



Organisation des soins : Parcours de soin – HAD : expérience de l'hôpital de Toulon

Jean-Michel Tartièvre

FILIère d'Evaluation et d'Accompagnement dans le parcours de Soins de l'insuffisant cardiaque



Cellule Promotion et Soutien de la Recherche
Direction des Affaires Médicales et de la Recherche
Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon et La Seyne sur mer
Hôpital Sainte Musse - 54, rue Henriette Claire Deville
CS 31412 - 83050 TOULON CEDEX



CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
TOULON - LA SEYNE SUR MER



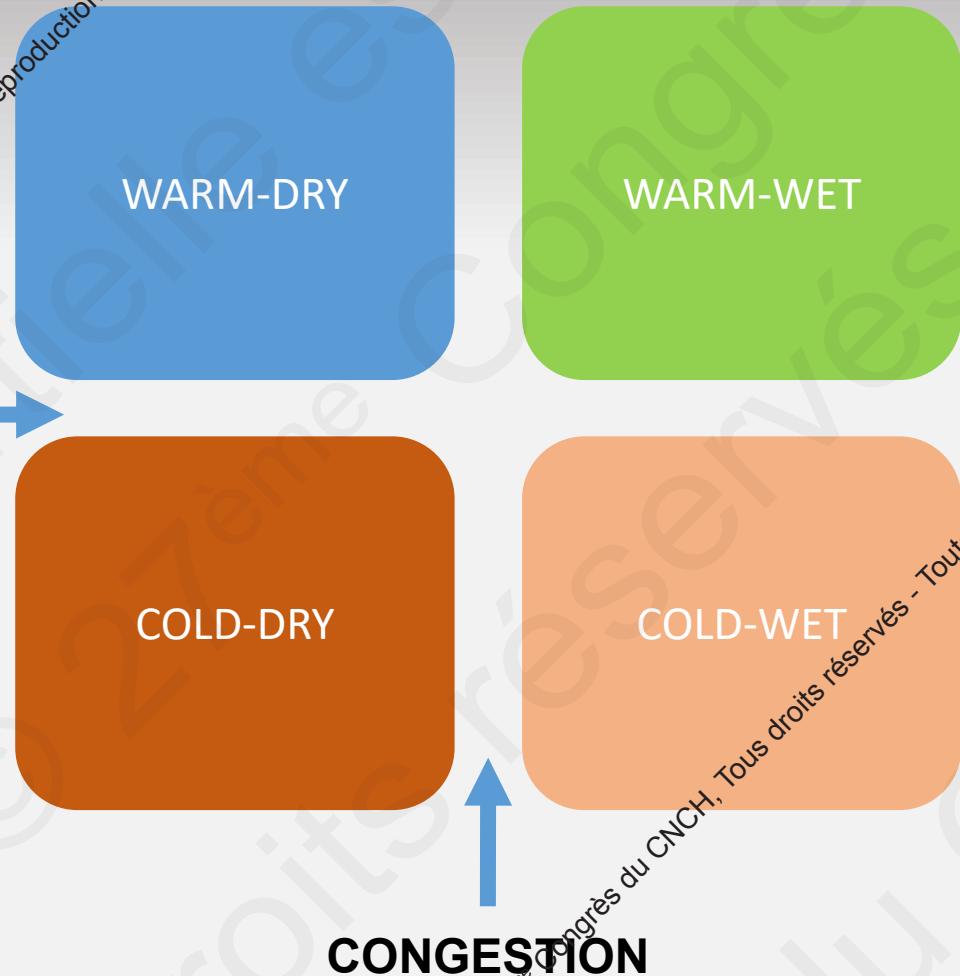
- Board et réunions d'experts : AstraZeneca, Bayer, Novartis, Pfizer, Vifor, NovoNordisk
- Travaux de recherche biomédicale : Amgen, Bayer, Novartis, Servier, Vifor
- Congrès et autres : Airliquide, AstraZeneca, AB Medica, Amgen, Bayer, Boehringer Ingelheim, BMS, NovoNordisk, Novartis, Pfizer, Philips, Vifor, WeHealth



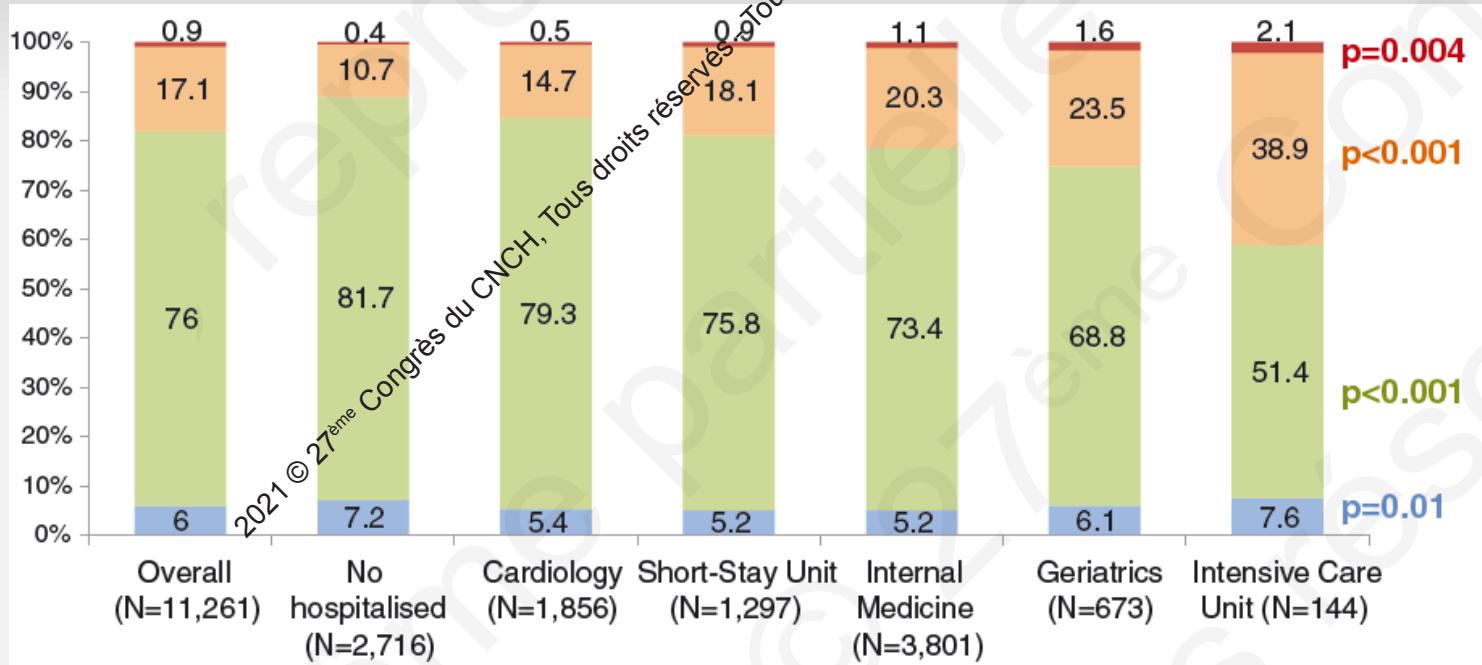
- 1.5 million de patients
- Age médian 81 ans
- 3 min = 1 hospitalisation
- 1 milliard = coût hospitalier
- Recours hospitalier France >> OCDE
- 80% hospitalisations évitables



HYPOPERFUSION



11 261 patients consécutifs hospitalisés pour ICA dans 41 SAU différents sur 2 mois



Cold – Dry
Cold – Wet

Warm - Wet
Warm - Dry

80 ans, 55.5% femmes, FE 52%,
antécédent ICA 57.7%

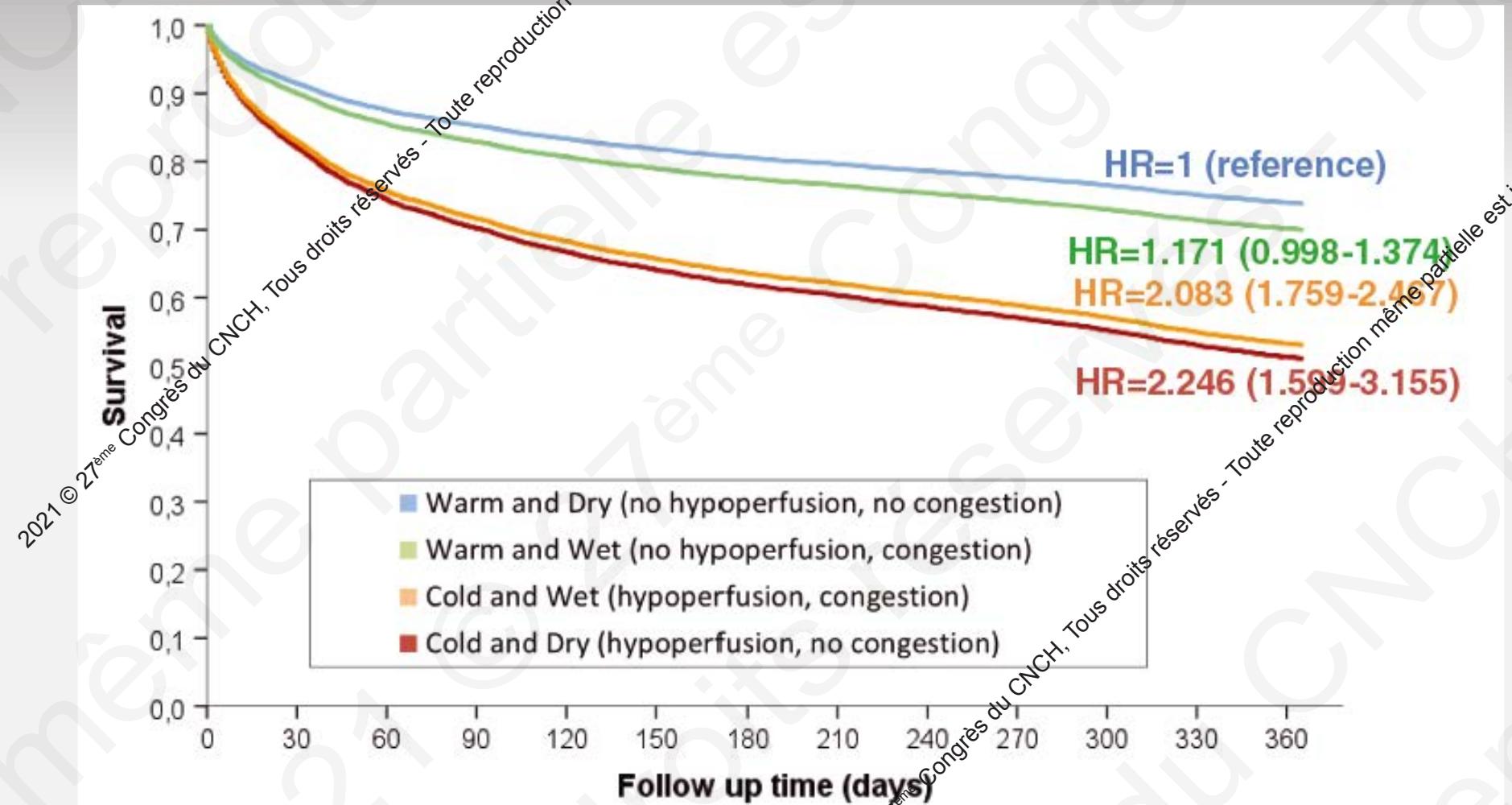
76% des ICA : congestifs sans
hypoperfusion (**Warm – Wet**)

75% pris en charge hors cardio
ou USI

DMS 8 jours



Registre EHAFE : 11 261 patients consécutifs hospitalisés pour ICA dans 41 SAU différents sur 2 mois





Le profil Warm-Wet est le plus fréquent avec un risque d'évolution défavorable « acceptable » à court terme



Mode de prise en charge numéro 8 (MDP 8) pour « autres traitements »

Mais également discutable (MDP1-assist respi, MDP2-nutrit ent, MDP3-IV, MDP4-s. pall, MDP14-nurs lourd)

Seulement 203 patients inclus dans 3 ECR



Author	Study	Study Population	Finding
Patel H. et al. [33]	Home care as an option in worsening chronic heart failure—a pilot study to evaluate feasibility, quality adjusted life years and cost-effectiveness.	31 patients seeking medical attention at hospital for worsening CHF were randomized to home care or conventional care.	Reduction in cost of care for selected patients with CHF eligible for hospital care might be achieved by early discharge from hospital followed by home visits.
Tibaldi V. et al. [34]	Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure: a prospective randomized controlled trial.	101 patients randomly assigned to the general medical ward ($n = 53$) or to the Geriatric Home Hospitalization Service ($n = 48$).	(a) Substitutive hospital-at-home care is a viable alternative to traditional hospital inpatient care for elderly patients with acutely decompensated CHF (b) No difference in mortality at 6 months and number of subsequent hospital admissions was observed. (c) Geriatric Home Hospitalization Service patients experienced improvements in depression, nutritional status, quality-of-life scores and had longer time to first additional admission.
Mendoza H. et al. [35]	'Hospital at home' care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure.	Eighty patients over the age of 65 years who presented at the emergency department with decompensated HF randomly assigned to inpatient hospital care or Hospital at Home.	Hospital at home care allows an important reduction in the costs during the index episode compared with hospital care, whilst maintaining similar outcomes with respect to cardiovascular mortality and morbidity and quality of life at 1 year follow-up.
Meta-Analysis			
Qaddoura A. et al. [36]	Efficacy of Hospital at Home in Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis.	Meta-analyzed results from 3 RCTs ($n = 203$) and narratively synthesized results from 3 observational studies ($n = 329$).	Hospital at Home appears to increase time to readmission, reduce index costs and improve health-related quality of life among patients requiring hospital-level care for HF.

2021 © 27ème Congrès du CNCF. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Eur. J. Heart Fail. 2008, 10, 675-681.
Eur. J. Heart Fail. 2009, 11, 1208-1213.
Arch. Intern. Med. 2009, 169, 1569-1575.
PLoS ONE. 2015, 10, e0129282.
Healthcare 2018, 6, 31; doi:10.3390/healthcare6020031.



Evaluation
Coordination



alerte



sécurisation



Gérontologue



équilibration

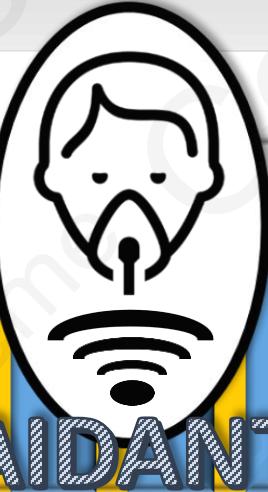


Généraliste

Clôture HAD
Projet



Adapté de Le Caignec M., Tartiere JM. Et al. Soins Gerontol.2021 (in press)



Télésurveillance



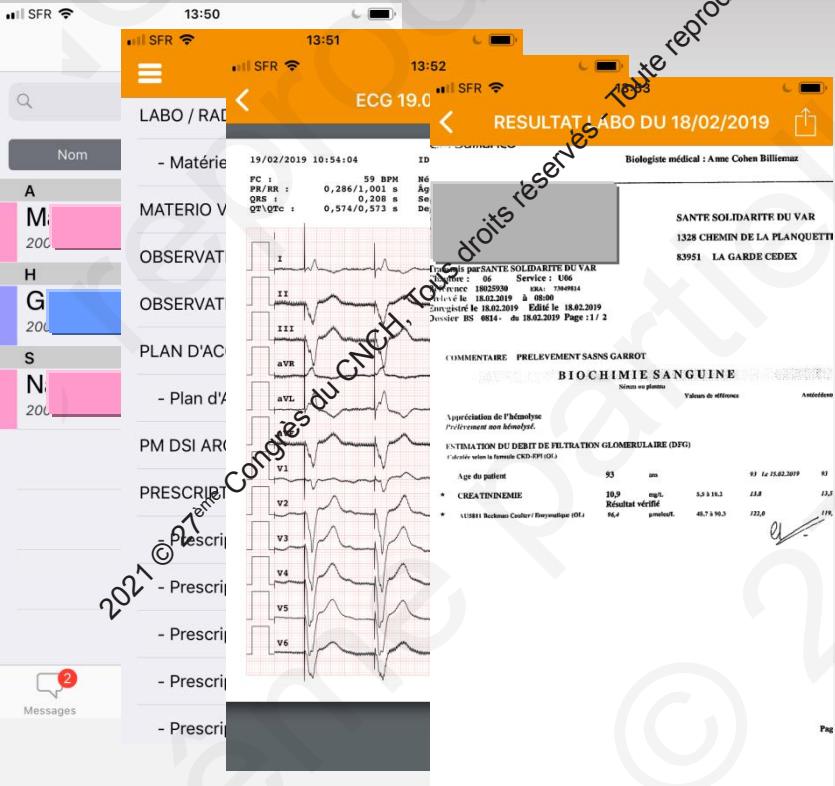
Cardiologue



Spécialiste



Généraliste



HAD : Dossier patient dématérialisé : AtHome.
Alimentation du dossier à partir des données de ville
(IDEL, Bio, ECG, CR, prescription)

Suivi IDEL protocolisé au domicile 2-3 x/j
Suivi Médical Cardiologique 1x/ J avant 16h, 5J/7 et
prescription et aide par l'IDE de coordination hospitalière

Biologie (Na K Creat) 2 à 5x/sem (Laboratoire de ville)

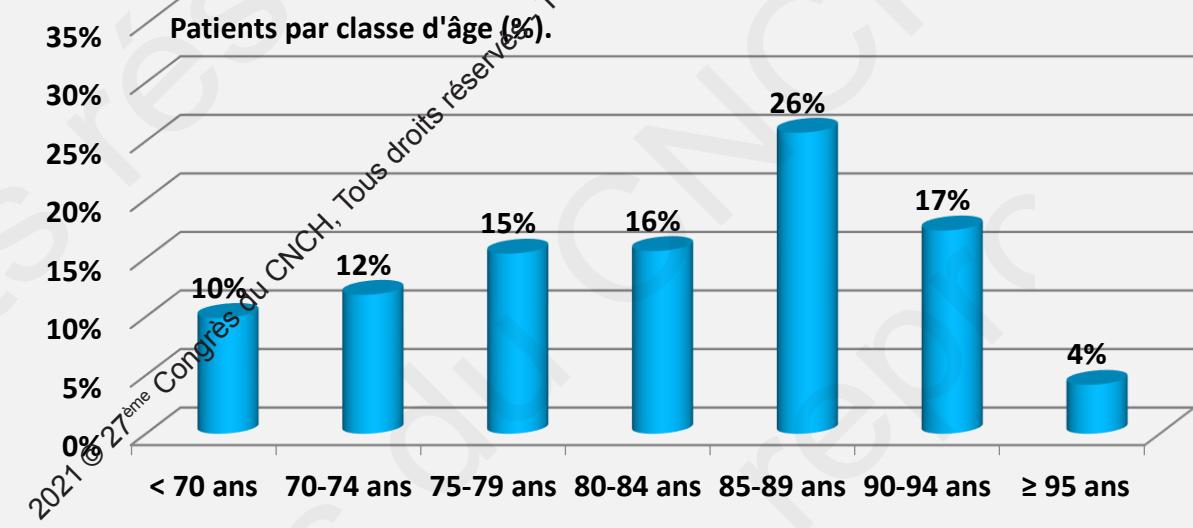
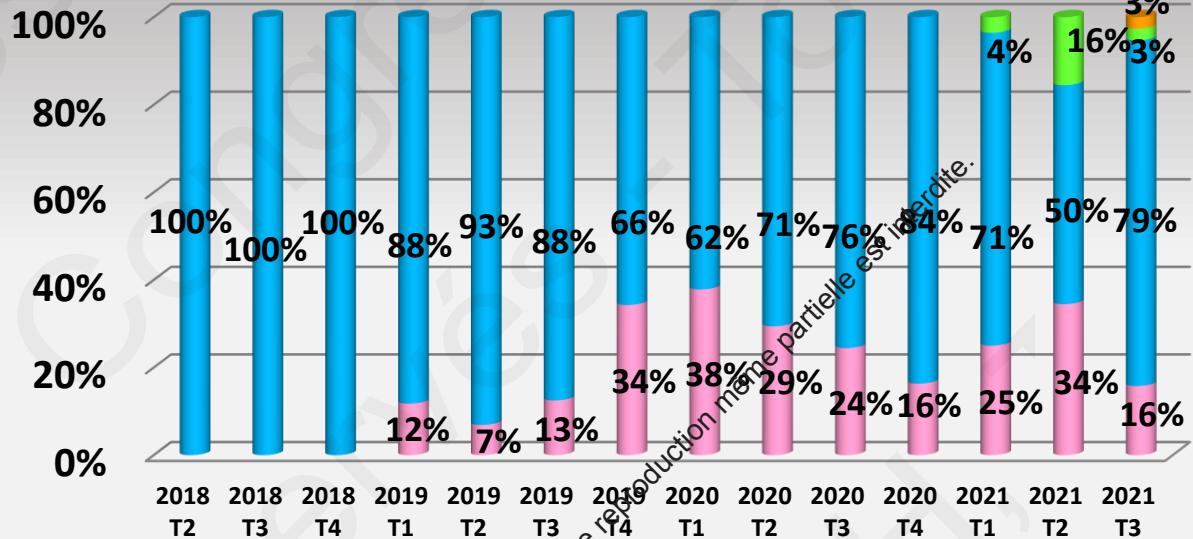
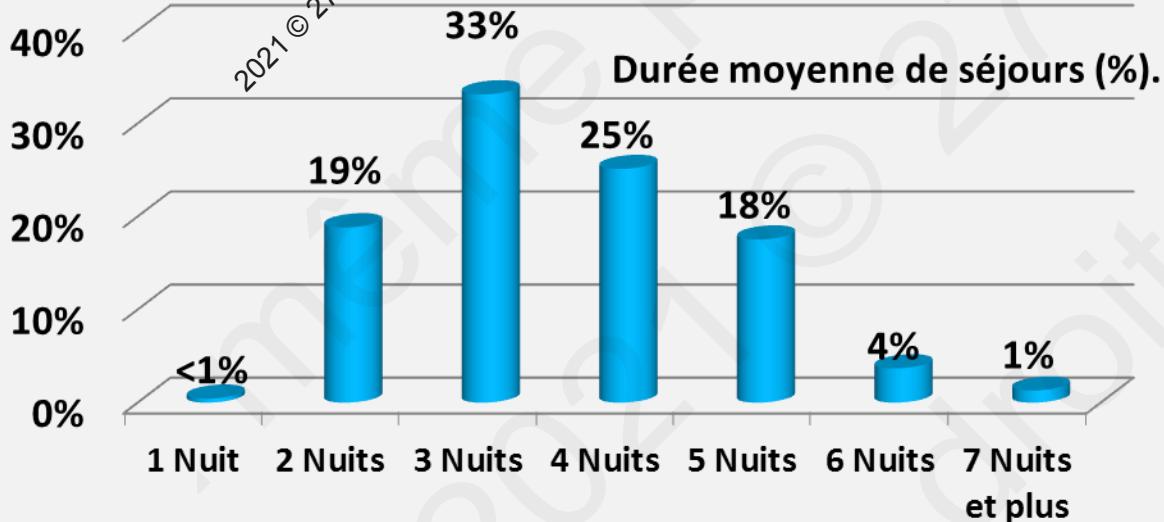
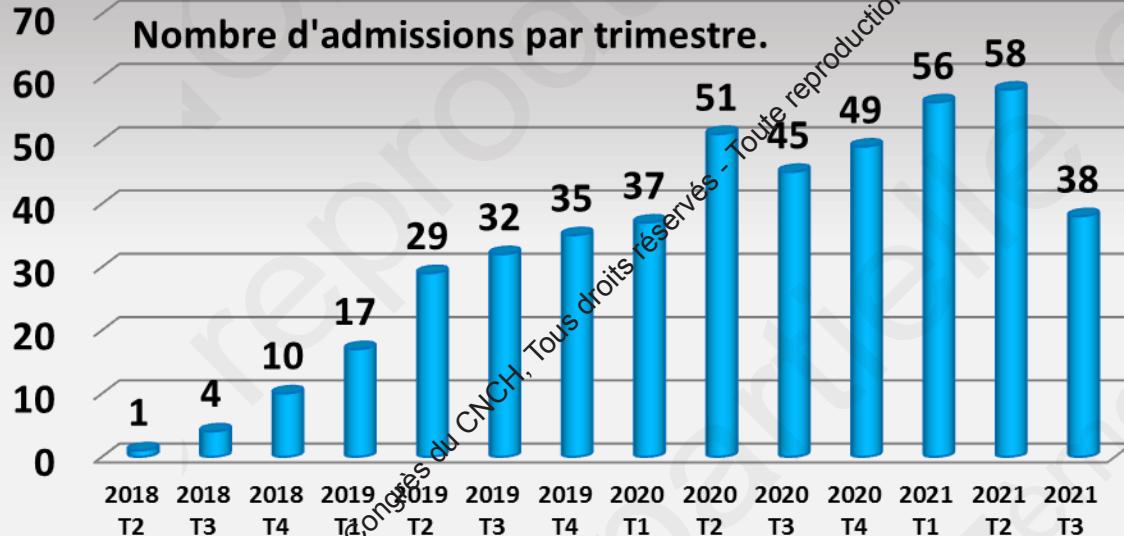
ECG à domicile 1-2x/sem (HAD)

Astreinte cardiologique fériés et WEnd (Cardio)

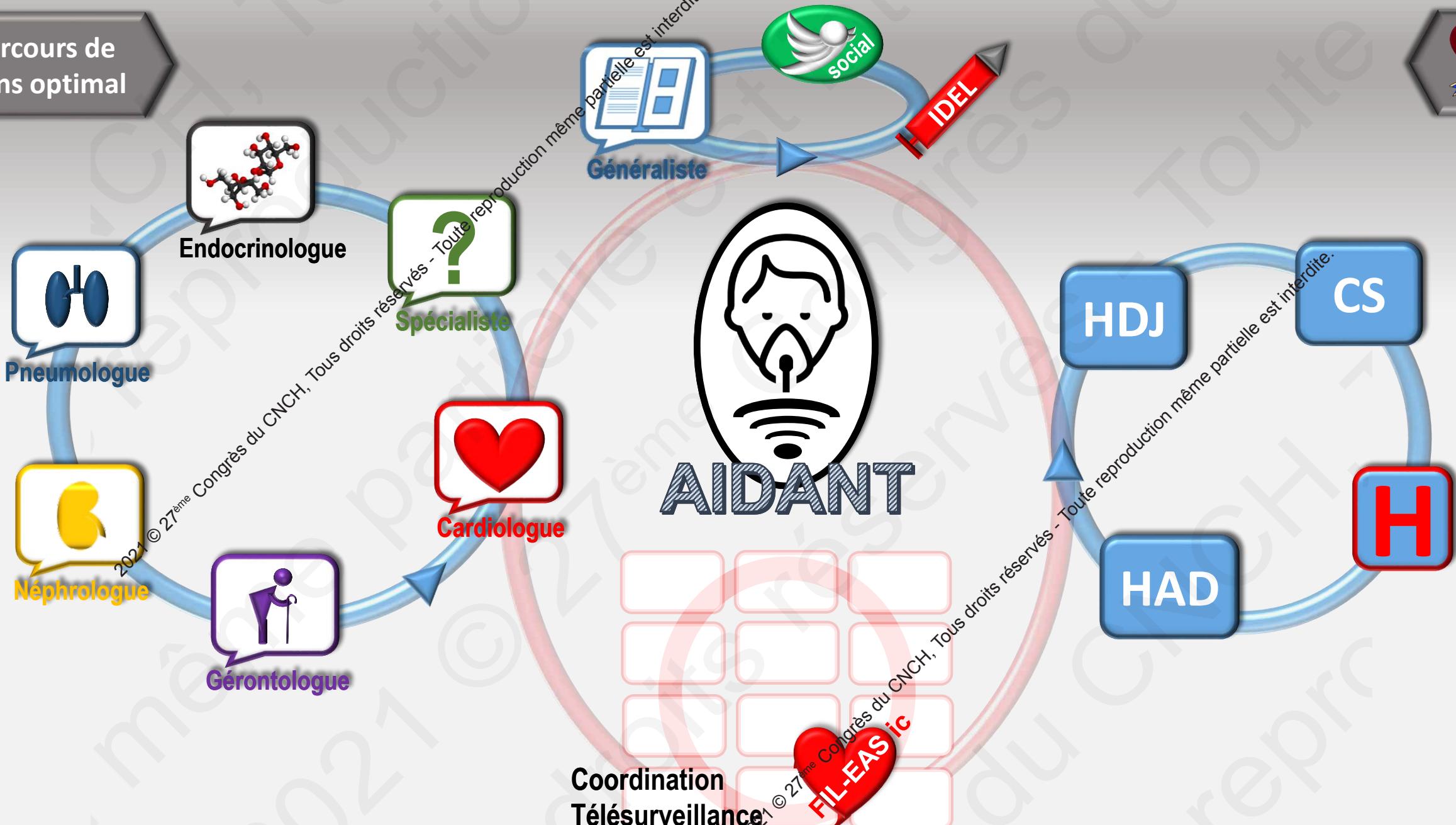
Permanence HAD 24h/24



462 patients, 81.5 ans, 46% femmes, FEVG 44%, NT pro BNP 8363 pg/ml, DMS MCO 3.57 jours



Parcours de soins optimal



Le Futur

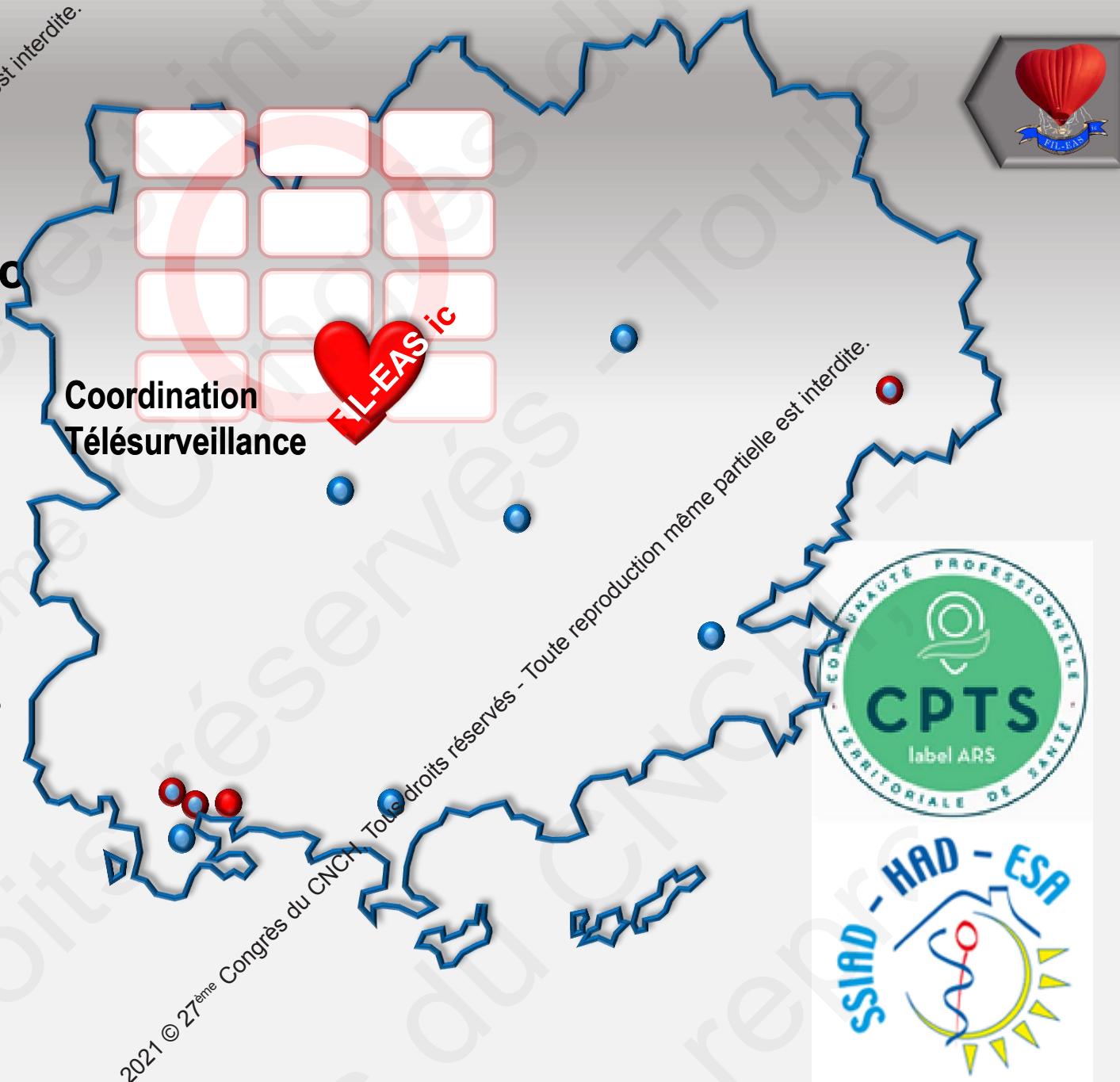
Essai clinique randomisé FIL-EAS ic

Développement sur le GHT

Développement sur la ville par les CPTS

Développement d'outils techniques numériques

Extension à d'autres pathologies chroniques IRenC, IRespC, Diab



Conclusion

- La majorité des patients en ICA peuvent justifier d'une prise en charge en HAD précoce, tous nécessitent un filtre gériatrique et social
- FIL-EAS ic permet une réduction de la DMS intra MCO
- Le MDP8 n'est adapté que si une équipe spécialisée s'empare de la filière avec les acteurs de ville
- Le modèle économique est avant tout basé sur l'autofinancement par baisse de la DMS et le développement de l'ambulatoire
- Le registre et l'essai clinique FIL-EAS ic nous donneront des réponses sur le bénéfice en terme de morbi-mortalité et le coût



2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

FILière d'Evaluation et d'Accompagnement dans le parcours de Soins de l'insuffisant cardiaque

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Merci pour votre attention

