



Formation des équipes CECICS

Cellule d'Expertise et de Coordination pour
l'Insuffisance Cardiaque Sévère
Repérer les cadres d'exercice



CECICS_Les fondamentaux_3^e partie

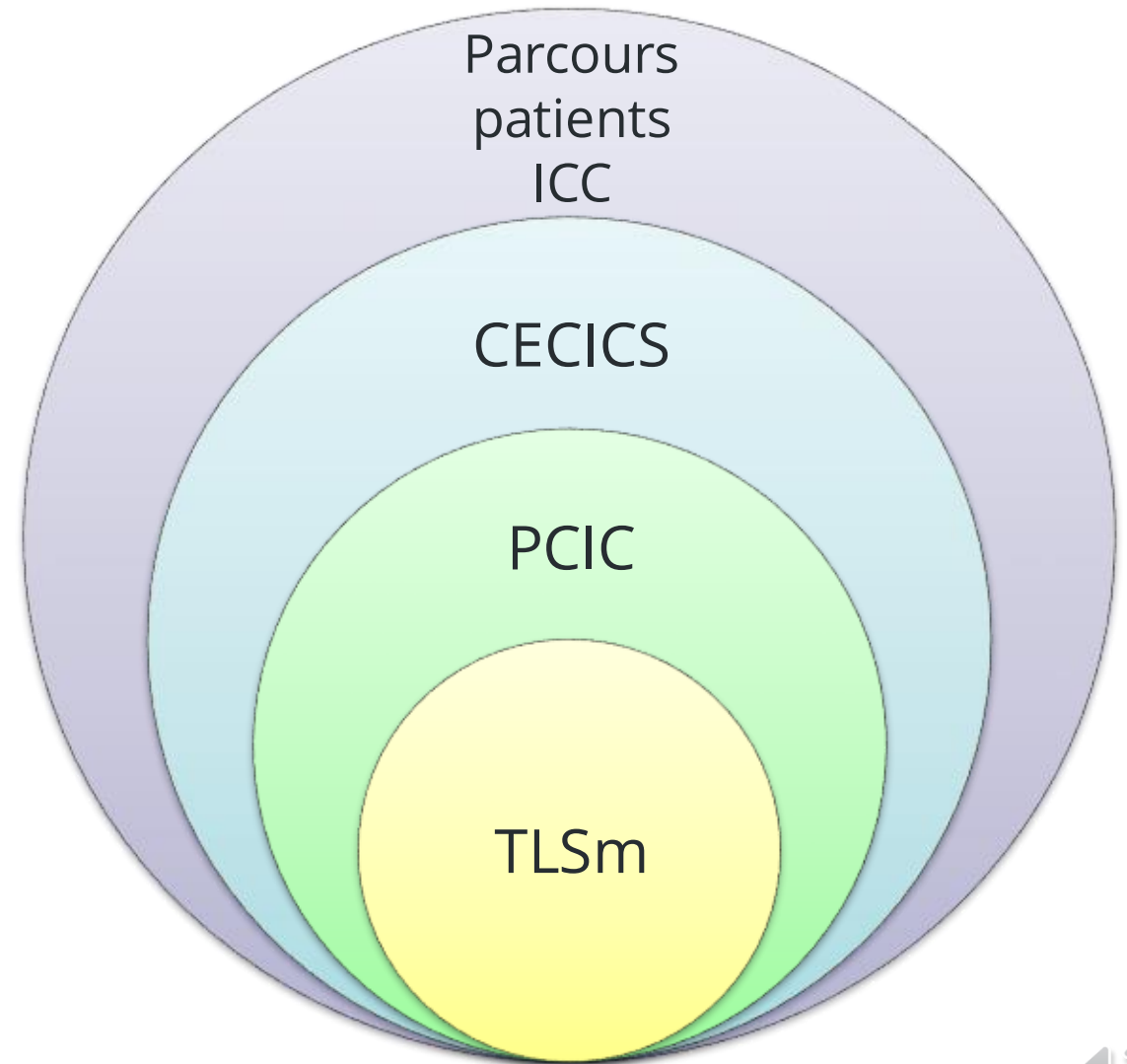
Auteur : Armelle Duchenne
Cadre supérieur de santé - Cheffe de projet article51-CECICS





OBJECTIFS pédagogiques

1. Situer le contexte de la pratique : parcours des patients ICC
2. Comprendre le périmètre d'action d'une CECICS
3. Intégrer le cadre réglementaire d'un protocole de coopération (PC) et celui de l'insuffisance cardiaque (PCIC)
4. Connaître la réglementation de la télésurveillance (TLSm) de l'insuffisance cardiaque chronique
5. Situer les rôles dans la mise en œuvre et les enjeux de pilotage et d'accompagnement





PCN-IC :

Protocole de coopération

Insuffisance Cardiaque

Fonctionnement et intérêts

Cadre d'exercice et limites

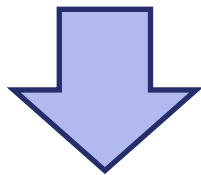


Article 51 de la Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009
permet de **déroger aux conditions légales** d'exercice décrit dans
les décrets d'actes professionnels (par exemple : infirmier)

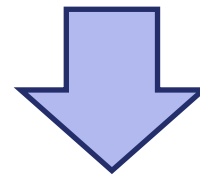


Arrêté d'autorisation de délégation de compétences entre
professionnels de santé

Local **Régional** ou **National**



CME / Direct. Établissement
à l'AP-HP : Task force et COFIL
⇒ Valable pour tous les sites
(ex: ECG par AS en SAU, amylose, ...)



Comité national des
coop. Interprof.
= Arrêté d'autorisation
(ex: 3 PCN en cardiologie)

- PCN-ETT
- PCN-IC
- PCN-Rythmo

⇒ Implique une nouvelle organisation médico-soignante



Protocole de coopération : un processus actif

❑ Répond à un ou des objectifs précis pour les patients, en optimisant les moyens et les compétences de chacun :

⇒ Situer les actes dérogatoires (v/glisserment de tâche) et les garder en tête dans la pratique (v/perte de repères)

❑ Impose de réorganiser l'activité

⇒ Analyser l'impact sur l'organisation / les organisations / les projets
⇒ Définir périmètre et faisabilité : effectif, formation, matériel, SI...

❑ Comporte des limites

⇒ Maitriser le périmètre d'exercice = le protocole

- Niveau de connaissances et expériences
- Critères d'inclusion / non inclusion
- Conditions d'exercice
- Clauses de revoyure médicale (Arbres décisionnels)

⇒ S'assurer que le patient est compris cette modalité de prise en soins

❑ Implique un engagement durable

⇒ Se baser sur le principe du volontariat
⇒ Identifier les professionnels : Déléphants, Délégués et Référent (PM + PNM) + correspondant ARS
⇒ Informer/recueillir l'accord des directions générales/fonctionnelles

❑ Nécessite d'être exigeant

⇒ Acquérir le vocabulaire : procédure dérogatoire, déléphant, délégué, alerte déléphant, correspondant
⇒ Mettre en compétences :

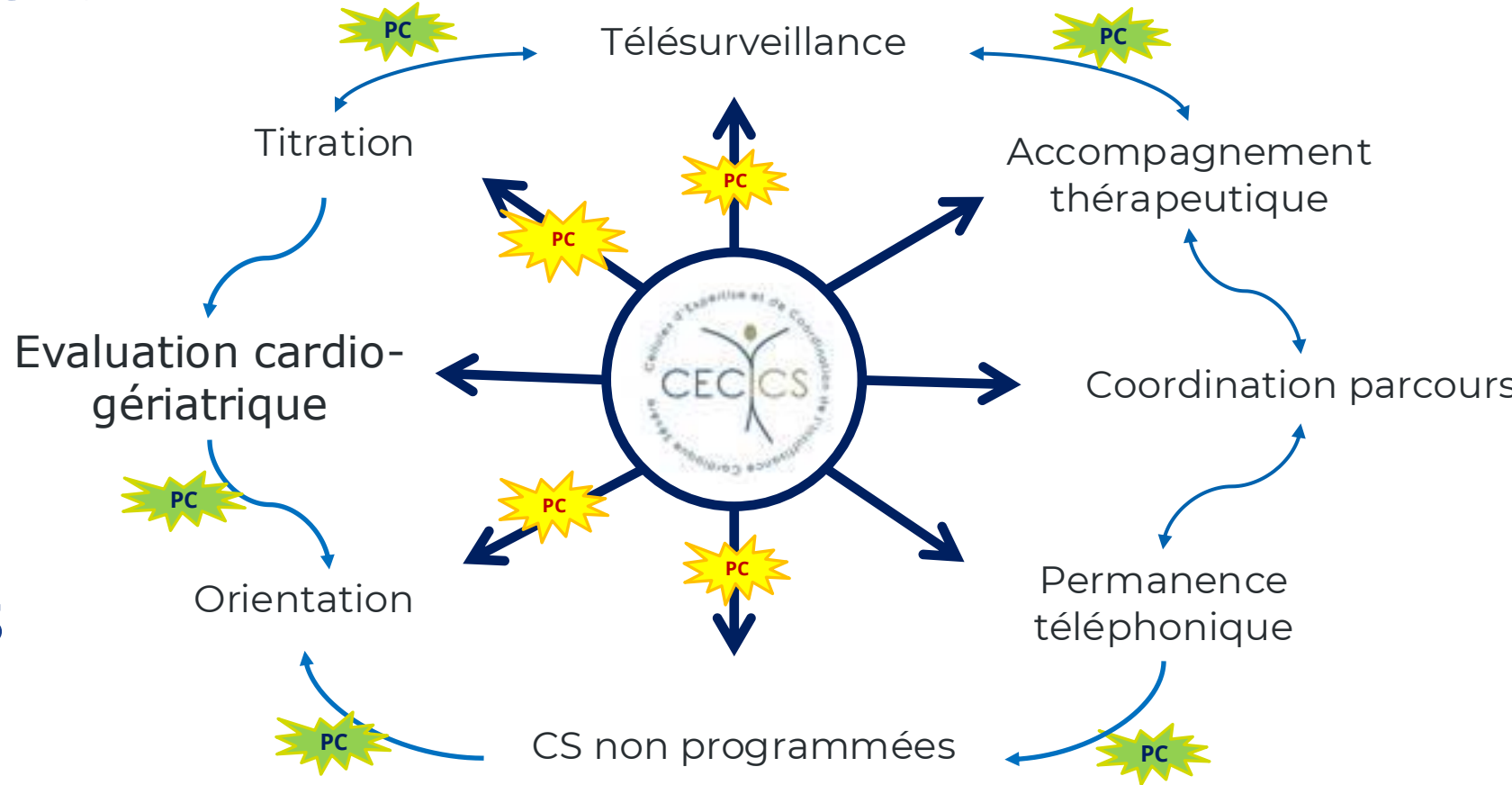
- Cadre : Ouvrir l'espace pour exercer (temps/lieu)
- Déléphant : Prendre le temps de former
- Délégué : Valider les nouveaux acquis

⇒ Tenir les obligations : se déclarer auprès de l'ARS, tracer les indicateurs annuels, assurer le processus de supervision et de maintien des compétences décrit dans le protocole





Le PCN-IC : l'opportunité de proposer un programme multimodal efficient



= 3 catégories d'ACTES DEROGATOIRES

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.

(Cf. p4)



Les actes dérogatoires, ne concernent pas :



(Cf. p14)

- Le bilan étiologique de l'IC
- Les décisions de stratégie de prise en charge thérapeutique (ex : PM/DAI,...)
- Le traitement des comorbidités ou événement intercurrent autre qu'une décompensation cardiaque



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.

IPA





Périmètre des soignants

ITEMS	ELEMENTS DE REPONSE
Intitulé du Protocole de coopération (PC) Quel est le thème de la coopération entre professionnels de santé ?	Télesurveillance, consultation de titration et télémedecine, des patients traités pour insu
Profession du délégué 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 ?	Médecin cardiologue
Profession du délégué Quelle est la profession du ou des délégué(s) inscrite à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ?	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat

la bonne réalisation par le délégué l'acte ou de l'activité dérogate

- **Critères d'alerte au délégué** : Sur quels critères le délégué fait appel au délégué (ou à un médecin délégué, en cas d'urgence) ? (liste les critères d'alerte et préciser les modalités d'alerte)

- Quelles sont, en fonction de ces critères, les modalités d'intervention du délégué

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 télesurveillés.
 - 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),
- 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.

Maintien des compétences :

Une activité minimum de 80 consultations et dans le cadre d'une télesurveillance 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 :

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 lieu qui conditionnent éventuellement sa mise en œuvre ?

Quelles sont les caractéristiques de l'équipe ? (nombre minimal, nombre d'actes minimal, type d'organisation)

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 télémedecine : téléconsultation, télesurveillance (dont gestion des alertes), accueil téléphonique,
- la mise à disposition du matériel permettant d'assurer une consultation d'IC : stéthoscope, tensiomètre, saturomètre, 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.



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'articule 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.

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 ?

Qui décide de l'inclusion ? A quel moment ?

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 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 délégant 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.



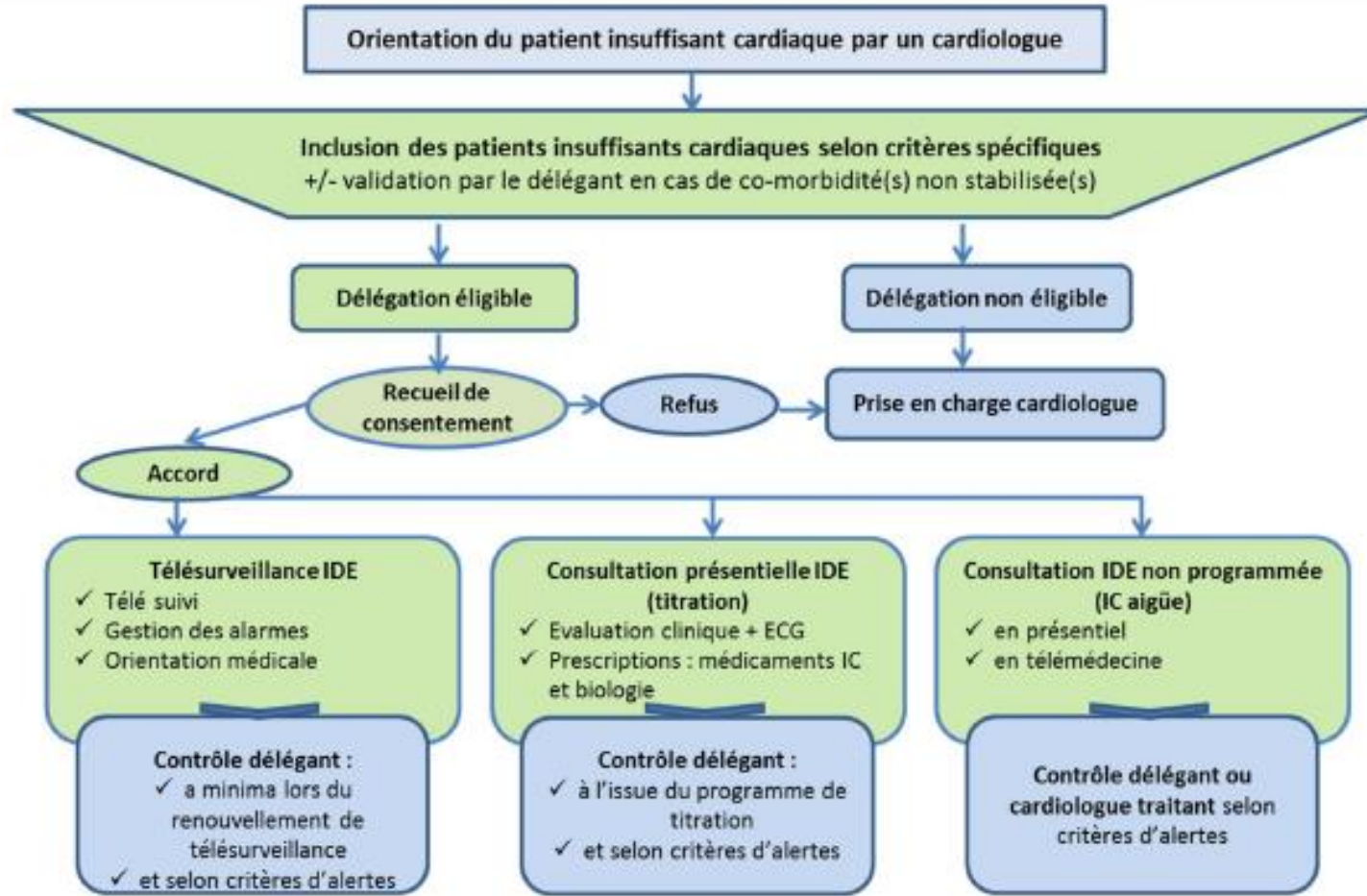
Périmètre des patients



Le binôme délégrant-délégué : une étroite collaboration

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

(Annexe 1)





Motifs de fin ou de sortie de protocole

(Cf. p61-62)

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 délégué



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 aiguë,
- Troubles électrolytiques majeurs,
- Insuffisance rénale aiguë sévère,
- Choc cardiogénique,
- Suspicion d'infarctus du myocarde,
- Perte de vigilance,
- Troubles du rythme cardiaque non connus.

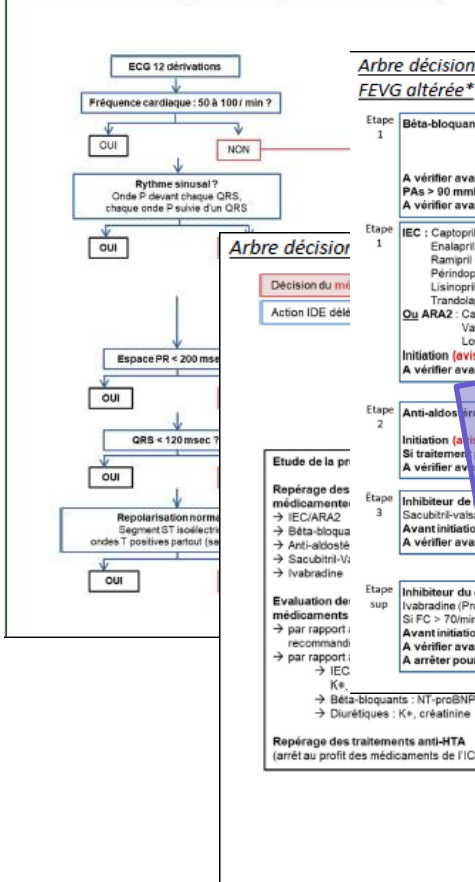




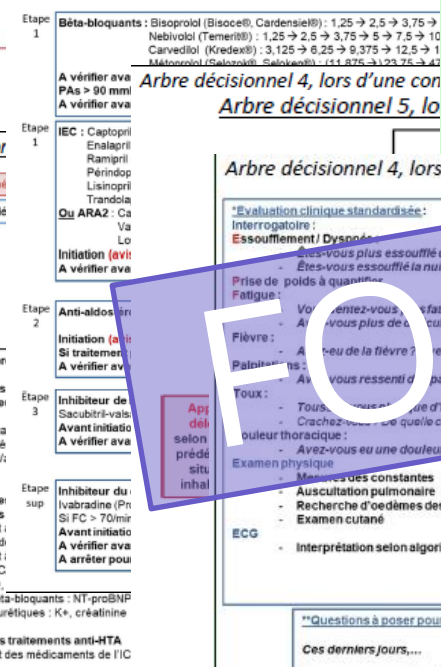
!! Dérogations exclusivement centré sur l'IC ET cadrées par des arbres décisionnels stricts !!



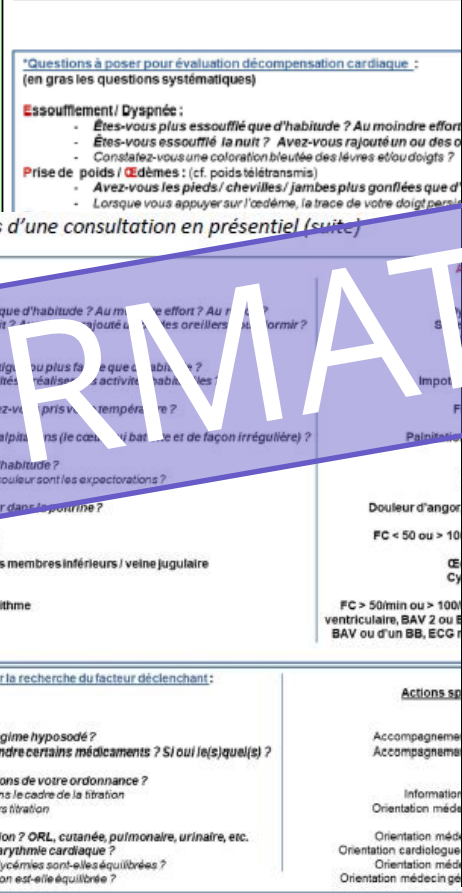
Arbre décisionnel 1, pour l'interprétation de l'ECG



Arbre décisionnel 3, pour l'adaptation des posologies FEVG altérée*



Arbre décisionnel 5, lors d'une évaluation télé



Conduite à tenir en cas d'écart aux normes cliniques ou biologiques

Hyperkaliémie (> 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-aldostérone ; Si non : supplémentation en K⁺ (Solu-K de 1 à 3x3 gl par jour ; si insuffisant : Avis délégué

Hyponatrémie (< 135 mmol/l) : Avis délégué

Insuffisance rénale (IC) : IEC, ARA2, Sacubitril-valsartan, Anti-aldostérone ; Augmentation de la créatinine > 25% et DFG < 25 ml/min/1,73m² : acceptable, ionogramme 1 semaine après chaque majoration ; Augmentation de la créatinine > 50% ou DFG < 25 ml/min/1,73m² : - Arrêt des AINS (vérifier prise cachée) ; Si pas de signe congestif : Diminuer la dose de diurétiques de moitié, ionogramme à 1 semaine ; Si persistance de l'augmentation de la 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) : Béta-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 moitié ; - 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 > 5 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.



Compétences de l'infirmier formé au PCIC

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 :

- 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 délégitant.
- orienter le patient selon des critères définis vers le médecin délégitant ou le généraliste

(Cf. p4+6)

(Cf. p11)

Télesurveillance :

- mise en place d'une télesurveillance : poser l'indication, prescrire, recueillir le consentement,
 - former le patient au matériel de télesurveillance (non dérogoaire),
 - réaliser un accompagnement thérapeutique, conformément à la réglementation en vigueur (non dérogoaire),
 - lire et interpréter les données de suivi et les alertes transmises par le portail de télesurveillance,
 - 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 délégitant pour avis ou hospitalisation du patient,
 - retour à domicile avec ou sans consultation par le délégitant, 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.





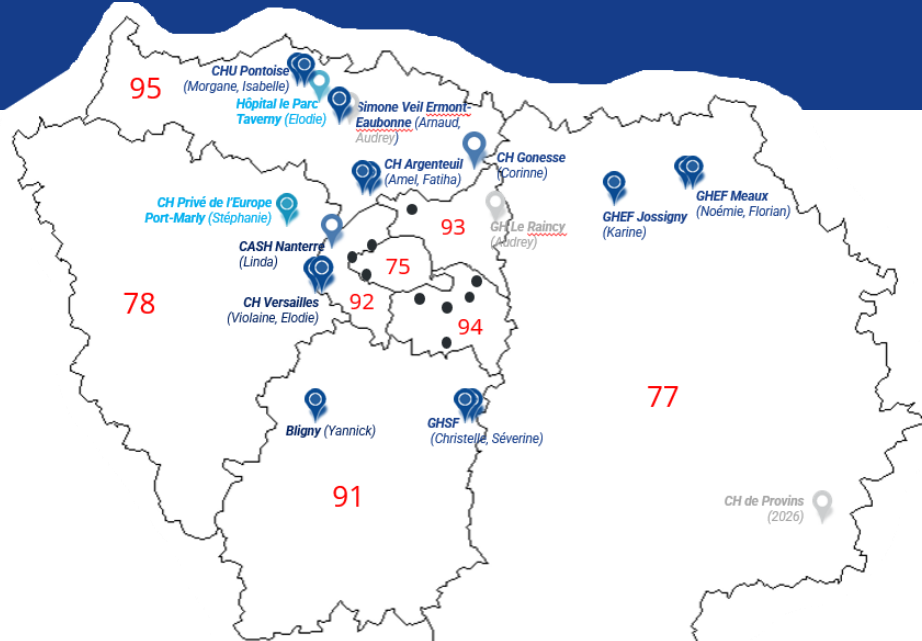
Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à la

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

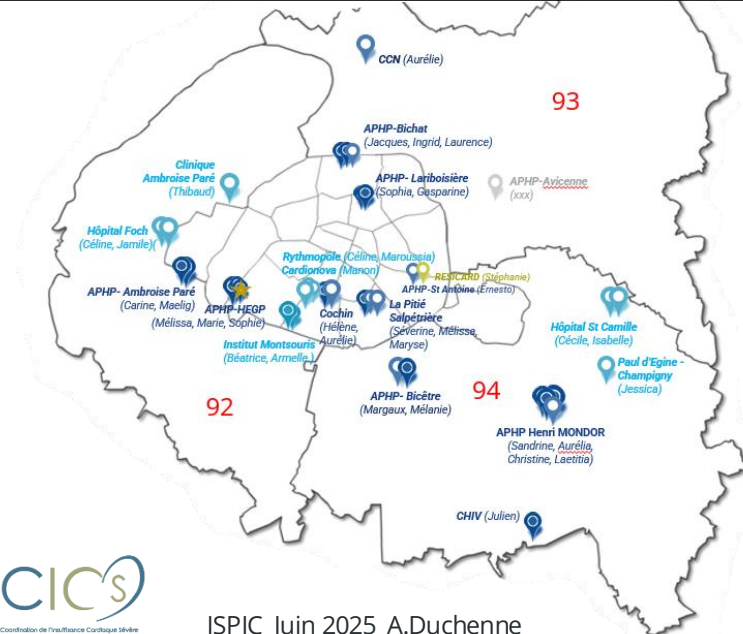
RÉF: NOR : *SSAH1936424A*

!! A copier partout sur les ordonnances, compte-rendu et courrier des Ispic !!

160 IDE formés au PCIC depuis 2019 (8 sessions)



En 2025, 44 équipes fonctionnent avec le PCIC, réparties dans 12 régions + 1 DOM, avec 77 ISPIC et >150 délégués



- Structure public
- Structure privé
- Cabinet libéral
- Réseau de soins
- En projet

- Formation mixte IPC+IPA



Profil(s) infirmier(s)

- **IDE de Coordination** : savoir travailler en autonomie, se positionner, entretenir un réseau
- » » ■ **IDE d'ETP** : savoir informer, avoir le sens de la pédagogie, être positionner dans différentes modalités de relation d'aide, de renforcement positif et d'accompagnement
- **IDE expert** : connaissance pointue de l'insuff. cardiaque, l'histoire naturelle de cette maladie, les parcours possibles, les traitements
- **IDE au clair avec son projet professionnel** :
 - Savoir douter, s'auto-évaluer et entretenir sa confiance en soi
 - Avoir un projet pro. défini : Infirmière polyvalente prête à s'hyper-spécialiser, s'investir au quotidien et à long terme



Recommandations de bonnes pratiques

- Avoir une bonne connaissance du cadre réglementaire et des limites fixées
=> **Avoir lu attentivement le PCIC.**

- Atteindre un niveau de maîtrise des arbres décisionnels (délégué délégant), repérage des ESI et des circuits => Formation théorique DIU + PC-IC + compagnonnage avec le délégant :
 - Construire le binôme délégant / délégué (confiance)
 - Acquérir le savoir faire et savoir être (positionnement)
 - Repérer les spécificité de structure et de territoire (parcours)

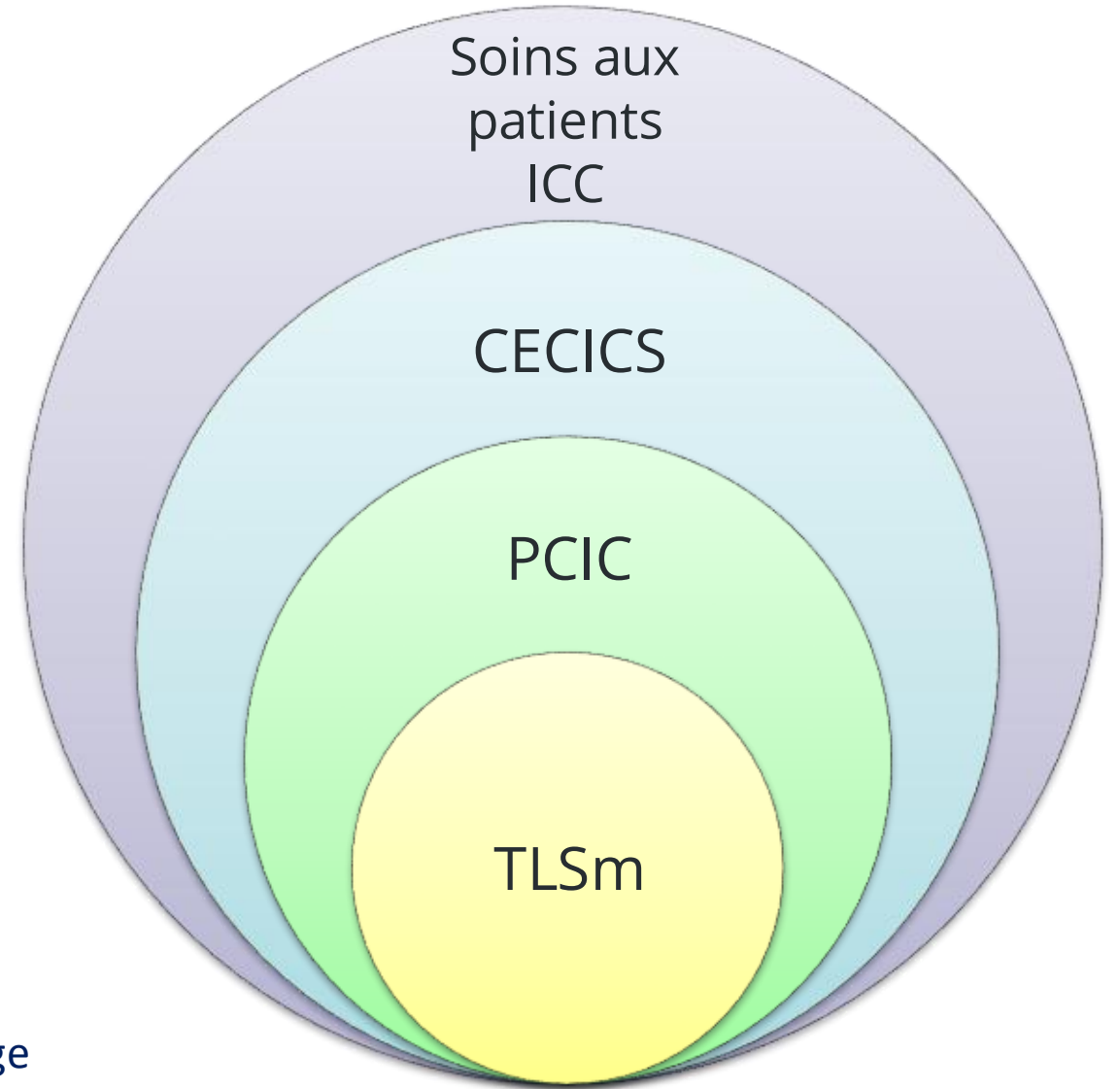
- Définir une organisation délégants/délégués et développer des relations de travail fluide :
 - Lisibilité présences/absence délégants-délégué,
 - Simplicité des circuits de communication = efficacité





CONCLUSION

1. Une CECICS cible les patients ICC particulièrement sévères et instables. Elle permet de valoriser une prise en charge modulaire sans comptage à l'acte, valorisant simultanément l'association de soins médicaux, infirmiers, actions curatives, préventives et de coordination. Les règles de droit commun ont été définies dans un cahier des charges => **FINALITES**
2. Travailler en coopération débute par un engagement collectif et la reconnaissance de chacun des acteurs dans le système = une confiance **INDISPENSABLE ! => QUALITE**
3. La dérogation d'acte et le transfère d'activité implique formation et supervision. Le protocole de coopération fixe le cadre et impose des limites => **SECURITE**
4. La pratique de la TLSm suit des règles minimales d'usage fixées par arrêté. A chaque équipe de s'organiser selon ses moyens et ses priorités => **AJUSTEMENT**





Vidéos suivantes

CECICS_Les fondamentaux (partie 4)



Intégrer le cadre réglementaire de la télésurveillance de l'insuffisance Cardiaque

Cf. 3 vidéos « TLSm _ Réglementation... »

4.a) TLSm _ Contexte et enjeux

4.b) TLSm _ Processus de mise en place

4.b) TLSm _ Risques et vigilances