



Efficiencence du PRADO Insuffisance Cardiaque en Occitanie

Pr François Roubille

Dr Claire Duflos

CHU Montpellier

Naissance de l'idée

Problème de santé

- Instabilité en sortie d'hospitalisation pour Insuffisance Cardiaque (IC)
- Nécessité d'un renforcement de la prise en charge
 - En quantité :
 - Surveillance
 - Consultation Médecin Généraliste (MG) à court terme
 - Consultation Cardiologue à moyen terme
 - Auto-surveillance
 - Education thérapeutique
 - En qualité :
 - Coordination
 - Circuit informationnel précis et en temps réel
 - Décision partagée

France, 2013

MG < 7 j

Cardio < 3 M

Concept des soins de transition

- Programmes de visites à domicile
 - +/- de multidisciplinarité
 - +/- d'intensité
- Suivi téléphonique
- Télésurveillance
- Centre de suivi ambulatoire
 - Différents niveaux de spécialisation
- Education thérapeutique pendant l'hospitalisation
- Support par les pairs
- ...

Application par la CNAM-TS

- Méta-analyses sur les programmes de visite à domicile :
 - Réduction du risque de réadmission pour IC de 26 à 49%
 - Réduction du risque de mortalité de 13 à 25%
- Développement du Programme de Retour A DOmicile (PRADO), pour
 - Améliorer l'autonomie et la qualité de vie du patient
 - Diminuer la durée d'hospitalisation
 - Renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant
- À partir de
 - Littérature / Recommandations de sociétés savantes de spécialité
 - Etat des lieux de la pratique habituelle
 - Expérimentation sur quelques territoires

PRADO-IC

- J-... :
 - Sélection du patient par l'équipe hospitalière
 - Initiation du suivi par le Conseiller d'Assurance Maladie (CAM)
 - Rencontre le patient
 - Aide à programmer les premiers RDV de suivi
 - Aide sociale si nécessaire
 - Carnet de suivi
 - Objectifs de traitements définis par l'équipe hospitalière dans le carnet de suivi
- J1-M6 :
 - Education/surveillance :
 - suivi infirmier 2 à 6 mois
 - formation e-learning 2-3 heures
 - Communication entre les professionnels par le carnet de suivi
- Information des médecins libéraux lors de l'inclusion de leur premier patient



Société
Française de
Cardiologie

Quelle preuve réelle ?

REVIEW

Ann Intern Med. 2014;160:774-784.

Transitional Care Interventions to Prevent Readmissions for Persons With Heart Failure

A Systematic Review and Meta-analysis

Cynthia Feltner, MD, MPH; Christine D. Jones, MD, MS; Crystal W. Cené, MD, MPH; Zhi-Jie Zheng, MD, PhD, MPH; Carla A. Sueta, MD, PhD; Emmanuel J.L. Coker-Schwimmer, MPH; Marina Arvanitis, MD; Kathleen N. Lohr, PhD, MPhil, MA; Jennifer C. Middleton, PhD; and Daniel E. Jonas, MD, MPH

*Table 2. Summary of Key Findings and SOE, by Outcome and Intervention Category**

Intervention Category	All-Cause Readmissions		HF-Specific Readmissions		Composite End Point		Mortality	
	30 d	3–6 mo	30 d	3–6 mo	30 d	3–6 mo	30 d	3–6 mo
Home-visiting program	Low†‡	High†	–§	Moderate†	Low†	Moderate†	Insufficient	Moderate†
STS	Insufficient	Moderate	Insufficient	High†	–§	Low	–§	Moderate†
Telemonitoring	Insufficient	Moderate	–§	Moderate	–§	–§	–§	Low
MDS-HF clinic	–§	High†	–§	Insufficient	–§	Moderate	–§	Moderate†
Nurse-led clinic	–§	Low	–§	Insufficient	–§	Insufficient	–§	Low
Primary care clinic	–§	Insufficient	–§	–§	–§	–§	–§	Insufficient
Primarily educational	–§	Insufficient	–§	Insufficient	–§	Low	–§	Low
Other	Insufficient	–§	–§	–§	–§	–§	Insufficient	–§

Quelle preuve réelle ?

- Description imprécise des interventions et des comparateurs
- Interventions complexes sensibles aux conditions d'implémentation

	Littérature	PRADO-IC
• Avantage ressenti	+	+
• Pression des pairs	+	-
• Identification des acteurs aux organisateurs	+	-
• Environnement réglementaire	?	-
• Organisation interne	?	+/-

Etude à bon niveau de preuve

- Essai randomisé contre prise en charge habituelle
- Multicentrique
- Etablissements « non tests »
- Volet quantitatif :
 - Efficience à 1 an (coût pour éviter une hospitalisation pour IC)
- Volet qualitatif
 - Circuit informationnel
 - Leviers et freins dans l'utilisation du PRADO-IC
 - Enquête
 - Professionnels associés (hospitaliers, libéraux)
 - Patients

Conception de l'étude

Le CHU et l'AM

- Premières rencontres avec les instances locales : points de friction
 - Niveau de preuve du PRADO-IC
 - Impact négatif de l'étude sur les objectifs d'inclusion de l'AM
 - Indépendance de la recherche
- Deux leviers mobilisés pour convaincre :
 - Financement par l'IRESP -> discussion avec la CNAM-TS
 - Mise en avant de la collaboration CHU par les instances locales

Le CHU et les libéraux / les patients

- Pas d'implication

Déroulement de l'étude

Interactions CHU-CAM

- Plaquer l'étude sur le circuit habituel
 - Allonge la liste des intervenants (ARC)
 - Freine le recueil des données opérationnelles (dates de RDV)
- Réunions CHU-CPAM
 - Circuit donnant-donnant
 - ARC endossent la charge de communication avec les CAM
 - Patients randomisés dans le bras PRADO
 - Patients souhaitant PRADO
 - CAM retournent l'information sur les dates de RDV
 - Pour saisie directe dans l'eCRF

En pratique

- Circuit relativement fluide
- Objectifs partagés entre les deux équipes
 - Recherche de solutions « génériques » en cours d'étude
 - ARC endossant une partie du rôle des CAM durant le COVID
- Mais
 - Équipes tournantes
 - Contraintes non partagées
 - Temps
 - Manque d'intégration des équipes ?
 - ARC : « les CAM ne font pas partie du CHU »
 - CAM : « manque d'information sur les patients » -> renvoi sur les internes, - impliqués

Volet qualitatif

- Libéraux et patients contactés par téléphone
- Mobilisation de l'URPS et du CDOM
- Peu de retours ...

Conclusions

Leçons

- Communication **MACRO** ne garantit pas la communication micro
- Etape indispensable : identifier les bons interlocuteurs
 - Motivation (mission / intérêt)

Réflexions : recherche participative ?

- Non
 - Intervention déjà définie
- Oui ?
 - Objectifs de l'étude
 - Déroulement de l'étude