

Compte Rendu de la réunion sur le projet de mise en place d'un réseau de l'insuffisance cardiaque dans le Val de Marne. 30 Janvier 2020, Pavillon Montsouris

Présents : L Hittinger, T Damy, M Frelat, S Dias (Mondor), J Belmin, (C Foix), E Berthelot, MT Baly, N Hrynchyshyn (K Bicêtre), X Rovani, S Cosson (P Dégine), C Godreuil (HIA Bégin), I Fromentin, G Motamed ; A Broussier (E Roux), R Megbemado (St Camille), M Sadki (HPLV), M Dalle, V Brunie, K Richard (Chenevier), E Douriez (URPS Pharmacie), P Muller (SIC), S Rochette, M Sancar, E Postansque (Novartis).

Excusés : P Assayag, S Guendouz, S Oghina, A Galat.

T Damy a présenté l'article 51. Cet article vise à proposer des organisations innovantes dans le secteur sanitaire et médico-social dans le but d'optimiser le parcours des malades, la qualité et l'efficacité des soins. Il est important de noter que l'innovation peut se faire en dérogeant à des règles de facturation et de tarification. Le calendrier était serré sur l'année 2018, le démarrage a eu lieu un peu plus tard compte tenu de la gestion administrative. Le projet sur l'Insuffisance cardiaque a été publié le 2 Janvier 2020 par la préfecture de la région IdF. Ce projet est porté par l'APHP qui a constitué un groupe de travail afin de définir l'organisation médico-soignante et construire le modèle économique en lien notamment avec le DIM la DEFIP. Cette expérimentation portant sur le parcours des patients insuffisants cardiaques sévères est autorisée pour une durée de 4 ans, implique les DMU des 5 hôpitaux Universitaires d'Ile de France et les responsables de l'Insuffisance cardiaque dans ces derniers. Son fonctionnement est modulaire comprenant 6 modules : Télésurveillance, Optimisation du traitement de fond, alertes et consultations non programmées, Identification de la fragilité gériatrique, hospitalisation au domicile en substitution à l'hospitalisation classique, télésurveillance des prothèses rythmiques implantées. Le financement est assuré pour partie par l'Article 51 et pour autre partie par les actes ETAPES en lien avec la télésurveillance. Les objectifs sont d'augmenter la proportion de patients ayant les traitements recommandés et ce à doses efficaces ; augmenter la proportion de patients bénéficiant d'une réadaptation à l'effort ; diminuer le nombre annuel de jours cumulés d'hospitalisation conventionnelle pour IC (plus d'une nuit) ; diminuer la mortalité, pour les patients porteurs de prothèses, diminuer les chocs et les consultations pour contrôle, améliorer la satisfaction et la qualité de vie des patients. Les critères d'inclusion sont les patients sévères (hospitalisés dans les 12 mois précédents), très sévères ou instables (Classe NYHA III, NTPROBNP > 1000, doublement de la dose des diurétiques). Les critères d'éligibilité des centres sont d'avoir un cardiologue expérimenté en IC, avoir au moins une IDE identifiée dédiée au projet, être prêt à débiter la télésurveillance, avoir un parcours gériatrique partagé, avoir une stratégie de travail partagé avec les acteurs de la ville, s'engager dans une stratégie de reporting. Un nombre de patients a été défini pour chacun des DMU allant de 100-200 la première année, à 400-450 la quatrième (un peu moins de 5 000 patients devraient ainsi être pris en charge). Le financement total sur 4 ans est 6,9 Meuros, le gain espéré de 2,5 Meuros. La CPAM qui pilote sera particulièrement vigilante à la réduction de la mortalité, au taux de passage en réadaptation, à la prescription médicamenteuse, au taux de consultation de MG dans les 2 semaines ainsi qu'au taux de consultation des cardiologues à deux mois. Pour plus de précision sur l'évolution du parcours de soins se référer au rapport des charges et des dépenses de la CPAM de Juillet 2019. Pour les Hôpitaux de FINC hors APHP. Il apparaît important de suivre ce dossier qui va vraisemblablement modifier le financement des hôpitaux. Il semble dès à présent utile de se lancer dans le protocole de coopération avec les infirmières qui est paru au JO le 31 décembre 2020.

Emmanuelle Berthelot a fait une nouvelle présentation des résultats d'IC Rex. Dans cette présentation, les patients sortis des services de cardiologie et ceux de gériatrie ont été dissociés. Ces derniers sont plus âgés, vivent plus souvent seul, ont un IDH2 plus élevé, ont moins souvent un diagnostic d'amylose, sont plus fréquemment déments ou déprimés, ont un taux de BNP plus élevés, une durée de séjours plus longues, une dose de diurétique moindre et plus de pace maker et moins de défibrillateur. Malgré ces différences la taux d'événements cardiovasculaire à 90 jours est similaire. Les facteurs prédictifs de ré hospitalisations sur l'ensemble de la population sont des antécédents de poussée aigue d'IC, l'amylose, une fréquence cardiaque élevée à la sortie. L'analyse des principales causes d'hospitalisations révèle que les infections et les troubles du rythme sont les principales causes d'une première hospitalisation. Ces causes demeurent les mêmes dans 50 % des cas lors d'une seconde hospitalisation dans l'année. Les autres causes divergent entre la première et la seconde hospitalisation. On convient de poursuivre le travail pour le publier au meilleur niveau. D'exclure dans une nouvelle analyse les patients atteints d'amylose de façon à examiner le poids de l'amylose dans cette étude et de réfléchir à une étude sur le dépistage de l'Amylose chez les plus de 80 ans. La prévalence devrait être plus importante que dans une population plus jeune alors que les données de l'étude vont dans le sens contraire possiblement du fait d'un défaut de dépistage.

L Hittinger a ensuite présenté les réflexions des groupes de travail. 4 Groupes de Travail ont été mis en place : Cardio-gériatrie (2 réunions); Télémédecine (2 réunions) ; Activité Physique Adaptée (2 réunions) ; Observance- Adhésion (1 réunion).

Cardio-gériatrie : 22 Novembre, 20 Décembre : Participants : R Megbenado, X Rovani, A Broussier, G Motamed, S Oghina, L Hittinger. Les Principales conclusions ont été les suivantes : Il existe des actions déjà opérationnelles (Mondor- E Roux ; P Dégine-E Roux) permettant de fluidifier les parcours de soins des patients. Envisager d'ouvrir vers d'autres hôpitaux: les Murets, HP Marne la Vallée. Une volonté de poursuivre le dialogue au travers de réunions de présentation des activités des services de gériatrie et la question de la fragilité des patients âgés. Une réflexion est à mener sur l'amont des procédures lourde (type TAVI) chez les patients âgés pour limiter les complications. Il est nécessaire de préciser les interfaces entre cardio-gériatrie et télémédecine (Gériatrix et Telderm, CCICC ...). Il est nécessaire de réfléchir sur la question de l'Observance et de l'activité physique adaptée chez les personnes âgées.

Télémédecine : 29 Novembre, 9 Janvier. Participants : Isabelle Fromentin, E Berthelot, S Cosson, J Belmin, Luc Hittinger. Principales conclusions: Mise en place d'un questionnaire et extension des participants afin de se faire une idée précise des besoins de FINC mais aussi des cardiologues de l'ACVM et des MG. Intérêt d'organiser une réunion avec présentations des logiciels par les différents fournisseurs de logiciel (Newcard, Satellia, Chronic care connect, Be-optilys...). Intérêt de la formation des participants et intérêt de la création d'un MOOC en profitant de l'expérience de formation du master de gériatrie. Question de la sortie d'une télésurveillance dans l'IC avec la question de la fin de vie et la prise en charge par des soins palliatifs et les liens à réfléchir pour faciliter la transition. Discussion autour de l'intérêt ou pas de passer par ORTIF. Partager des expériences de télémédecine (contact avec Mme Duong en dermatologie). Prendre connaissance des évolutions en télémédecine via des invitations aux colloques de télémédecine. Suivre les innovations en télémédecine, via les informations des pharmaciens d'officine (Tessan, MedaDom), les start'up (idomed...), les choix de l'URPS médecins (Omnidoc, deuxième avis...).

Activité Physique Adaptée : 6 Décembre, 24 Janvier. Participants : E Salengro, E Meinadier, P Muller, K Richard, Jean Philippe David, M Sadki, M Sancang, L Hittinger. Principales conclusions: Remboursement de l'activité physique prescrit dans le cadre de prescriform chez les patients de milieu social défavorisé, L Hittinger rediscute des mécanismes de remboursement avec la CPAM du Val de Marne. Les maisons sport-santé pourraient être un complément de l'offre de réadaptation des hôpitaux (CHIV, Chenevier, Bégin), on convient de récupérer les dossiers de la VGA (P Muller) et du CHIV (E Meinadier) pour essayer de participer au développement de celles de Créteil et ou de Saint Mandé. Développement d'un groupe Cœur et Santé, en lien avec la F F Cardiologie. Examiner l'intérêt de l'application STRAVA qui permet le suivi des performances des adeptes du sport au travers de l'application et créer une communauté. Elargir la discussion de l'activité physique auprès d'autres spécialités (type Odysee). Rapprochement avec la section badminton de Créteil. Reprendre contact avec Mme Kohn Schermann.

Observance/ Adhésion 24 Janvier. Participants : M Dalle, M Paul, E Douriez, P Muller, T Le Marec, L Dumé. Principales conclusions: Projet d'e-learning pour les pharmaciens, après envoi du dossier par M Paul, L Hittinger, essaie de trouver un financement. E Douriez envoie la documentation des propositions de télémedecine aux pharmaciens. Mettre en place un questionnaire aux patients distribué par les pharmaciens pour les accompagner dans leur formation (questionnaire de Girerd sur le site améli, questions posées dans l'article des pharmaciens allemands). Travailler sur le pilulier connecté (T Le Marec, C Foix). Préciser les caractéristiques du patient observant (revue de la littérature à faire). - Prochaine réunion le 18 Mars

On conclut qu'il existe un certain nombre de projets communs entre les groupes qu'il va falloir coordonner (ex télémedecine-gériatrie, activité physique adaptée et observance). Qu'il est important de trouver des moyens financiers pour faire vivre certains projets notamment en matière de formation. On propose de poursuivre l'organisation d'une réunion par groupe avant la prochaine réunion de FINC/PHINC du 26 Mars. On organise deux réunions un vendredi après-midi avec les fournisseurs de logiciels de télésurveillance.

L Hittinger a ensuite présenté une nouvelle version des statuts de FINC prenant en compte les remarques faites lors de la dernière réunion. Le point qui reste en suspens est celui du conseil d'administration, notamment pour les partenaires, il propose de leur demander s'ils veulent participer directement au CA ou sinon de leur laisser le choix d'être des invités permanents. L Hittinger relance chacun d'entre eux et dépose les statuts.

V Brunie a ensuite exposé le travail effectué par les pharmaciens et présenté les fiches visant à informer les patients sur les prescriptions médicamenteuses en lien avec la consultation pharmaceutique. Cette consultation a pour but de vérifier en fin d'hospitalisation les compétences de sécurité du patient atteint d'IC (intérêt du traitement, reconnaissance des signes d'alertes, appropriation du traitement) mais aussi de donner des outils éducatifs (image explicative, outils EPOF, et les fiches médicamenteuses, objet de la discussion. Ces fiches reprennent l'ensemble des médicaments prescrits dans l'I Cardiaque en explicitant à quoi cela sert ? Comment le prendre ? La posologie usuelle, les effets indésirables (les plus fréquents, les plus graves). Il existe de plus une fiche présentant la conduite à tenir dans des cas pouvant être rencontrés par les patients. Ces fiches sont encore amendables (jointes en copie). Merci de faire vos propositions d'amendements dans les meilleurs délais.

P Muller a ensuite fait un résumé des différentes manifestations auxquelles l'association a participé : c'est ainsi que SIC a participé aux Journées Européennes de la SFC dans le cadre du stand de la SFC. Peu d'arrêts des participants. L'association a aussi participé à la rédaction du questionnaire de l'étude EFHICA'S (voir plus bas), et est impliquée dans la rédaction du livre blanc de la SFC sur l'insuffisance cardiaque. L'association a également été impliquée dans la rédaction des fiches établis par le groupe PHINC. Dans les jours et semaines à venir, il est prévu que l'association participe à des événements dans des centres commerciaux : Pince Vent ce week-end en lien avec le club sportif de la VGA Saint Maur. Probablement en mai en lien avec le centre commercial Belle Epine.

En fin de réunion :

T Damy a présenté le projet **EFHICA'S** visant à étudier le fardeau et le handicap porté par le patient insuffisant cardiaque et son aidant dans la société. Il existe 3 questionnaires, un pour le patient, un pour l'aidant et un pour le médecin qui ont été révisés et dont une copie vous a été adressée. L'étude est sur le point de démarrer. Il est prévu que 5 000 réponses à ces questionnaires soient obtenues. Il est visé que 500 puissent être disponibles avant juin pour être traitées dans l'été et servir de base à la communication de Septembre. La participation de tous les services de FINC est attendue.

E Berthelot a présenté l'application : application « Moncoeur » qui vise à étudier l'impact de l'utilisation de l'application « Moncoeur » chez les patients hospitalisés pour IC aigue ou décompensation d'insuffisance cardiaque chronique sur l'autogestion de la santé du patient mesuré à 3 mois, 6 mois et 12 mois suivant la sortie d'hospitalisation. Il s'agit, à ce stade, d'une étude multicentrique randomisée, contrôlée, ouvertes en 2 bras parallèle comparant la prise en charge de 150 patients dans chacun des bras. Dix centres permettront le recrutement des patients. L'application en elle-même a pour vocation d'informer les patients sur les questions relatives à l'IC ; proposer un podomètre, proposer une note de santé quotidienne indiquant les paramètres à surveiller et générant des messages d'alerte ; proposer des modifications pour les rendez-vous médicaux, la prise des traitements ; proposer de colliger les informations médicales (ATCD, symptômes, résultats biologiques)

La prochaine réunion aura lieu le **Judi 26 Mars au pavillon Montsouris, 20 rue Gazan 75014**, il est proposé l'ordre du jour suivant :

- Rencontre avec les partenaires : CPAM, ARS, ANAS, responsables de CPTS
- Avancées des quatre groupes de travail (Cardiogériatrie, Télémedecine, Activité physique adapté, Observance/Adhésion)
- Retour sur les réunions avec les fournisseurs de logiciels de télésurveillance
- Questions diverses