tâches -professionnels -équipe -environnement -matériel, équipement -management -institutionnel	4) Solutions à mettre en place Quelles solutions prévoyez-vous pour prévenir la survenue des risques identifiés et/ou les prendre en charge s'ils surviennent ? Certains aspects du protocole nécessitent une attention particulière : I. Les modalités de continuité et de permanence des soins. II. Les critères qui déclenchent l'intervention du délégué III. Les modalités d'intervention du délégué IV. Les critères qui permettent d'identifier une situation d'urgence V. La conduite à tenir en cas d'urgence. VI. Les événements indésirables à signaler systématiquement VII. Les critères provoquant l'arrêt du PC VIII. Les solutions alternatives proposées en cas d'exclusion d'un patient du PC

Nota Bene : Le Document d'aide à la Gestion des risques dans les protocoles de coopération » permet une aide au remplissage du tableau et comporte des exemples.



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

Étapes de la prise en charge		Identification des risques	Causes associées	Solutions à mettre en place
A. Inclusion au protocole de coopération				
1. Identification des patients susceptibles d'être inclus				
- Repérage par le délégué des patients pris en charge dans la structure pour IC diagnostiquée, et répondant aux critères d'inclusion,		- Données non disponibles ou erronées - Repérage incorrect des critères - Demande inadaptée : aucun avis cardiologique préalable, hors critères d'inclusion	Demande incomplète : identité, données médicales incomplètes Défaut de connaissance voire méconnaissance du protocole (critères d'inclusion, actes dérogatoires et prise en charge) Décisions médicales contradictoires	Former le délégué Etablir un plan de communication sur le protocole et circuit de prise en charge Etudier les demandes d'inclusion sur la base de formulaires spécifiques (annexe 2) Organiser des réunions des équipes de correspondants et/ou réseau de soins
- Sollicitation du délégué par un médecin.				
2. Recueil des données, par le délégué, en présence du patient, pour préparer sa prise en charge et vérifier les critères d'inclusion		Retard de prise en charge lié au : - recueil de données incomplet - manque de temps pour effectuer le recueil de données	Défaut de planification des entretiens de recueil de données Patient avec troubles cognitifs Transmissions médicales partielles Défaut de réactivation d'un dossier en attente	Contrôler la conformité du renseignement du formulaire de demande d'inclusion. Prévoir du temps et un lieu dédié pour les entretiens de recueil de données. Mettre en place un fichier de suivi des patients « en attente » et réaliser une actualisation hebdomadaire. Mettre en place une check-list de contrôle des inclusions
3. Recueil du consentement pour le protocole de coopération et le cas échéant du consentement spécifique à la télésurveillance, par le délégué en présence du patient.		Patient consentant à la délégation en télésurveillance mais pas pour la titration ou inversement Refus de consentement (initial ou après inclusion)	Caractère incompréhensible des informations données au patient et explication du contenu du protocole et du bénéfice attendu	Identifier le « bon moment » et prendre le temps nécessaire en utilisant la reformulation. Orienter si besoin vers des soins de supports (psychologue, ...)



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE
« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

			Défaut d'évaluation et/ou non-respect de l'état psycho émotionnel (stress) du patient Inquiétude du patient concernant le stockage de ses données médicales personnelles (télésurveillance)	Expliquer au patient les bénéfices de l'inclusion au protocole sur sa prise en charge. Actualiser et compléter les fiches d'information et consentement au regard de l'analyse des questionnaires de satisfaction des patients et des textes en vigueur sur la télésurveillance (rôle déléguant/délégué, outil connecté, utilisation de solution sécurisée pour le stockage et la transmission des données)
4. Transmission, par le délégué, aux correspondants (médecins et cardiologues traitants) de l'inclusion du patient dans le protocole de coopération et à la télésurveillance.	Défaut de transmission de l'information entre les différents acteurs Difficulté de coordination de la prise en charge du patient entre les différents professionnels Rupture de suivi du patient avec son médecin ou cardiologue traitant (ex : changement de médecin) Perte de repère / incompréhension du patient sur son parcours de soin	Défaut ou délai trop long de transmission de la lettre d'information de l'inclusion au médecin ou cardiologue traitant Méconnaissance des coordonnées des correspondants (médecins, cardiologues traitants, pharmaciens, laboratoires d'analyses) ou transmissions erronées ou partielles des coordonnées par le patient	Envoyer systématiquement la lettre d'information d'inclusion et les comptes rendus de prise en charge aux correspondants en mentionnant les coordonnées du délégué concerné et du service Organiser et actualiser un classeur/dossier de suivi du patient à son domicile Organiser la réception et l'enregistrement des actions de prise en charge de l'IC menées par le/les correspondants	



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

Étapes de la prise en charge	Identification des risques	Causes associées	Solutions à mettre en place
B. Prise en charge de la consultation et la télésurveillance			
1. Décision par le délégué du nombre de consultations de titration nécessaires	Mauvaise estimation du nombre de consultations nécessaires : - une surestimation allonge le délai d'inclusion des patients en liste d'attente - une sous-estimation est préjudiciable à l'optimisation du traitement	Non observance, par le délégué, des consignes et arbres décisionnels liés au protocole Indisponibilité des traitements nécessaires à la titration (nouveau, retrait de marché,...) Non-observance du traitement par le patient Interférence avec d'autres traitements dans le cadre d'une prise en charge d'un patient poly-pathologique Saturation des places de consultation (capacité limitée)	Prévoir une formation complémentaire du délégué et une réévaluation par le délégué; Actualiser les procédures selon l'évolution des recommandations Réajuster le projet de prise en charge avec le patient au regard de sa situation clinique. Organiser l'évaluation annuelle du TPER/évolution de l'activité (CREX et bilan d'activité)
2. Programmation des rendez-vous de consultation de titration par le délégué, selon le dispositif de prise de rendez-vous de la structure.	Erreur de programmation liée à : - erreur de dates, conflit d'agenda - erreur d'identité Impossibilité d'ajouter une titration supplémentaire dans un délai conforme aux recommandations	Erreur de saisie Erreur d'identité-vigilance ; Erreur de planification Manque de communication Manque d'observance ou indisponibilité du patient Saturation des places de consultation (capacité limitée)	Formation complémentaire des professionnels Prioriser l'utilisation d'un agenda électronique Vérifier l'enregistrement des coordonnées du patient Systématiser l'envoi des convocations et des rappels à l'aide d'outils de communication adaptés au patient (mail / SMS / appel téléphonique)



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »

Région Ile-de-France

			Evaluer lors de l'analyse des pratiques, l'adéquation entre l'activité et les moyens humains et matériels disponibles. Développer les stratégies d'optimisation des plages de rendez-vous (manqués/reportés/annulés).
3. Consultations : a) Consultations de titration effectuées par le délégué, dans un lieu dédié tous les 15 jours	Rendez-vous « manqué » par le délégué ou oubli du rendez-vous par le patient Augmentation du délai nécessaire pour finaliser la titration Nécessité de programmer une consultation médicale en sus Patient non observant (prescription médicamenteuse, bilans...) Erreur de titration des traitements Erreur d'interprétation : - des résultats des bilans - d'ECG - d'auscultation Erreur de prescription : - posologie des traitements de l'IC - recopiage erroné d'autres traitements du patient depuis une ancienne ordonnance	Perte de confiance du patient Données médicales insuffisantes : - dossier patient non disponible - résultats de bilan et/ou ordonnance des traitements en cours inaccessibles - recueil initial de données incomplet - traitement en cours non connu - résultat de bilan sanguin non transmis ou non fait Problème médical : choc cardiogénique, instabilité du patient Absence inopinée du délégué Critère d'exclusion apparu après finalisation du processus d'inclusion Incompréhension du patient par : ● déni de la pathologie ● défaut d'explication ou de compréhension	Définir du temps dédié à l'anamnèse du dossier du patient avant consultation Rappeler l'importance d'apporter les documents demandés (dernière ordonnance, résultats de laboratoire ...) Réévaluer le degré d'adhésion du patient au protocole Vérifier la transmission du traitement du patient au moment de l'inclusion Proposer des consultations avec un aidant/accompagnant Standardiser les modalités de prescription pour les traitements modifiés pendant la consultation et ceux à poursuivre. Vérifier pour les traitements hors IC, que la mention : « Les autres traitements restent inchangés : liste des molécules sans précisions des posologies » est inscrite.



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE
« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

		problème de langue, surdité, troubles cognitifs ou troubles psychiatriques Manque de connaissances du délégué sur les arbres décisionnels, les règles de bonnes pratiques de rédaction d'une ordonnance et les limites de son champ d'exercice Surcharge de travail : nombre/durée de consultations, interruptions itératives lors de la consultation	Faire relire l'ordonnance au patient pour améliorer l'observance au traitement. Prévoir le plan de formation et d'actualisation des connaissances. Compléter les connaissances du délégué et les évaluer par le délégant. Avoir à disposition le tableau de conduite à tenir pour la titration ; les signes de décompensation cardiaque, la décision de l'orientation et la sortie de protocole Faire appel au délégant selon l'arbre décisionnel définissant les critères d'alerte (arbres décisionnels 1, 2, 3, + annexe 10) Reprogrammer sans délai les consultations selon l'évolution prévisible de la situation clinique Ne pas assurer la permanence téléphonique pendant les consultations Analyser les causes de surcharge de travail et établir un plan d'actions
b) Consultation non programmée réalisée par le délégué, en présentiel ou en télémédecine	Défaut d'orientation ou absence d'orientation vers la consultation non programmée Erreur d'interprétation des signes cliniques	Défaut de compréhension des arbres décisionnels/conduites à tenir Gestion inadaptée du stress par le délégué	Définir et valider chaque année la pertinence des protocoles d'orientation en cas d'urgence : gestion téléphonique, orientation vers le médecin généraliste, le cardiologue traitant, le Samu



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »

Région Ile-de-France

	Dépassement des compétences du délégué	Déléguant non joignable	Compléter les connaissances du délégué et les évaluer par le déléguant
	Non déclenchement de l'alerte au délégué Absence de bénéfice dans la prise en charge du patient	Indisponibilité de lit en unité spécialisée pour la prise en charge d'un patient instable, imposant une orientation en SAU	Organiser des CREX et analyse de pratique 1 fois/an Etablir un planning prévisionnel définissant les temps de présence du déléguant et du délégué Organiser un circuit permettant d'identifier rapidement les lits d'hospitalisation disponibles sur place ou dans un réseau de santé de l'IC
4. Télésurveillance et gestion des alertes conformément aux recommandations en vigueur par le délégué sur un ordinateur dédié, via du matériel connecté au domicile du patient	Défaut d'assiduité du délégué à la télésurveillance Erreur de gestion d'une alerte de la télésurveillance : erreur d'identification ou sous-estimation d'une alerte Absence d'accompagnement thérapeutique conforme à la réglementation	Absence de remontée d'information : - panne réseau informatique - panne de matériel au domicile du patient - absence du patient de son domicile non communiquée Défaut d'observance du patient Absence imprévue du délégué Manque de connaissance ou de réactivité du délégué Manque de réactivité du déléguant traitant/correspondant Défaut d'organisation	Rappeler le patient en cas d'absence de remontée d'information Réaliser des actions de prévention adaptées au patient : ETP, information vaccin anti grippe, conseils hygiène-dietétiques Planifier les temps d'analyse de pratique sur un calendrier annuel Organiser des CREX et analyse de pratique 1 fois/an
5. Permanence téléphonique assurée par le délégué dans les horaires	Impossibilité d'assurer la permanence	Absence imprévue du délégué Panne de téléphone	Utiliser un système de messagerie permettant de réorienter les patients



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

d'ouverture patients	aux communiqués	Retard de prise en charge d'une alerte patient	Pas d'accès au dossier médical du patient au moment de l'appel	Utiliser un système de boîte vocale permettant le double appel
		Mauvaise compréhension / Erreur d'orientation par le délégué Mauvaise compréhension du patient Erreur de patient	Surcharge de travail / tâches simultanées Incompréhension du patient par : - déni de la pathologie - défaut d'explication ou de compréhension - problème de langue, surdité, troubles cognitifs ou troubles psychiatriques Manque de connaissance des règles de bonnes pratiques d'identito-vigilance	Utiliser systématiquement les coordonnées téléphoniques enregistrées dans le dossier patient Pratiquer systématiquement la reformulation avant de conclure la communication. Prévoir une solution de permanence de secours pendant la consultation (appels transférés vers une secrétaire par exemple) Actualiser les connaissances du délégué et les évaluer par le délégant
6. Information intermédiaire, par le délégué, aux correspondants médicaux après chaque consultation en présentiel ou en télémédecine dans un délai selon les recommandations en vigueur		Défaut d'information du correspondant associant le risque d'erreur dans la suite de la prise en charge car : - CR non fait - CR imprécis - CR non reçu - Réception du CR hors délai Mauvaise coordination après gestion d'une alerte de télésurveillance	Manque de temps / moyen ou organisation Erreur de coordonnées du correspondant Absence de correspondant	Vérifier et actualiser le classeur de coordination du suivi remis au patient Vérifier les coordonnées des correspondants Utiliser le dossier informatique partagé Revoir avec le patient l'importance et les démarches à suivre pour identifier un médecin/cardiologue traitant pour la suite de sa prise en charge Inform�r les médecins traitants du patient lors de la gestion d'une alerte

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »

Région Ile-de-France

Étapes de la prise en charge	Identification des risques	Causes associées	Solutions à mettre en place
C. Sortie de protocole			
1. Décision de fin de prise en charge par le délégué (critères de sortie) : - Fin de titration, - Fin de la télésurveillance	Décision prématurée de fin de prise en charge Absence de décision de fin de prise en charge	Mauvaise lecture des arbres décisionnels/conduites à tenir Manque de réactivité du délégué	Compléter les connaissances du délégué et les évaluer par le délégant
2. Décision de sortie de protocole par le patient	Absence de signalement du patient, perte de vue Souhait du patient d'interrompre le protocole	Absence de suivi régulier / manque de réévaluation Problème organisationnel Erreur d'interprétation des intentions du patient / incompréhension soignant-soigné	Organiser des CREX et analyse de pratique 1 fois/an Coordonner le relais d'équipe Etablir des procédures de sortie de protocole
3. Information du correspondant (médecins et/ou cardiologues traitants), par le délégué, de la sortie du patient du protocole	Mauvaise coordination du suivi après titration		Actualiser les coordonnées des correspondants tout au long de la prise en charge dans le protocole de coopération



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE
« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

MODELE ECONOMIQUE	
Note : Les modèles économiques n'étant pas définis au niveau national ceux proposés ci-dessous sont issus d'une étude réalisée par l'ARS Ile-de-France. Les propositions de modèles économiques constituent des demandes permettant au Collège des financeurs d'émettre un avis. Les demandes ne préjugent pas de la réponse qui sera apportée.	
Le modèle économique correspond à la nature des activités dérogatoires du protocole : - Actes techniques (ex. retrait d'un dispositif médical, pose d'un dispositif, réalisation d'une échographie, etc.) = tarif de l'acte existant ou approchant dans la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) - Consultation (ex. prescription d'un vaccin, d'une sérologie, etc.) = 25 € / consultation - Suivi de patient atteint d'une pathologie chronique = forfait 200 €/an/patient	
Modèle selon la nature des activités dérogatoires pour le protocole	Choisir et cocher un seul type d'activités : ☐ Acte(s) technique(s) X Consultation X Suivi de patient atteint d'une pathologie chronique Indiquer le tarif unitaire : 200€
Nombre d'actes ou consultation ou suivis estimés par an selon la nature des activités dérogatoires	Estimer le nombre d'actes techniques ou consultations ou suivis sur une année : 300 patients/an soit, 5 patients inclus x 42 semaines + renouvellement d'environ 50% des patients déjà inclus

**COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE**

*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

Liste des annexes

Annexe 1 : Processus de prise en charge au sein la cellule de coordination de l'insuffisance cardiaque et des cardiomyopathies (CCICC)

Annexe 2 : Demande d'inclusion du médecin ou cardiologue traitant

Annexe 3. Agenda des contrôles biologiques

Annexe 4 : Exemple de compte rendu de suivi dans le cadre du protocole de coopération (consultation ou téléconsultation)

**Annexe 5 : a. Fiche d'information et de recueil de consentement du patient
b. Fiche d'information des correspondants médicaux**

Annexe 6 : Programme de formation théorique des infirmiers délégués

Annexe 7 : Exemple de carnet de stage de formation pratique des infirmiers délégués

Annexe 8 : Evaluation du niveau de compétences du délégué par le délégant à l'issue de la formation théorique et pratique

Annexe 9 : Attestation de formation

Annexe 10 : Critères d'alertes nécessitant le recours au délégant

Annexe 11 : Questionnaires de satisfaction des patients

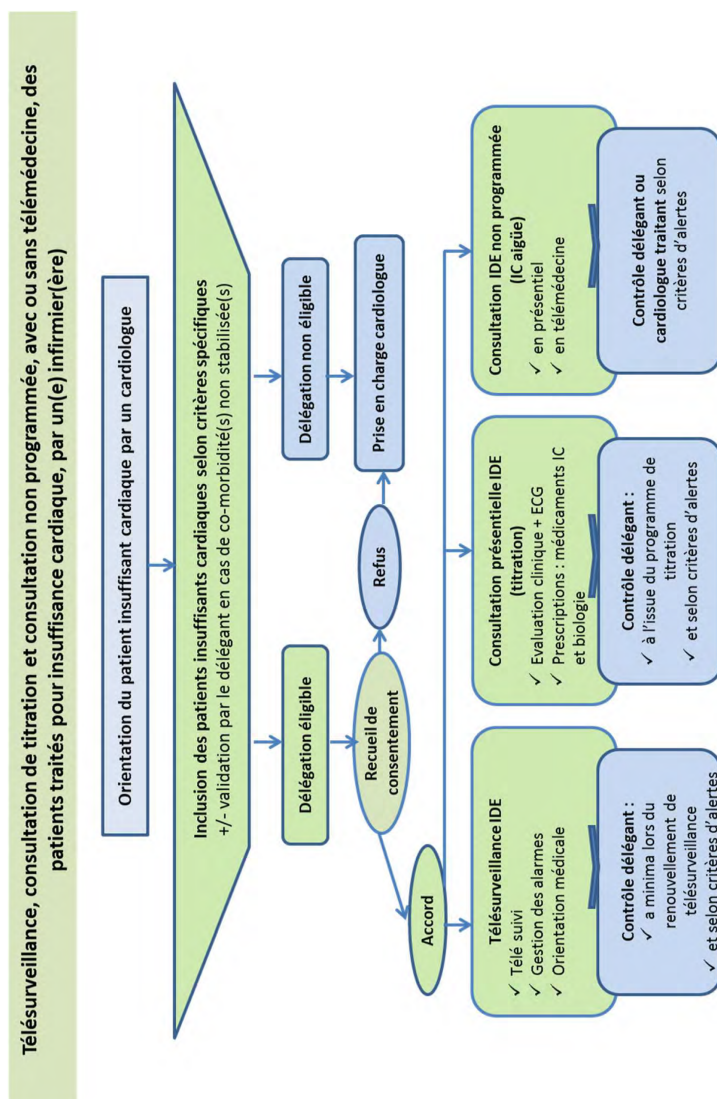
Annexe 12 : Questionnaires de satisfaction du délégant

Annexe 13 : Questionnaires de satisfaction du délégué

« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

Annexe 1

Processus de prise en charge au sein de la cellule de coordination de l'insuffisance cardiaque et des cardiomyopathies (CCICC)





COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

Annexe 2**« Formulaire de demande d'inclusion dans le protocole de coopération pour le suivi de l'insuffisance cardiaque »**

Cher collègue,

Je souhaite que M/Mme _____ soit inclus(e) dans le protocole de coopération « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »

NOM : _____ PRENOM : _____ Date de naissance : _____
N° de téléphone : _____ Adresse : _____

Résumé clinique :

☐ Consultations de titration :

Dernière FEVG : _____

Traitement de l'insuffisance cardiaque actuel :

IEC	Molécule : _____	Dose/j : _____
ARA II	Molécule : _____	Dose/j : _____
Bétabloquants	Molécule : _____	Dose/j : _____
Anti-aldostérone	Molécule : _____	Dose/j : _____
Inhibiteur de la Néprilysine	Molécule : _____	Dose/j : _____
Inhibiteur du canal IF	Molécule : _____	Dose/j : _____

☐ Télésurveillance (référence programme ETAPES, arrêté du 6 décembre 2016 définissant le cahier des charges relatif à la télésurveillance pour l'insuffisance cardiaque :

☐ Hospitalisation au cours des 30 derniers jours pour une poussée d'insuffisance cardiaque chronique (diagnostic principal, au regard du compte rendu ou du codage CIM 10 – I500/I501/I202/I509)

☐ Hospitalisation au moins une fois au cours des 12 derniers mois pour une poussée d'insuffisance cardiaque chronique (diagnostic principal, au regard du compte rendu ou du codage CIM 10 – I500/I501/I202/I509)

Et actuellement en classe NYHA 2 ou plus avec un taux de peptides natriurétiques élevé (BNP > 100 pg/ml ou NT pro BNP > 1000 g/ml)

Demandeur Nom : _____ Prénom : _____ Fonction : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____
Adresse : _____

Date de la demande :



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

Annexe 3**« Agenda des contrôles biologiques »**Biologie initiale

- Ionogramme sanguin : Na, K, Créatinine
- NT-proBNP
- Bilan martial + NFS (si pas récent) : ferritine, coefficient de saturation
- INR si traitement par AVK

Surveillance des IEC / ARA2

- Après initiation : ionogramme sanguin à 1 semaine
- Après majoration :
 - Si CI > 90 ml/min et K < 4,5 mmol/l : ionogramme sanguin seulement 1 semaine après fin de titration
 - Si CI < 90 ml/min ou K > 4,5 mmol/l : ionogramme sanguin 1 semaine après majoration de dose

Surveillance des anti-aldostérone

- Après initiation / majoration : ionogramme sanguin à 1 semaine, 4 semaines, 8 semaines

Surveillance des diurétiques de l'anse

- Après initiation / majoration : ionogramme sanguin à 3 à 5 jours

Surveillance des bêta-bloquants

- Aucune si bonne tolérance clinique

Surveillance supplémentaire au cours du suivi

- Réapparition des signes congestifs : ionogramme, BHC, NT-proBNP : gravité, base avant majoration des diurétiques
- Asthénie persistante sous bêta-bloquants : ionogramme, BHC, NT-proBNP, NFS
- Bilan martial + NFS à 4 semaines d'une supplémentation IV

Surveillance des AVK

- Toutes les 2 à 4 semaines si INR stable dans la zone cible
- Après chaque changement de posologie : 72h pour Fluindione, 5 jours pour warfarine
- En cas de surdosage : > INR cible +1,5 : quotidien jusqu'à INR < INR cible +1

Biologie en fin de titration (1 à 2 semaines)

- Ionogramme sanguin : Na, K, Créatinine
- NT-proBNP
- Bilan martial + NFS (si < 3 mois) : ferritine, coefficient de saturation



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

Annexe 4

**« Exemple de compte-rendu type de suivi dans le cadre du protocole de coopération »
(consultation ou téléconsultation)**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du (télé-)suivi de l'insuffisance cardiaque de votre patient(e) M , nous avons réalisé le/...../..... :

☐ une consultation de titration ☐ une consultation d'urgence ☐ une télé-consultation

Motif de la consultation :

Titration des médicaments de l'insuffisance cardiaque :

Survenue d'une alerte de télé-suivi :

A la demande du patient pour :

Cardiopathie suivie :

Date de dernière évaluation : le/...../.....

par ☐ téléconsultation ☐ en consultation ☐ en hospitalisation

Traitement habituel :**Evènements depuis la dernière évaluation :****L'évaluation clinique retrouve :**

Douleur thoracique :

☐ Atypique ☐ Douleur thoracique typique ☐ Angor résiduel ☐ Douleur thoracique inspiratoire

Dyspnée stade :

☐ I ☐ I à II ☐ II ☐ II à III ☐ III ☐ III à IV ☐ IV

Palpitations :

Malaise :

☐ Syncope ☐ Lipothymie ☐ Malaise vagal ☐ Hypotension orthostatique

Pression artérielle àmmHg, fréquence cardiaque à..... /min.

Poids àkg (poids habituel kg)

Des signes d'insuffisance cardiaque gauche :

Des signes d'insuffisance cardiaque droite :



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

La dernière biologie à notre disposition, du...../...../....., retrouve :

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Na =mmol/L | ☐ K =mmol/L | ☐ Cl =mmol/L |
| ☐ Urée =mmol/L | ☐ Créatinémie =µmol/L | |
| ☐ PAL =U/l/L | ☐ ALAT =U/l/L | ☐ Bilirubine totale =µmol/L |
| ☐ ASAT =U/l/L | ☐ GGT =U/l/L | |
| ☐ Protides =g/L | | |
| ☐ NT-proBNP =ng/L | ☐ BNP =ng/l | ☐ Troponine HS =ng/L |
| ☐ Leucocytes =10 ⁹ /L | ☐ Hématies =10 ¹² /L | ☐ Hémoglobine =g/dL |
| ☐ Hématocrite =% | ☐ VGM =fl | ☐ Plaquettes =G/L |
| ☐ INR = | | |

En conclusion, l'évaluation suggère :

Modifications thérapeutiques :

- ☐ Médicaments de l'insuffisance cardiaque :
- ☐ Diurétiques :
- ☐ Supplémentation potassique :
- AVK :
 - Arrêt / Diminution de traitement :

Vaccination :

Grippe

- ☐ Prescription du vaccin antigrippal
- ☐ Réalisation du vaccin antigrippal : LOT N°

Pneumocoque

- ☐ Prescription du vaccin anti-pneumococcique
- ☐ Réalisation du vaccin anti-pneumococcique : LOT N°

Devenir :

- ☐ A revoir en consultation pour poursuite de la titration ☐ Fin de titration
- ☐ Adressé en consultation à son médecin généraliste
- ☐ Adressé en consultation à son cardiologue traitant
- ☐ Convoqué pour évaluation lors d'une consultation en présentiel le...../...../.....
- ☐ Hospitalisation pour décompensation cardiaque le...../...../.....
- ☐ Inclusion en Télésurveillance

Surveillance :

- ☐ Biologie de contrôle prévue le...../...../.....
- ☐ Contact téléphonique prévu le...../...../.....
- ☐ Séance d'accompagnement thérapeutique prévu le...../...../.....

Date :/...../20..

Nom-prénom :

Fonction :

Signature :



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

Annexe 5 a**« Fiche d'information et de recueil du consentement du patient »**

Madame, Monsieur,

Pour optimiser la prise en charge de votre insuffisance cardiaque, l'équipe de cardiologie vous propose d'être pris en charge par un(e) infirmier(ère) de cette équipe spécifiquement formé. Ce dispositif permet de diminuer le délai entre deux consultations pour atteindre plus rapidement un traitement médicamenteux optimisé, et ainsi stabiliser rapidement la maladie, et vous rendre plus accessible l'activité de télésurveillance.

Ce suivi ne remet pas en cause votre prise en charge habituelle avec votre médecin généraliste ou votre cardiologue traitant.

L'infirmier(ère) réalisera en lien avec un médecin cardiologue :

- les consultations pour augmenter progressivement les médicaments spécifiques de l'insuffisance cardiaque (titration). Ces consultations sont réalisées toutes les 2 à 4 semaines jusqu'au traitement optimal pour vous c'est-à-dire le traitement maximal toléré.
- la télésurveillance pour vérifier la présence ou l'absence d'alertes générées par le dispositif de télésuivi (balance et tablette connectées), décider de la conduite à tenir et intervenir en cas d'alerte (consultation par téléphone, consultation présenteielle, ou orientation vers un médecin).

Ce protocole¹ de prise en charge a été spécifiquement autorisé par l'Agence Régionale de Santé ainsi que par la Direction de l'établissement. Le détail de ce protocole peut vous être remis sur simple demande.

Votre consentement oral vous est demandé avant d'être pris en charge dans ce cadre et sera consigné dans votre dossier. Il vous sera bien entendu possible de revenir à tout moment sur votre accord.

Si l'infirmier(ère) le juge souhaitable ou si vous ne voulez pas être pris en charge dans le cadre de ce protocole, vous bénéficierez d'une prise en charge médicale. Dans ce cas, nous vous remercions de l'indiquer à l'infirmier(ère).

Accord du patient: ☐ oui ☐ non

Date :

Personne qui a informé le patient et recueilli le consentement :

- nom :
- qualité :
- signature :

Pour tout complément d'information, ci-dessous les coordonnées du médecin cardiologue :

Diane Bodez, Fédération de Cardiologie, hôpital Henri Mondor, 51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 94000 Créteil

Mail : insuffisance.cardiaque@aphp.fr.

¹ «Suivi des patients traités pour insuffisance cardiaque par un-e infirmier-e avec prescriptions de traitements et d'exams, avec ou sans télémedecine». Cette organisation est inscrite dans le code de la santé publique (article L1011-1 ; L 4011-3).



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

Annexe 5 b**« Fiche d'information aux correspondants médicaux »**

Créteil le

Cher(ère) confrère,

Votre patient M.....né(e) le,

bénéficie d'une prise en charge de son insuffisance cardiaque par un(e) infirmier(ère) dans le cadre du protocole de coopération *«Suivi des patients traités pour insuffisance cardiaque par un-e infirmier(ère) avec prescriptions de traitements et d'exams, avec ou sans télémedecine»*.

Ce protocole* de prise en charge a été spécifiquement autorisé par l'Agence Régionale de Santé ainsi que par la Direction du groupe hospitalier Henri Mondor.

M..... a été informé de ce protocole et a donné son consentement pour y participer.

Nous pouvons à votre demande vous faire parvenir par mail le protocole de coopération. Vous pouvez aussi dès maintenant le consulter sur la plateforme nationale COOP-PS.

Synthèse du protocole

Ce protocole vise à permettre une prise en charge précoce et un suivi rapproché de l'insuffisance cardiaque (IC), pour optimiser rapidement le traitement médical qui stabilise la maladie, freine son évolution et diminue la morbi-mortalité (décompensations cardiaques, hospitalisations, décès).

Les actes dérogatoires réalisés par l'infirmier(e) concernent :

- *la réalisation de consultations de suivi de l'IC, pour la titration des médicaments de l'insuffisance cardiaque systolique ou pour décompensation cardiaque, en présentiel ou en téléconsultation,*
- *la télésurveillance,*
- *l'orientation des patients.*

Ces activités sont réalisées sous la supervision d'un cardiologue délégué et par du personnel infirmier délégué, spécialement formé et habilité, inscrits à l'ARS dans ce cadre et autorisés à appliquer un protocole de coopération entre professionnels de santé validé par la HAS.

Le compte rendu de consultation est transmis immédiatement au patient. Il vous sera adressé par voie postale ou électronique sécurisée. Vous serez, par ailleurs, informés de la survenue éventuelle d'événements pendant le suivi de votre patient, et de la fin de prise en charge dans le cadre de ce protocole.

L'équipe se tient à votre disposition par téléphone au 01.45.17.82.20 et par courriel à l'adresse insuffisance.cardiaque@aphp.fr.

En vous remerciant de votre confiance.

Bien confraternellement.

L'équipe CCICC

Pour tout complément d'information, ci-dessous les coordonnées du médecin cardiologue :

Diane Bodez, Fédération de Cardiologie, hôpital Henri Mondor, 51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 94000 Créteil.

** Cette organisation est inscrite dans le code de la santé publique (article L1011-1 ; L 4011-3)*



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

Annexe 6

« Programme de formation théorique des délégués »

Centre de Formation Continue de l'AP-HP

	THEME	OBJECTIFS	CONTENU	DUREE
J1 MATIN	ACCUEIL DES PARTICIPANTS		Distribution du programme et du support participant	15 minutes
09H00 - 11H	OUVERTURE DE LA JOURNEE, PRESENTATION DE LA FORMATION ET DU CONTEXTE	- Identifier le contexte dans lequel s'inscrit cette formation - Repérer les objectifs de la formation et le programme - Recueillir les attentes des participants	Présentation de la formation Rappel des points clés relatifs au protocole de coopération Présentation synthétique des participants	2h
11H15 - 12H	PRE-TEST DES CONNAISSANCES ATTENDUES AU DEBUT DU DISPOSITIF	▪ Evaluer les connaissances individuelles des participants au début du dispositif de formation	A J1 : Réalisation du test sur table (anonymisé)	45 mn
J1 AM	PHYSIOPATHOLOGIE: LES SIGNES D'INSUFFISANCE CARDIAQUE	▪ Comprendre la maladie, ses étiologies, et son histoire naturelle ▪ Repérer et expliquer les signes d'alerte, ▪ Définir les CAT ▪ Choisir d'orienter vers le médecin généraliste, le cardiologue ou le 15	Classification ESC 2016 Physiopathologie, Dyspnée NYHA, Signes d'alerte, causes de décompensation Auscultation pulmonaire Signes d'insuffisance cardiaques VS signes pulmonaires : BPCO, pneumopathies... : Bilans biologiques courants : (K+, Urée, Créat, BNP, NT-ProBNP)	3h30
J2 MATIN	PARCOURS DE SOINS DU PATIENT ET LES INTERVENANTS PLURI-PROFESSIONNELS POSITIONNEMENT DE L'IDE	▪ Repérer le processus, les étapes du parcours de soins du patient et les différents intervenants. ▪ Identifier les spécificités et les modalités du travail de coordination ▪ Clarifier les changements à opérer dans la posture professionnelle infirmière	Intervenants de la prise en charge de l'IC : cardiologue, cardiologue interventionnel, rythmologue, IDE, médecin généraliste Structures de prise en charge : hôpital (service de cardiologie, service des urgences, hospitalisation traditionnelle, hôpital de jour, consultations), ville (médecin généraliste, cardiologue traitant) et domicile (HAD, télésurveillance) étapes de prise en charge : stabiliser la phase aigüe, traitement	4h00



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

		Identifier les interventions définies comme actes dérogatoires dans le protocole de coopération	étiologique, traitement de fond et suivi en phase chronique Etude de 3 cas concrets Brainstorming sur les représentations de l'IDE délégué / cardiologue déléguant / posture-relation-communication	
<u>J2 AM</u>	CONSULTATION D'ANNONCE	- Repérer les spécificités de l'annonce médicale du diagnostic d'insuffisance cardiaque ou de cardiomyopathie - Repérer les spécificités de la consultation de suivi d'annonce médicale par un-e infirmier-e	Spécificités de l'annonce Eléments de contenus à aborder lors de l'annonce de l'IC et incidences psychologiques : mots clés, retours d'expérience Articulation temps médical et temps infirmier Processus d'une consultation de suivi d'annonce par une infirmière	1h45
	ACCOMPAGNEMENT DE LA MALADIE CHRONIQUE	Repérer les phases psycho-émotionnelle des patients atteints de maladie chronique : de l'annonce à l'acceptation	Représentations de la pathologie, thérapeutiques, mécanismes de défense, stratégies d'adaptation du patient... Problématiques psychosociales du patient atteint d'une pathologie chronique Trajectoire du patient atteint d'une pathologie chronique : notions de compliance et d'adhésion thérapeutique...	2h00
<u>J3 MATIN</u>	COMPLEMENTES DE PHYSIOPATHOLOGIE	- Appréhender l'insuffisance cardiaque comme une maladie neuro-hormonale - Comprendre les cibles thérapeutiques	Système rénine angiotensine aldostérone Système sympathique Peptides natriurétiques Asynchronisme cardiaque Troubles du rythme dans l'insuffisance cardiaque	1h00
	TRAITEMENTS MEDICAUX DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE (TITRATION)	- Connaître les traitements médicamenteux de l'insuffisance cardiaque : indications et contre-indications - Prescrire les adaptations de traitements : changement de posologie, introduction	Recommandations Européennes et logigramme des traitements en détail : Critères d'inclusion, programmation (fréquence/nbrs de consultation), Classes pharmaceutiques, introduction et augmentations, effets secondaires/surveillance des médicaments de l'insuffisance cardiaque (conduite à tenir en cas de : hyper/hypokaliémie, Hyponatrémie,	3h00



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

		Cibler les traitements anti-HTA à interrompre si besoin	<i>insuffisance rénale, Hypotension orthostatique....)</i> Anti-hypertenseurs Cas concrets	
J3 AM	REALISATION ET INTERPRETATION D'UN ECG (TITRATION & TROUBLES DU RYTHME)	Réaliser, interpréter un ECG et définir les conduites à tenir	Physiologie Réalisation d'un ECG Les dérivations, les territoires Les ondes P, QRS, T FA, BAV, BBD, BBG, IDM (séquelle de nécrose et IDM aigu) Electro-entrainement par pace-maker Exemples ECG	3h30
J4 MATIN	SYNTHESE CLINIQUE D'UN DOSSIER PATIENT EN INSUFFISANCE CARDIAQUE	Savoir préparer une consultation : - Reconstituer l'histoire de la maladie menant à l'IDE - Réaliser l'anamnèse et l'actualisation du dossier médical - Repérer les éléments importants pour la titration - Synthétiser en ciblant les informations en rapport avec l'insuffisance cardiaque - distinguer ce qui relève de la coopération - Décider de l'opportunité et du nombre de consultations	rédiger une observation médicale différentes sources d'informations : interrogatoire, CRH, lettre du médecin généraliste, logiciels de biologie Hiérarchisation des éléments nécessaires au compte-rendu Antécédents cardiologiques de l'IC Facteurs de risque Les examens de l'IC : objectif, logique de l'organisation des examens (Coronarographie, ETT, IRM, etc.) Parcours hospitaliers types des différentes pathologies Parcours en sortie d'hospitalisation : PRADO, Gériatrie, Réadaptation Exemples Déterminer en fonction de l'algorithme des traitements médicaux de l'IC, le nombre de consultations nécessaires pour atteindre la cible Reconnaître les indications à l'inclusion dans le protocole de coopération	3h30
J4 AM	CONSULTATIONS IDE DE SUIVI	- Repérer les modalités de l'animation de la consultation infirmière - Réaliser un entretien adapté aux besoins et aux problématiques rencontrées par le patient - Réaliser des consultations de titration et définir les conduites à tenir	Accueil du patient et présentation du rôle de l'IDE ; mener l'interrogatoire Repérer l'écart existant entre le traitement actuel du patient et la cible Réaliser un examen physique orienté insuffisance cardiaque Analyser les bilans biologiques en lien avec l'IC : NFS, ionogramme sang, créatininémie, urémie, peptides natriurétiques, troponine, CRP, bilan martial, hémostase pour INR, bilan hépatique	4h00



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

		- Prescrire et analyser les bilans biologiques en lien avec l'IC - Prescrire et adapter les posologies des médicaments en lien avec l'IC selon des algorithmes définis	Algorithme décisionnel Prescrire (modalité de prescription + explications au patient) Repérer les signes de gravité et critères d'alerte Orienter le patient : nouvelle consultation de titration, médecin généraliste, cardiologue traitant, appel du délégant	
J5 MATIN	LES AUTRES TRAITEMENTS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE	- Connaissances générales complémentaires à la compréhension du parcours patient IC - Connaître les traitements non médicamenteux de l'insuffisance cardiaque	Recommandations Européennes Logigramme des traitements non médicamenteux en détail DAI, Pacemaker, Lifevest Ablations par radiofréquence ou cryogénie (NAV, WPW, FA, Flutter) Assistance cardiaque ; «Grefe» Régime hyposodé Réadaptation cardiaque, activité physique	3h30
J5 AM	TELESURVEILLANCE TELECONSULTATION (1/2)	- Etre capable de Réaliser la télésurveillance et définir la conduite à tenir en fonction des alertes reçues - Etre capable de Réaliser de la téléconsultation et orienter les patients selon la gravité des symptômes - Etre capable d'identifier les situations nécessitant de faire appel au médecin référent - Etre capable d'identifier les situations nécessitant de faire appel au médecin référent - Savoir ce qu'est un accompagnement thérapeutique	Présentation des références législatives et réglementaires : responsabilité, codage, critères d'inclusion et de suivi Présentation de l'arbre décisionnel Présentation d'une solution technique de télésurveillance par balance connectée, et de son interface Réflexion sur la posture et les différences entre un interrogatoire présentiel et un interrogatoire en télémedecine Bilan éducatif : notions de base Accompagnement thérapeutique pour un patient IC : Qu'est-ce que c'est ? (thèmes, modalités) Formation aux principes de télésurveillance informatique (logiciels différents selon l'entité)	3h30



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

J6 MATIN	TELESURVEILLANCE TELECONSULTATION (2/2)	Mise en pratique	Suivi, mise en situation en doublon Jeu de rôle : Mener un atelier de balance connecté Suivi, puis mise en situation en doublon Distinguer les événements aigus des événements chroniques	
J6 AM	MISE EN PRATIQUE TRANSVERSALE	Appréhender de façon globale la synthèse du dossier médicale, la conduite d'une consultation en présentiel ou en télémedecine, l'intégration des données cliniques, ECG et biologiques, et la conduite à tenir	Atelier de mise en situation : Dossier patient à synthétiser en vue d'une consultation de titration Repérer les données et les demandes qui ne relèvent pas du protocole, savoir donner suite et orienter le patient Mise en situation à partir de cas concrets (Jeu de rôle) Echange / comparaison des décisions prises entre groupes de travail	3h30
J7 MATIN	COMPLEMENTS DE LA PRISE EN CHARGE : - LE MAINTIEN A DOMICILE - APPROCHE SPECIFIQUE DU SUJET AGE - FACTEURS DE RISQUES EXTRACARDIAQUE	- Prescrire les actes paramédicaux selon les protocoles définis (kinésithérapie, diététique, ergothérapie), le transport et le matériel médical nécessaire au maintien à domicile - Effectuer les tests définis dans le cadre d'évaluation cardio-gériatrique - Repérer les facteurs de risque extra cardiaque pouvant entrainer des décompensations, actions de préventions et CAT	Critère de besoin d'IDE à domicile, de kinésithérapie à domicile, d'ergothérapie, de suivi diététique, Critère, modalité, limites du transport sanitaire Définition du sujet âgé / fragile Evaluation gériatrique de première intention : test moteur SPPB, tests cognitifs MMS, BREF, 5 mots de Dubois, grille SEGA Structures disponibles de prise en charge : HdJ, UGA, etc. Aides existantes matérielles et humaines Les causes de comorbidités : diabète, Vaccin grippe + pneumocoque, Carence martiale	3h30
J7 AM	POST-TEST DES CONNAISSANCES EVALUATION DES CONNAISSANCES EVALUATION DE LA FORMATION	Evaluer les connaissances individuelles des participants au terme du dispositif de formation	Evaluation sommative des connaissances pour remobilisation de l'ensemble des éléments abordés au cours de la formation (QCM) Attestation de connaissances : un niveau de 80% de résultats positifs est nécessaire pour la validation. Bilan de satisfaction individuel de fin de formation (quanti/quali)	3h30



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

Consultations en binôme

Cs n°	Date	Type (titration / urgence)	Médecin encadrant	Remarques
1				

Cs n°	Date	Type (titration / urgence)	Médecin encadrant	Remarques
50				

Consultations supervisées

Cs n°	Date	Type (titration / urgence)	Médecin encadrant	Remarques
1				

Cs n°	Date	Type (titration / urgence)	Médecin encadrant	Remarques
30				



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

Annexe 8**« Evaluation du niveau de compétences du délégué par le délégant à l'issue de la formation théorique et pratique »**

Le niveau de compétences du délégué à l'issue de sa formation théorique et pratique est :
(pour chaque item, cocher la case correspondante)

1. Connaissances physiopathologiques anatomiques de l'insuffisance cardiaque :
☐ insuffisantes = 0 ☐ suffisantes = 1 ☐ excellent = 2
2. Connaissances physiopathologiques hormonales de l'insuffisance cardiaque :
☐ insuffisantes = 0 ☐ suffisantes = 1 ☐ excellent = 2
3. Connaissances des traitements disponibles dans l'insuffisance cardiaque :
☐ insuffisantes = 0 ☐ suffisantes = 1 ☐ excellent = 2
4. Connaissances du parcours de soins du patient insuffisant cardiaque :
☐ insuffisantes = 0 ☐ suffisantes = 1 ☐ excellent = 2
5. Capacité à chercher, recueillir et synthétiser des informations médicales :
☐ insuffisante = 0 ☐ suffisante = 1 ☐ excellent = 2
6. Capacité à planifier la prise en charge du patient insuffisant cardiaque :
☐ insuffisantes = 0 ☐ suffisantes = 1 ☐ excellent = 2
7. Capacité à conduire un entretien en consultation d'insuffisance cardiaque :
☐ insuffisantes = 0 ☐ suffisantes = 1 ☐ excellent = 2
8. Capacité à intégrer les données recueillies pour la prise de décision :
☐ insuffisantes = 0 ☐ suffisantes = 1 ☐ excellent = 2



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

9. Capacité à reconnaître les signes d'alerte et de gravité :

☐ insuffisantes = 0 ☐ suffisantes = 1 ☐ excellent = 2

10. Capacités à interpréter un ECG et les conséquences sur le suivi du patient insuffisant cardiaque :

☐ insuffisantes = 0 ☐ suffisantes = 1 ☐ excellent = 2

11. Capacités de restitution de la situation analysée au patient et à son entourage :

☐ insuffisantes = 0 ☐ suffisantes = 1 ☐ excellent = 2

12. Comportement global avec les patients et les interlocuteurs professionnels :

☐ inadapté = 0 ☐ adapté = 1 ☐ excellent = 2

Validation des connaissances théoriques et pratiques :

- ☐ Acquis si $\geq 12/24$
☐ Non acquis si $< 12/24$ ou si une réponse est égal à zéro

Nom du délégant :

Date :

Signature du délégant :



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

Annexe 9**« Attestation de formation »**

Je soussigné(e), **Prénom NOM**, médecin délégant, atteste que
M..... Prénom NOM, profession, a bénéficié d'une formation spécifique, répartie en :

Formation théorique : 50 heures

- Formation théorique spécifique au suivi des patients traités pour insuffisance cardiaque,
- Validation des compétences acquises lors de la formation théorique spécifique à l'insuffisance cardiaque par le médecin formateur à l'aide d'un questionnaire type.

Formation pratique : 50 heures

Sous forme de stage clinique, pratiquer des consultations infirmières de prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

- 20 consultations réalisées en observation,
- 50 consultations en binôme cardiologue-infirmier,
- 30 consultations en supervision par le délégant.

A l'issue de cette formation, le délégant a validé les compétences de **M Prénom NOM** pour exercer ses fonctions de délégué(e) dans le cadre du protocole de coopération entre professionnels de santé *«Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère).»*.

Fait à..... le.....

Signature du délégant



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France

Annexe 10**« Critères d'alertes nécessitant le recours au délégant »**

Entité clinique	Critères	Consultation titration	Télésurveillance
Insuffisance cardiaque congestive	• Prise de poids $\geq$ 5 kg	X	X
	• Prise de poids $\leq$ 5 kg + lasilix 80 mg/j ou burinex 5 mg/j	X	X
	• Majoration des diurétiques insuffisante	X	X
	• Plusieurs signes associés parmi : Turgescence, poids $\geq$ 2 kg, œdèmes	X	X
Détresse respiratoire aiguë	• Plusieurs signes associés parmi : dyspnée au repos, tirage, cyanose, sueurs, pouls instable	X	X
Kaliémie	• $>5,5$ mmol/l	X	X
	• $<3,5$ mmol/l malgré réajustement	X	X
Natrémie	• <135 mmol/l	X	X
Insuffisance rénale	• Créatinine $\nearrow > 100\%$ (mesure précédente)	X	X
	• DFG < 20 ml/mn/1,73 m ²	X	X
Choc cardiogénique	Tension < 90 mmHg et Marbrures ou insuffisance cardiaque aiguë ou troubles de la conscience	X	NA
Infarctus du myocarde	• Douleur thoracique	X	X
	• ECG évocateur	X	NA
Vigilance	• Malaise	X	X
	• Perte de connaissance	X	X
	• Syncope	X	X
Rythme cardiaque	• Palpitations paroxystiques sans facteur déclenchant	X	X
	• Palpitations permanentes (battements cardiaques rapides et/ou irréguliers)	X	X
	• Tachycardie	X	X
	• BAV2 ou BAV3 à l'ECG	X	NA



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

Annexe 11**« Questionnaire de satisfaction des patients »**

Madame, Monsieur,

Vous êtes suivi pour votre insuffisance cardiaque par un(e) Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé.

Nous vous proposons d'évaluer votre satisfaction de ce type de prise en charge.

Date :

Merci de noter votre degré de satisfaction:

1. Depuis votre adhésion à ce protocole, vous sentez-vous en sécurité / confiant dans ce mode de prise en charge de votre insuffisance cardiaque ?
 - Pour les consultations de titration :
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
 - Pour la télésurveillance :
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
2. Est-il plus facile de joindre un professionnel de l'insuffisance cardiaque du fait de votre prise en charge dans le protocole ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
3. Les infirmiers(ères) qui vous suivent avec la CCICC sont-ils (elles) à votre écoute ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
4. La prise en charge par les infirmiers(ères) dans le cadre du protocole vous aide-t-elle à mieux comprendre votre maladie cardiaque et ses traitements ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
5. La prise en charge par les infirmiers(ères) dans le cadre du protocole améliore-t-elle votre qualité de vie ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
6. Etes- vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)

Merci de nous faire part de vos éventuelles remarques :



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

Annexe 12**« Questionnaire de satisfaction du délégant »**

Madame, Monsieur,

Vous avez adhéré au protocole de coopération « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) ». Nous vous remercions pour votre implication dans ce protocole de coopération. Nous souhaitons recueillir votre avis sur l'application du protocole en répondant aux questions suivantes.

Date :

1. Etes- vous satisfait des compétences du délégué ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
2. La qualité des échanges entre vous et le(s) délégué(s) vous satisfait-elle ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
3. Selon vous, ce protocole de coopération permet-il une meilleure prise en charge des patients IC ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
4. Le protocole de coopération permet-il une amélioration de la qualité de votre pratique professionnelle ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
5. Le protocole de coopération vous permet-il de dégager du temps afin de le consacrer à des cas plus complexes ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
6. Depuis votre adhésion au protocole, ressentez-vous une amélioration de votre satisfaction au travail ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
7. Etes- vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)

Merci de nous faire part de vos éventuelles remarques :



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



*« Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) »
Région Ile-de-France*

Annexe 13**« Questionnaire de satisfaction du délégué »**

Madame, Monsieur,

Vous avez adhéré au protocole de coopération « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un(e) infirmier(ère) ». Nous vous remercions pour votre implication dans ce protocole de coopération.

Nous souhaitons recueillir votre avis sur l'application du protocole en répondant aux questions suivantes.

Date :

1. Êtes-vous satisfait(e) de votre positionnement par rapport à l'ensemble des acteurs (patients et autres professionnels), dans le cadre du protocole ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
2. Pensez-vous exercer de façon sécurisée dans le cadre du protocole ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
3. Le délégant est-il facilement joignable ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
4. La qualité des échanges entre vous et le(s) délégant(s) vous satisfait-elle ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
5. Pensez-vous que le protocole de coopération permet une meilleure prise en charge des patients IC ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
6. Votre participation au protocole de coopération améliore-t-elle votre satisfaction au travail ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
7. Ressentez-vous une valorisation de votre pratique professionnelle ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)
8. Etes- vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération ?
☐ Insatisfait(e) ☐ Peu satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)

Merci de nous faire part de vos éventuelles remarques :



Annexe 2



**« TELESURVEILLANCE, CONSULTATION DE TITRATION ET CONSULTATION NON PROGRAMMEE
AVEC OU SANS TELEMEDECINE, DES PATIENTS TRAITES POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE, PAR
UN(E) INFIRMIER(ERE) »**

Région Ile-de-France

Promoteur : Hôpital Henri Mondor, Pôle CARAVAN, Service de cardiologie

- Délégrant : Médecin cardiologue
- Délégué : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat

Population éligible au protocole

Les patients repérés comme pouvant bénéficier des programmes de titration et/ou de télésurveillance de l'insuffisance cardiaque sont sélectionnés selon des critères d'inclusion spécifiques.

Critères d'inclusion, les patients :

- majeurs avec insuffisance cardiaque diagnostiquée, ayant donné leur consentement à ce mode de prise en charge, après avoir été informés du protocole,
- pour la titration, dont le traitement médical peut être intensifié (doses non maximales des traitements de l'insuffisance cardiaque) selon les recommandations actualisées de la Société Européenne de Cardiologie concernant la prise en charge de l'IC (IC à FEVG altérée à la date de rédaction du protocole de coopération)
- pour le programme de télésurveillance, répondant aux critères d'inclusion définis par les textes réglementaires en vigueur (programme ETAPES à la date de rédaction du protocole de coopération) :
- Hospitalisation au cours des 30 derniers jours pour une poussée d'insuffisance cardiaque chronique
- Ou Hospitalisation au moins une fois au cours des 12 derniers mois pour une poussée d'insuffisance cardiaque chronique Et actuellement en classe NYHA 2 ou plus avec un taux de peptides natriurétiques élevé (BNP > 100 pg/ml ou NT pro BNP > 1000 pg/ml)
- sans comorbidité ou avec comorbidité(s) stabilisée(s) ; sur avis du délégrant en cas de comorbidité(s) non stabilisée(s).

Critères de non-inclusion :

- patients mineurs,
- femmes enceintes,
- patients refusant d'être pris en charge dans le cadre de ce protocole,
- patients sans correspondant médical identifié,
- dans le cadre de la titration, patients présentant une insuffisance cardiaque à FEVG préservée (selon les recommandations en vigueur),
- dans le cadre de la télésurveillance, patients présentant les critères de non-inclusion définis par les textes réglementaires en vigueur (programme ETAPES à la date de rédaction du protocole de coopération) : impossibilité d'utiliser le dispositif physique ou psychique, dialyse ou insuffisance hépatique sévère, espérance de vie inférieure à 12 mois en dehors de l'ICC, compliance habituelle faible ou refus de l'accompagnement thérapeutique, absence de lieu de séjour fixe.



**« TELESURVEILLANCE, CONSULTATION DE TITRATION ET CONSULTATION NON PROGRAMMEE
AVEC OU SANS TELEMEDECINE, DES PATIENTS TRAITES POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE, PAR
UN(E) INFIRMIER(ERE) »**

Région Ile-de-France

Actes dérogatoires

Les actes dérogatoires concernent :

- la réalisation de consultations de suivi de l'IC, pour la titration des médicaments de l'insuffisance cardiaque systolique en présentiel ou pour décompensation cardiaque, en présentiel ou en téléconsultation,
- la télésurveillance,
- l'orientation des patients.

Les étapes de la prise en charge prévues par le protocole sont :

1. Repérer le patient pouvant être inclus dans le protocole à partir de l'anamnèse et des données du dossier médical lorsque l'IC est diagnostiquée ou après orientation par un médecin cardiologue (annexe 2)
2. Informer et recueillir le consentement du patient au protocole de coopération,
3. Contribuer au suivi des patients insuffisants cardiaques et définir la conduite à tenir en fonction des résultats et selon les arbres décisionnels

Consultation en présentiel :

- examen clinique à la recherche de signes d'IC : poser l'indication, le réaliser, l'interpréter,
- prescrire, réaliser et interpréter un ECG selon l'arbre décisionnel 1,
- prescrire et analyser les bilans biologiques en lien avec l'IC (NFS, ionogramme sanguin, créatinémie, urémie, peptides natriurétiques, troponine, CRP, bilan martial, INR, bilan hépatique) (annexe 3)
- optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque selon les arbres décisionnels 2, 3 et 4 :
 - adapter, par une prescription, les posologies des médicaments en lien avec l'IC,
 - arrêter la prescription de médicaments anti-hypertenseurs (inhibiteur calcique, alphabloquant, anti-hypertenseur central) au profit d'une prescription de traitements de l'IC, avec l'accord du délégant.
- orienter le patient selon des critères définis vers le médecin délégant ou le généraliste

Télésurveillance :

- mise en place d'une télésurveillance : poser l'indication, prescrire, recueillir le consentement,
- former le patient au matériel de télésurveillance (non dérogatoire),
- réaliser un accompagnement thérapeutique, conformément à la réglementation en vigueur (non dérogatoire),
- lire et interpréter les données de suivi et les alertes transmises par le portail de télésurveillance
- réaliser une évaluation téléphonique et décider la conduite à tenir selon l'arbre décisionnel 5
- orienter le patient selon des critères définis :
 - vers le SAMU en cas de critère de défaillance vitale,
 - appel du délégant pour avis ou hospitalisation du patient,
 - retour à domicile avec ou sans consultation par le délégant, le cardiologue traitant ou le médecin généraliste traitant,
 - orienter vers d'autres professionnels de santé paramédicaux.



**« TÉLESURVEILLANCE, CONSULTATION DE TITRATION ET CONSULTATION NON PROGRAMMÉE
AVEC OU SANS TÉLÉMEDECINE, DES PATIENTS TRAITÉS POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE, PAR
UN(E) INFIRMIER(ÈRE) »**

Région Ile-de-France

4. Prescrire la vaccination antigrippale et anti-pneumococcique, recommandée pour tous les patients IC et la réaliser le cas échéant,
5. Prescrire le transport et le matériel médical nécessaire au maintien à domicile (lit médicalisé, matelas anti-escarre, déambulateur, etc.).
6. Rédiger un compte rendu comprenant les conclusions cliniques (annexe 4), et assurer sa transmission au cardiologue traitant et au médecin généraliste traitant pour assurer la continuité de la prise en charge, de façon systématique, à chaque épisode aigu et à chaque changement de traitement.

Les actes dérogatoires ne concernent pas :

- La réalisation du bilan étiologique de l'IC
- Les décisions de stratégie de prise en charge thérapeutique (traitement médical hors recommandations, dispositifs rythmologique, greffe cardiaque, assistance circulatoire)
- Le traitement des comorbidités ou événement intercurrents autres que la décompensation cardiaque, qui relève des correspondants médicaux habituels (médecin généraliste et/ou autres spécialistes).

Par conséquent, le suivi dans le cadre du protocole de coopération ne doit pas modifier le rythme de suivi par le cardiologue traitant (au minimum bi-annuel) qui reste responsable de la prise en charge cardiologique globale du patient.

Critères de fin du protocole (pour chaque patient)

- Fin du processus de titration des médicaments de l'insuffisance cardiaque (titration maximale, titration maximale tolérée)
- Fin de la télésurveillance selon recommandation en vigueur,
- Décès.

Critères de sortie du protocole

- Apparition d'un critère d'exclusion,
- Demande du patient,
- Demande du délégué / du délégant.

Critères de suspension du protocole

- Absence du délégant

Objectifs du protocole

Le protocole vise à permettre une prise en charge précoce et un suivi rapproché de l'insuffisance cardiaque (IC), pour optimiser rapidement le traitement médical qui stabilise la maladie, freine son évolution et diminue la morbi-mortalité (décompensations cardiaques, hospitalisations, décès).



**« TELESURVEILLANCE, CONSULTATION DE TITRATION ET CONSULTATION NON PROGRAMMEE
AVEC OU SANS TELEMEDECINE, DES PATIENTS TRAITES POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE, PAR
UN(E) INFIRMIER(ERE) »**

Région Ile-de-France

Pour les parties prenantes, les objectifs sont les suivants :

Pour les patients :

- Optimiser les thérapeutiques avec un objectif de titration tous les 15 jours conformément aux recommandations de la HAS
- Faciliter la prise en charge ambulatoire en permettant une surveillance à distance et en simplifiant le parcours de soins avec un contact direct auprès de professionnels dédiés lors des décompensations cardiaques, afin d'éviter les passages dans les services d'urgence, diminuer les hospitalisations et améliorer la qualité de vie
- Faciliter la coordination des actions en cas d'alerte pour assurer une prise en charge en milieu adéquat.
- Proposer une offre de soins complémentaire, qui vient s'ajouter de façon coordonnée à la prise en charge par le cardiologue et le médecin généraliste traitants

Pour les délégants :

- Respecter les recommandations HAS et européennes concernant le délai entre deux consultations de titration,
- Assurer un parcours de soins coordonné où chaque acteur intervient au bon moment de la prise en charge (délégant, cardiologue traitant, médecin généraliste traitant), redistribuer du temps médical aux cas complexes,
- S'inscrire dans la stratégie nationale de santé visant à améliorer les parcours de soins des pathologies chroniques par le développement de nouveaux métiers et l'innovation technologique numérique,
- Accroître la satisfaction au travail par une amélioration de la qualité de la pratique.

Pour les délégués :

- Développer de nouvelles compétences,
- Diversifier leurs activités en réalisant des actes médicaux de façon autonome et sécurisée,
- Améliorer l'attractivité du métier et valoriser l'expertise infirmière en contribuant directement à la mise en œuvre de mesures de santé publique,

Participer à la réorganisation du système de santé orienté sur la médecine ambulatoire.

Critères d'alerte du délégant par le délégué (annexe 10)

Le délégué alerte systématiquement le délégant des situations à risque suivantes :

- Congestion importante ou persistante,
- Détresse respiratoire aigüe,
- Troubles électrolytiques majeurs,
- Insuffisance rénale aigüe sévère,
- Choc cardiogénique,
- Suspicion d'infarctus du myocarde,
- Perte de vigilance,
- Troubles du rythme cardiaque non connus.



« Suivi des patients traités pour insuffisance cardiaque par un(e) infirmier(ère) avec prescriptions de traitements et d'examen, avec ou sans télémédecine »
Région Ile-de-France

Indicateurs d'évaluation et de suivi du protocole

Un recueil des indicateurs tous les 3 mois est proposé aux promoteurs du protocole pendant la 1ère année de mise en œuvre du protocole, excepté pour les indicateurs de satisfaction et de résultats évaluable sauf atteinte du seuil d'alerte à 1 an de mise en œuvre du protocole.

La période de recueil des indicateurs sera ensuite adaptée selon la filière active et les résultats des indicateurs.

Type d'indicateur	Libellé de l'indicateur	Objectif quantitatif	Numérateur	Dénominateur	Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)	Périodicité	Commentaires
Activité	Taux d'adhésion des patients au protocole de coopération	Tendre vers 100 %	Nombre de patients pris en charge par les délégués	Nombre total de patients éligibles et informés du protocole de coopération	< 80%	Trimestrielle en 1 ^{ère} année. Puis annuelle	Le seuil d'alerte pourra être réévalué
	Nombre de consultations de titration assurées par le délégué	60 /an			NA	Trimestrielle la 1 ^{ère} année puis annuelle	Objectif de 80 consultations /an/délégué pour le maintien des compétences
	Nombre de consultations non programmées réalisées en présentiel	20 /an			NA	Trimestrielle la 1 ^{ère} année puis annuelle	

« Suivi des patients traités pour insuffisance cardiaque par un(e) infirmier(ère) avec prescriptions de traitements et d'examen, avec ou sans télé médecine »
Région Ile-de-France

Type d'indicateur	Libellé de l'indicateur	Objectif quantifié	Numérateur	Dénominateur	Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)	Périodicité	Commentaires
Qualité et sécurité de la prise en charge	Taux de reprises des comptes rendus par le délégué pour corriger une activité incomplète ou inadaptée du délégué	Tendre vers 0%	Nombre de comptes rendus corrigés par le délégué	Nombre de comptes rendus revu par le délégué	>5 %	Trimestrielle la 1 ^{ère} année puis annuelle	si dépassement du seuil d'alerte, une revue de l'ensemble des CR sera organisée jusqu'à un retour de l'indicateur inférieur au taux seuil
	Taux d'événements indésirables lié à la consultation directement imputables au protocole de coopération	Tendre vers 0%	Nombre d'événements indésirables directement imputables au protocole de coopération	Nombre total de consultation réalisées par délégué	>5%	Trimestrielle la 1 ^{ère} année puis annuelle	Distinguer s'il y a lieu les événements indésirables graves
	Taux d'événements indésirables lié à la gestion des alertes de télésurveillance directement imputables au protocole de coopération	Tendre vers 0	Nombre d'événements indésirables directement imputables au protocole de coopération	Nombre total d'alertes gérées par délégué	>5%	Trimestrielle la 1 ^{ère} année puis annuelle	Distinguer s'il y a lieu les événements indésirables graves
	Nombre de réunions de supervision réalisées	10			NA	Annuelle	Reprise des situations de prise en charge et des pratiques professionnelles

« Suivi des patients traités pour insuffisance cardiaque par un(e) infirmier(ère) avec prescriptions de traitements et d'examen, avec ou sans télémédecine »
Région Ile-de-France

Type d'indicateur	Libellé de l'indicateur	Objectif quantifié	Numérateur	Dénominateur	Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)	Périodicité	Commentaires
Organisation	Nombre d'inclusion partielle c.-à-d. les patients donnant leur accord pour la télésurveillance et la gestion des alertes mais pas d'accord pour la consultation préventive par l'IDE	Au regard des recommandations nationales			NA	Annuelle	
	Taux de satisfaction des patients inclus au protocole de coopération	Tendre vers 100%	Nombre de patients inclus au protocole ayant répondu satisfait ou très satisfait à la question de la satisfaction globale du protocole	Nombre de patients inclus au protocole ayant répondu au questionnaire de satisfaction	< 80 %	Annuelle	A mettre en corrélation avec le taux de retour des questionnaires. Préciser les modalités d'échantillonnage
Satisfaction	Taux de satisfaction des délégué(e)s	Tendre vers 100%	Nombre de délégué(e)s ayant répondu de 4 à 6 à la question de satisfaction globale du protocole	Nombre de délégué(e)s ayant répondu au questionnaire de satisfaction	< 80 %	Annuelle	Entretien annuel d'évaluation
	Taux de satisfaction des délégué(e)s	Tendre vers 100%	Nombre de délégués ayant répondu de 4 à 6 à la question de satisfaction globale du questionnaire	Nombre de délégués ayant répondu au questionnaire de satisfaction	< 80 %	Annuelle	Entretien annuel d'évaluation