



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

PARCOURS IC DANS LE TERRITOIRE DE LA CPTS GRAND AMIENS

QUELQUES DONNÉES DE L'ASSURANCE MALADIE...

04/10/2023

POURQUOI L'INSUFFISANCE CARDIAQUE ?

01

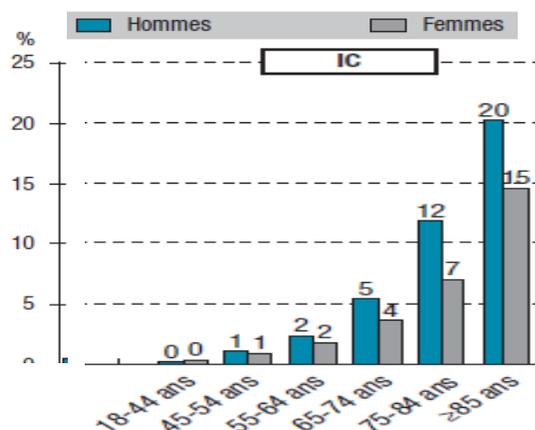
LES ENJEUX

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN FRANCE : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

Une pathologie...

...fréquente :

- . prévalence : 2 à 3%, croissante avec l'âge
- . 1,5 millions de patients connus

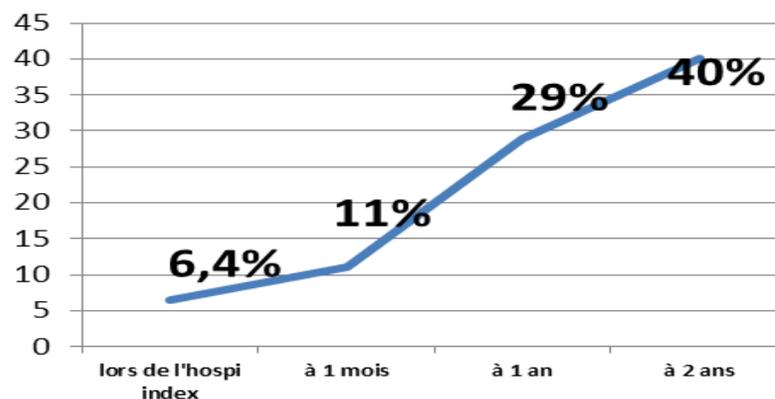


BEH 2014

...sévère :

- . 70 000 décès annuels
- . 165 000 hospitalisations annuelles
- . 2 à 6 comorbidités chroniques associées*

Taux de mortalité (toutes causes) au décours d'une hospi pour IC aiguë
(étude base de données Assurance Maladie, N = 70 000 patients)



Tuppin P, Arch Card Dis 2014

* Conrad N, Lancet 2018

...et coûteuse :

dépenses liées à l'augmentation de l'espérance de vie et l'amélioration des pratiques, mais pas seulement

3,1 milliards € en 2019
(N = 860 700 assurés)

Importance des réhospitalisations potentiellement évitables

(source ATIH)

Rapport Charges et Produits 2022,
Assurance Maladie

PARCOURS INSUFFISANCE CARDIAQUE : POINTS D'ATTENTION

Les travaux des agences de santé, des sociétés savantes et les publications scientifiques nationales et internationales ont permis d'identifier des points critiques, situations à risque émaillant le parcours de soins du patient insuffisant cardiaque.

Intérêt d'une démarche parcours portée par les CPTS : intégration de tous les acteurs de santé, lien ville-hôpital



INSUFFISANCE CARDIAQUE : UNE MALADIE MAL CONNUE DES PATIENTS

Un tiers des patients sortant d'hospitalisation pour décompensation cardiaque n'ont pas conscience d'être insuffisants cardiaques

31 % des patients présentaient des symptômes de décompensation cardiaque depuis au moins 2 mois avant l'hospitalisation

Symptômes ayant conduit à l'hospitalisation :
essoufflement (64%), gonflements/œdèmes (26%) , fatigue sans raison (13%) , prise de poids rapide (10,5%)

Source : enquête IC-PS2 (Groupe IC et Cardiomyopathies – SFC), printemps 2018 , auprès de 800 patients hospitalisés, questionnaire court sur symptômes et connaissance de la maladie

Insuffisance cardiaque.

Et si votre cœur
essayait de vous dire
quelque chose ?

EN SAVOIR PLUS



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

EN RÉSUMÉ

L'insuffisance cardiaque en France....

....est une pathologie fréquente probablement sous-diagnostiquée...

- sensibilisation des populations à risque et des professionnels de santé (dépistage, reconnaissance des signes annonciateurs d'une décompensation...)

...affectant particulièrement les sujets âgés, fragiles et atteints de comorbidités

- Nécessité d'une approche « intégrée » du parcours de soins :
 - Identifiant et ciblant les acteurs du parcours
 - Garantissant une coordination entre eux centrée autour du patient
 - Considérant la prise en charge de la fragilité, de la précarité, des comorbidités

...avec un pronostic défavorable majoré à chaque hospitalisation pour décompensation

- Prévention des points de rupture dans le parcours de soins pour éviter les hospitalisations évitables

02

LES RÉFÉRENTIELS ET LES PROBLÉMATIQUES

LES RÉFÉRENTIELS

HAS : Guide du parcours de soins IC (juin 2014)

Déterminent le suivi pluri professionnel du patient après une hospitalisation :

- **Consultation par le médecin traitant et le cardiologue**
- **Recommandations de coordination des professionnels autour du patient**

CNP de cardiologie et CMG : Points clés du suivi du patient IC (sept. 2021, validé HAS janv. 2022)

- **Un parcours analysé et balisé par les acteurs (associations de santé, CNP cardiologie, CMG...) avec des indicateurs de parcours proposés**

EXEMPLES DE POINTS DE RUPTURE DANS LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE

1/ la décompensation de l'insuffisance cardiaque : reconnaître tôt pour agir vite...et éviter si possible l'hospitalisation

. Enjeu : accompagner le patient dans la reconnaissance de signes et symptômes précurseurs (patients insuffisants cardiaques connus ET patients porteurs de pathologies à risque d'évolution vers l'IC)

2/ la gestion de la phase intra-hospitalière : sensibiliser à une approche diagnostique et thérapeutique globale

. Enjeu : identifier et traiter les facteurs de décompensation et comorbidités / promouvoir l'éducation thérapeutique

3/ la sortie d'établissement : gérer la transition hôpital - ville

. Enjeu : sécuriser la sortie du patient en balisant le plan de soins / optimiser le parcours initial en secteur ambulatoire en renforçant la coordination des acteurs / promouvoir l'éducation thérapeutique

EXEMPLES DE POINTS DE RUPTURE DANS LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE

4/ le suivi en secteur ambulatoire : accompagner, sensibiliser et prévenir

. Enjeu : optimiser l'éducation thérapeutique pour responsabiliser le patient, sensibiliser au poids des comorbidités, favoriser le lien entre les acteurs de soins, aider à la consolidation de circuits courts de prise en charge

5/ la titration médicamenteuse dans l'IC à FEVG altérée

. Enjeu : éviter la déstabilisation précoce de la maladie liée au recours sub-optimal à la thérapeutique pharmacologique

03

LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL

QU'EST-CE QUE L'ODT ?

L'ODT ou Outil de Diagnostic Territorial est un outil développé par l'Assurance Maladie à partir de ses bases.

Son champ est « les bénéficiaires inter-régime du territoire, de 18 ans et plus , IC en 2019 au sens de la carto.CNAM »

Il présente le suivi sur 2020/2021 des patients vivants au 01/01/2020 et hors résidents EHPAD

LE CONTEXTE TERRITORIAL

Description des patients IC - 2019

	Nombre de patients	% de femmes	Age moyen	Age median	% de bénéf. CMU-C/C2S
GRAND AMIENS	1 892	53%	78,2	81,0	12%
Region	77 177	51%	77,7	81,0	9%

Patients IC vivants au 01/01/2020 et hors résidents en EHPAD

	Population sans séjour index (SI)			Population avec séjour index		
	Nombre de patients	Age moyen	% de femmes	Nombre de patients	Age moyen	% de femmes
GRAND AMIENS	1 142	74,6	49%	256	80,6	57%
Region	49 167	75,0	49%	10 439	79,7	52%

Nb. : Pour les patients hospitalisés entre 2020/2021, identification d'un séjour index : 1er séjour MCO pour IC au cours de la période

Dans la population avec séjour index : 34% avaient une FEVG \geq 50% (nb:30% non précisée) **donc 46% avec une FEVG <50%**

INDICATEURS DE MOYENS : RECOURS A LA VACCINATION ET AUX ACTEURS DE SOINS EN AMONT ET EN AVAL DE L'HOSPITALISATION

<i>Vaccinations</i>	% de patients vaccinés contre la grippe par période de vaccination	% de patients vaccinés contre le pneumocoque
GRAND AMIENS	60,5%	26,8%
Region	60,6%	20,6%

<i>Recours aux acteurs de soins</i>	Nb moyen annuel de contacts MG	Nb moyen annuel de contacts cardio.*	Nb moyen annuel de soins infirmiers
GRAND AMIENS	11,2	1,8	51,8
Region	9,9	1,6	64,2

*Les contacts Cardio sont identifiés à partir des soins de ville, des consultations externes, de l'HDJ de suivi, du passage en SSR Cardio et par la réalisation d'échocardiographies.

Il est constaté un taux de vaccination faible notamment contre le pneumocoque.

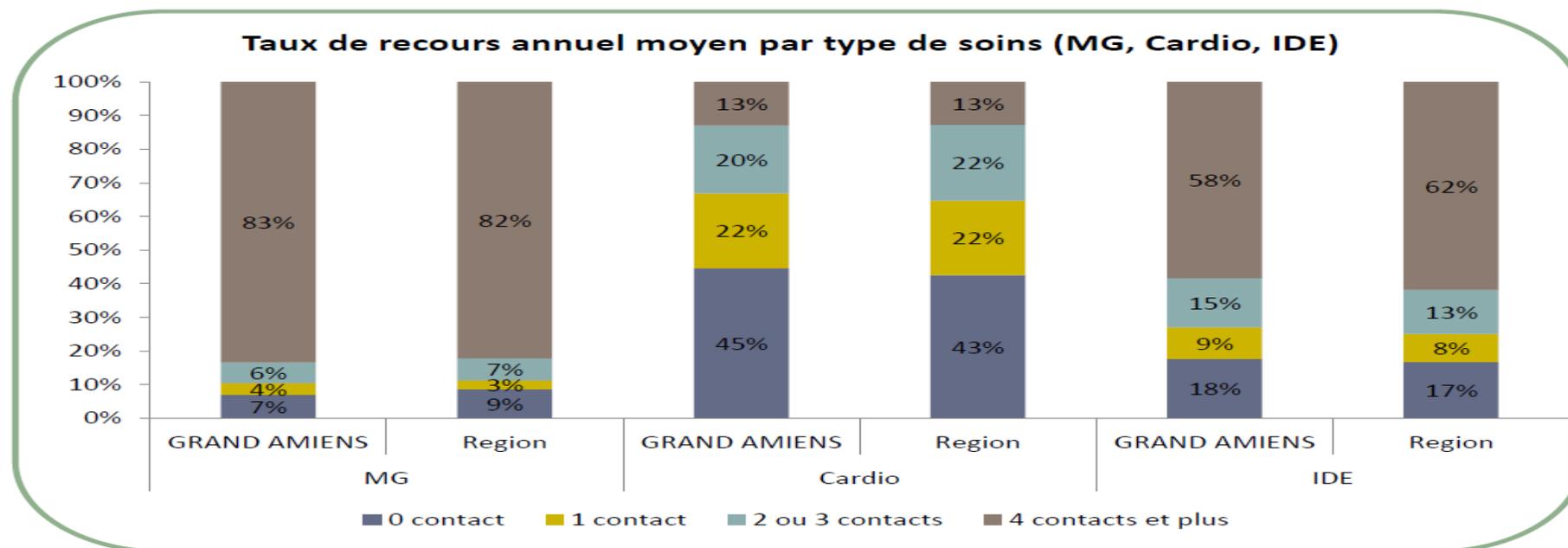
En moyenne les patients sont bien suivis par leur médecin généraliste et le cardiologue mais il existe une disparité (cf ci-dessous)

INDICATEURS DE MOYENS : TAUX DE RECOURS AUX SOINS EN 2020/2021 EN AMONT ET EN AVAL DE L'HOSPITALISATION

Taux de suivi annuel : MG

CARDIO

IDE

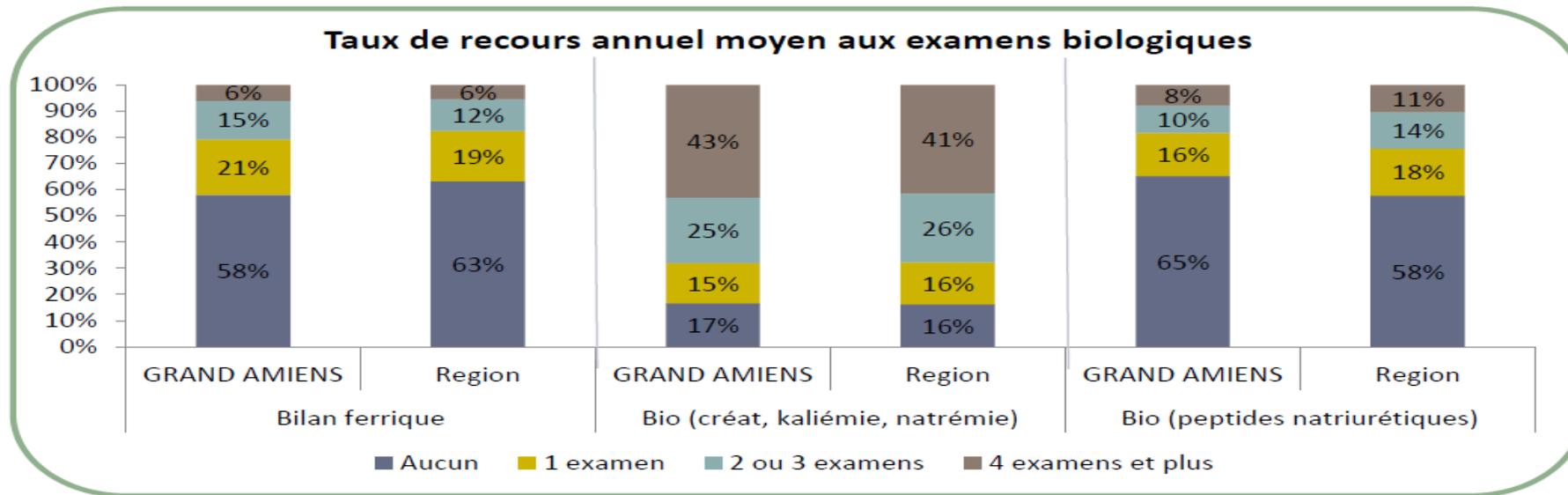


45% des patients n'ont pas consulté le cardiologue dans l'année(mois précédant le séjour index)

Nb : Il existe une densité de généralistes et de cardiologues + élevée qu'en région . Par contre la densité des IDE + basse

INDICATEURS DE MOYENS : RECOURS AUX BILANS BIOLOGIQUES EN AMONT ET EN AVAL DE L'HOSPITALISATION

Tx de recours annuel: Bilan ferrique Créat Na K peptides Natriurétiques



Si un certain nombre de patients a bénéficié d'un bilan bio standard dans l'année(créat. Kaliémie et natrémie) , à peu près **60%** n'ont bénéficié d'aucun bilan ferrique ou de peptides natriurétiques

LES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR IC : CARACTÉRISTIQUES ET RECOURS AUX SOINS EN AMONT DU SÉJOUR INDEX

Description du séjour index	DMS (en jrs)	% d'entrée par les urgences	% de séjours avec passage en soins critiques*	Score de Charlson median	% de patients IC avec comorbidités
GRAND AMIENS	10,7	65,6%	21,1%	4	75,0%
Region	11,3	71,4%	23,3%	4	78,0%

* Réanimation, soins intensifs ou surveillance continue

En amont du SI	Recours au MG ds le mois prec. SI	Cardio. 3 mois avt SI	Cardio. 1 mois avt SI	Délai médian entre dernier contact MG ou Cardio et SI (en jrs)
GRAND AMIENS	71,9%	34,4%	18,8%	8
Region	73,1%	32,9%	15,7%	10

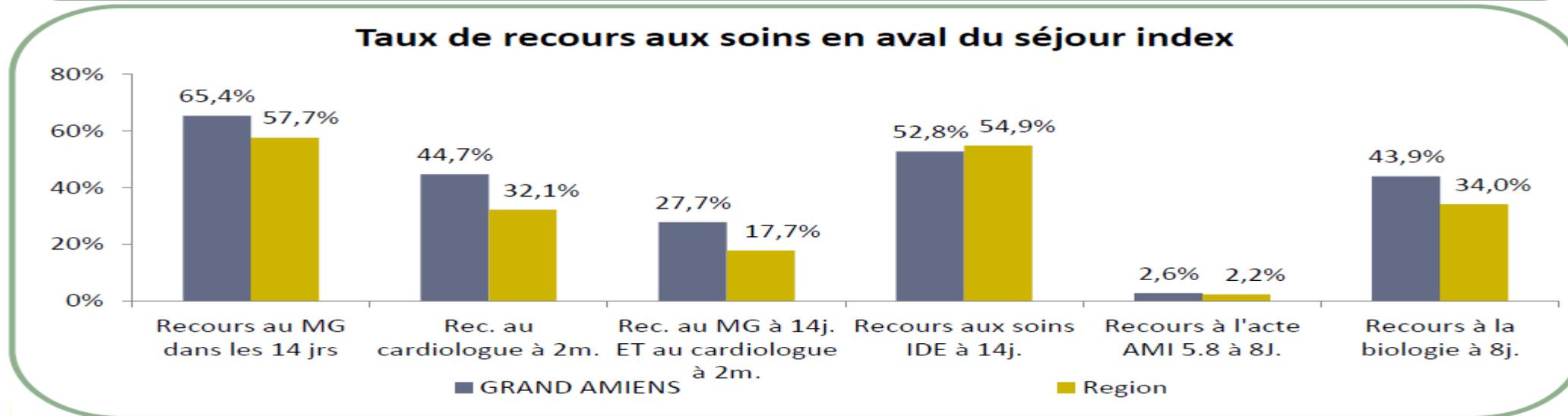
En amont du SI	Au moins un dosage BNP/NT pro-BNP entre le dernier contact MG/Cardio et le SI	Délivrance ponctuelle de diurétiques de l'anse dans le mois précédant le SI*
GRAND AMIENS	11,7%	45,2%
Region	14,6%	46,6%

*Exclusion des patients sous diurétiques de l'anse au long cours avant le SI

2/3 des patients sont rentrés par les urgences , dans ¼ des cas ils sont passés par les soins critiques
 Patients comorbides dans ¾ des cas(id région)
 Près de la moitié avaient bénéficié de la mise en place d'un traitement diurétique avant le séjour
 On constate une sous utilisation du dosage BNP/NT pro-BNP

LES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR IC : CARACTÉRISTIQUES ET RECOURS AUX SOINS EN AVAL DU SÉJOUR INDEX

<i>En aval du SI</i>	Délai médian post hospit. (en jrs)		Taux de recours au SSR		Taux de recours au SSR Cardio		Taux d'orientation en HAD
	MG	Cardio	A 30 jours	A 3 mois	A 30 jrs	A 3 mois	A 7 jours
GRAND AMIENS	6	38	2,9%	5,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Region	7	62	3,8%	8,7%	0,2%	0,6%	0,3%



Le taux de recours au MG dans les 14 jours et au cardiologue dans les 2 mois selon les reco. HAS était de 27,7%

INDICATEURS THERAPEUTIQUES : PATIENTS IC À FEVG ALTÉRÉE (<40%)

	Nb de patients		Age median		% de femmes	
	Sans SI*	Avec SI	Sans SI	Avec SI	Sans SI	Avec SI
GRAND AMIENS	143	59	76	72	39,9%	33,9%
Region	4 666	2 813	77	71	33,0%	35,5%

*FEVG renseignée lors des hospitalisations pré-période d'étude

TRAITEMENTS DE FOND (% de patients à FEVG altérée avec au moins 3 délivrances annuelles de médicament)

1/ PAR MOLECULE

<i>Traitements de fond</i>	Bétabloquants		IEC/ARA2*		Sacub./Valsartan	
	Sans SI	Avec SI	Sans SI	Avec SI	Sans SI	Avec SI
GRAND AMIENS	52%	54%	53%	54%	10%	14%
Region	63%	52%	55%	43%	17%	16%

*Sacubitril/valsartan inclus

<i>Traitements de fond</i>	ARM*		Diurétiques autres (IC)		Gliflozines	
	Sans SI	Avec SI	Sans SI	Avec SI	Sans SI	Avec SI
GRAND AMIENS	20%	20%	44%	66%	1,40%	0,00%
Region	25%	17%	52%	57%	0,19%	0,25%

*Antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes

INDICATEURS THERAPEUTIQUES : PATIENTS IC À FEVG ALTÉRÉE (<40%)

2/ EN BITHERAPIE OU TRITHERAPIE

<i>Traitements de fond</i>	Bétabloquants ET [IEC ou ARA2 ou sacub./valsart.]		Bétabloquants ET [IEC ou ARA2 ou sacub./valsart.] ET ARM	
	Sans SI	Avec SI	Sans SI	Avec SI
GRAND AMIENS	42%	42%	14%	15%
Region	50%	37%	22%	12%

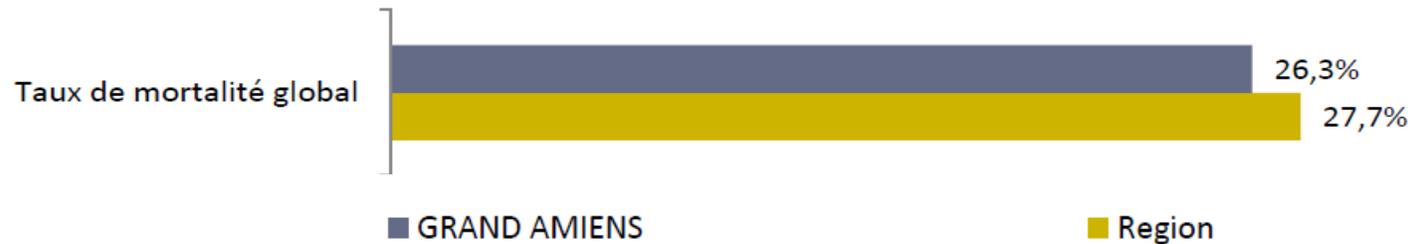
3/ EN QUADRITHERAPIE

<i>Traitements de fond</i>	Bétabloquants ET [IEC ou ARA2 ou sacub./valsart.] ET ARM ET gliflo.	
	Sans SI	Avec SI
GRAND AMIENS	0,70%	0,00%
Region	0,09%	0,11%

LES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR IC : MORTALITÉ

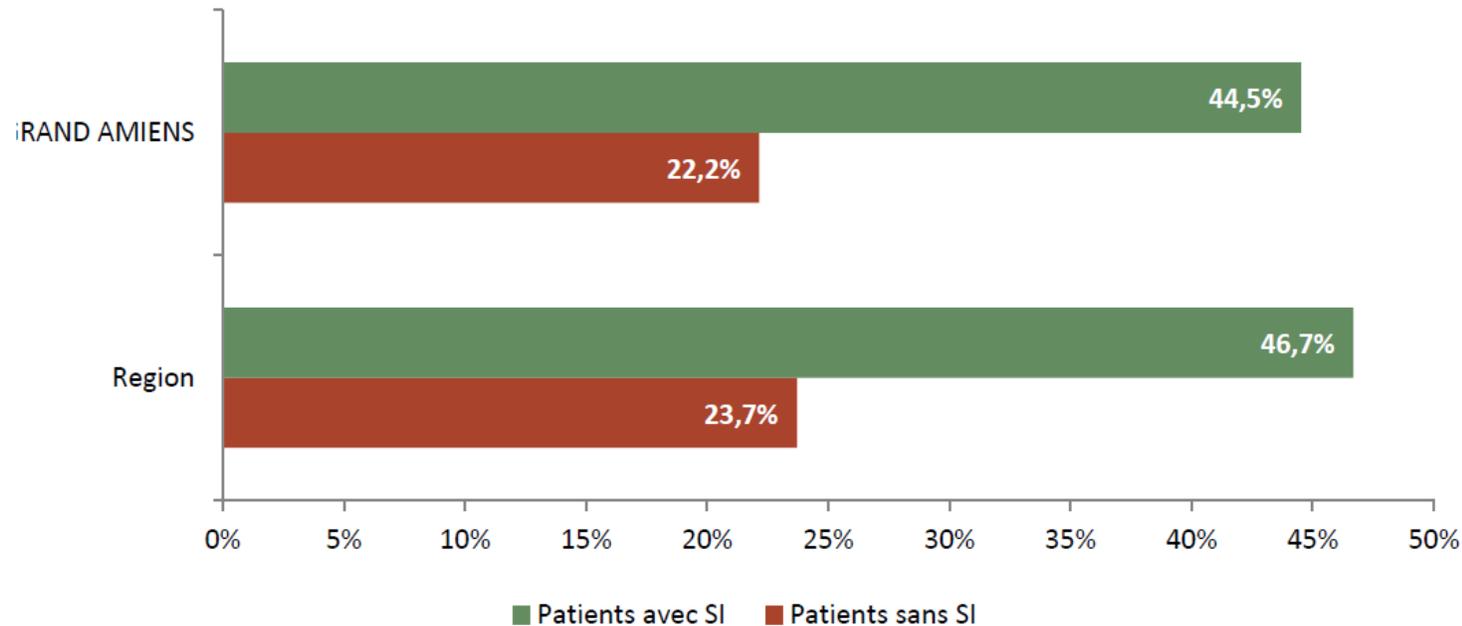
Taux de mortalité des patients IC à fin 2021

Patients vivants au 01/01/2020



Taux de mortalité à fin 2021

Patients Sans SI versus Patients avec SI vivants au 01/01/2020



LES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR IC : TAUX DE REHOSPITALISATION

Patients avec SI

Taux de réhospitalisation pour motif IC

	A 30 jours	A 3 mois	A 6 mois
GRAND AMIENS	6,9%	15,5%	26,5%
Region	7,9%	18,7%	27,4%

1/PATIENTS SANS COMORBIDITE

Pat. IC/SI sans comorbidités

Taux de réhospitalisation pour motif IC

	A 30 jours	A 3 mois	A 6 mois
GRAND AMIENS	3,3%	10,2%	26,7%
Region	7,0%	16,3%	23,5%

2/PATIENTS AVEC COMORBITES

Pat. IC/SI avec comorbidités

Taux de réhospitalisation pour motif IC

	A 30 jours	A 3 mois	A 6 mois
GRAND AMIENS	8,2%	17,6%	26,2%
Region	8,2%	19,5%	28,6%

Le taux de réhospitalisation est plus élevé à 30 jours et 3 mois chez les patients avec comorbidités mais se rejoint à 6 mois avec un taux de 26% chez les 2 typologies de patients

04

LE PARCOURS IC EN CPTS

POURQUOI UN PARCOURS INSUFFISANCE CARDIAQUE EN CPTS ?

Parcours de soins comportant :

- des enjeux de **santé publique** avec des marges d'amélioration au regard des **référentiels**
- des enjeux d'**organisation et d'amélioration des conditions d'exercice des PS**
- des enjeux de **qualité de vie pour les patients**

Dans ce cadre, l'assurance maladie peut apporter un soutien attentionné à la réflexion des acteurs de soins pour la mise en œuvre de ce parcours, en particulier en fournissant les outils de diagnostic territorial centrés sur l'insuffisance cardiaque et adaptés aux territoires des CPTS , et en participant à l'information sur les dispositifs et référentiels disponibles.

MERCI DE VOTRE ATTENTION

NOUS SOMMES À VOTRE DISPOSITION POUR ÉCHANGER

