

Compte Rendu de la réunion sur le projet de mise en place d'un réseau de l'insuffisance cardiaque dans le Val de Marne. 17 Octobre 2019, Pavillon Montsouris

Présents : L Hittinger, T Damy, (Mondor), C Donatio, (C Foix), E Berthelot (K Bicêtre), E Salengro (CHIV), S Cosson (P Dégine), G Mohamed (E Roux), R Megbemado, N Rekik (St Camille), M Sadki (HMLV), M Dalle (Chenevier), E Douriez (URPS Pharmacie), P Muller (SIC), S Rochette, M Sancan, E Postansque (Novartis).

Excusés : P Assayag, P Jourdain, J Belmin, JP David, I Fromentin, A Broussier, X Rovani, S Guendouz, D Bodez, S Oghina, A Galat, C Godreuil.

M Medhi a présenté les dernières évolutions **du service de médecine interne de l'hôpital privé de Thiais**. L'établissement compte 161 lits MCO, soins de suite et urgences. Une équipe de médecins pluridisciplinaires assure la continuité des soins. Le service de médecine comprend 58 lits, celui de soins de suite polyvalents 30 lits et celui de chirurgie générale et spécialisée 20 lits. Il y a de plus, 16 postes de chirurgie ambulatoire, 10 postes de chimiothérapie ambulatoire et des postes d'hémodialyse. L'établissement comprend également un laboratoire d'analyses médicales, un service de radiologie conventionnelle, un scanner, une IRM, un centre de cancérologie et de radiothérapie. L'établissement a accueilli en 2017 près de 15 000 urgences et un peu plus de 1 800 admissions en Médecine. Le service de médecine comprend 4 internistes et deux cardiologues (Dr Lanouar et Dr Dessault). Les pathologies cardiovasculaires qui sont accueillies s'orientent vers l'insuffisance cardiaque, les troubles du rythme et le bilan des dyspnées, des chutes et des AVC. Il existe un partenariat privilégié avec le CHIV, la clinique Alleray et celle des peupliers. Il n'y a pas d'USIC mais 4 lits de soins continus et une salle de déchoquage. Le plateau cardiovasculaire comprend 2 appareils d'échographie, 4 Holters, un ECG d'effort, un écho-doppler pour le vasculaire périphérique, une IRM vasculaire, ainsi qu'un plateau pneumologique permettant la réalisation de fibroscopie et des EFR, le dépistage des SAS. A cela vient s'ajouter, une assistante sociale, une diététicienne, une psychologue, 2 Kinés et 2 gériatres. Compte tenu que la moyenne d'âge se situe à 83 ans, le rêve est de disposer de plus de personnels et d'obtenir une accréditation gériatrique.

J Belmin et A Broussier ont ensuite présenté le concept de **fragilité en gériatrie**. **J Belmin** a rappelé dans un premier temps que la dépendance touchait en 2010 1,15 millions de personnes âgées et que ce nombre devait augmenter de 50% d'ici 2030. Il existe donc un énorme besoin en formation. Prévenir la perte d'indépendance et l'entrée en institution **c'est repérer les personnes les plus à risque de devenir dépendantes** (fragilité), c'est identifier leurs points de faiblesse (évaluation gériatrique), mettre en œuvre des actions visant à les renforcer (action gériatrique). Dans le cadre du concept de fragilité on considère que les patients de plus de 75 ans sont 50% encore vigoureux, 40% fragiles et 10 % dépendants. La fragilité conduit à un équilibre instable et à une vulnérabilité qui se définit comme une fragilité vis-à-vis des agressions, ou un point de faiblesse. Les personnes qui sont vulnérables sont celles qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité physique ou psychique. La vulnérabilité peut résulter de l'âge d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse. Les événements stressants peuvent être : un effort, divers traumatismes, des infections, des maladies aiguës, la chaleur ou le froid extrême, la chirurgie. La vulnérabilité peut conduire à des chutes, un risque de fracture, une dépression, de la démence, de la perte de mobilité, des troubles sensoriels, de la dénutrition ou de la sarcopénie. L'évaluation gériatrique a pour principal objectif de corriger les facteurs de fragilité et ou de retarder leur

progression. La fragilité et le parcours de soin ont fait l'objet d'une synthèse de la société française de gériatrie et de gérontologie en 2011 et d'un rapport de l'HAS 2013 qui reprennent les différentes dimensions de l'évaluation gériatrique. La littérature indique que la fragilité est un facteur prédictif de la mortalité, de l'entrée en institution et de diminution de l'autonomie. Au final, la vulnérabilité de la personne âgée est multidimensionnelle liée aux effets du vieillissement, aux pathologies chroniques, aux séquelles des maladies passées et à l'environnement et au contexte social.

A Broussier a ensuite présenté le concept de **fragilité dans le cadre de l'insuffisance cardiaque**. Une revue de la littérature révèle que chez les patients IC d'un peu plus de 75 ans, la prévalence de la fragilité se situe entre 25 et 50% avec un risque associé de surmortalité à 1 an accru de 50% voire d'un doublement. Dans une étude plus spécifique, de 465 patients la fragilité était associée à un risque élevée de surmortalité à 30 jours proche du doublement. La fragilité peut être détectée grâce à la grille SEGA-A qui prend en compte : l'âge, la provenance ; le nombre de médicaments ; l'humeur ; la perception de la santé par rapport aux personnes du même âge, la notion de chute dans les 6 derniers mois, la nutrition, les maladies associées, la dépendance, la mobilité, la continence, la prise de repas, les fonctions cognitives. Sur chacun de ces paramètres un score de 0 à 2 est défini. Un score inférieur à 8 correspond à une personne peu fragile, un score entre 8 et 11 à une personne fragile, un score supérieur à 11 à une personne très fragile. Ce score a une valeur prédictive de mortalité à 12 mois, à l'entrée en institution à 12 mois ou à une réhospitalisation précoce.

C Godreuil a ensuite présenté l'unité de **réadaptation cardiovasculaire ambulatoire de l'hôpital Bégin**. L'établissement est un acteur du territoire de santé (GHT 94 Nord) qui a déjà entrepris le virage ambulatoire notamment en chirurgie (18 places) en médecine (22 places) et qui a souhaité le développer dans le cadre de la réadaptation ambulatoire. (12 places). Ce virage s'inscrit dans le cadre d'un parcours de soin du patient organisé à côté d'un USIC, d'explorations CV invasives et non invasives, d'un hôpital de jour, du réseau FINC en association avec le club cœur et santé et l'association de patients SIC. Les patients impliqués dans ce parcours sont les patients coronariens, en insuffisance cardiaque stable, à haut risque cardiovasculaire, ou avec une artériopathie oblitérante des MI. Les patients accueillis sont issus d'un recrutement interne mais aussi des établissements avoisinants (P Brousse, Mondor, Montreuil...). Le parcours est un parcours individualisé sur 3 semaines, pour lequel les patients s'inscrivent sur la base du volontariat, il consiste en un reconditionnement à l'effort, un programme d'éducation thérapeutique multidisciplinaire, planifié par une infirmière coordinatrice. Ce parcours concourt à un bénéfice prouvé scientifiquement avec des indicateurs démontrant de nombreux acquis après ce parcours de soin. Bien qu'il existe une période d'apprentissage, il apparaît que ce type de structure est efficace et devrait se généraliser en ambulatoire.

Céline Gunther a présenté résultats de PRADO IC après avoir fait un rappel du programme. En 2018, dans le cadre de FINC 269 patients ont été inclus (en 2017 : 226). Mondor- Chenevier reste le principal recruteur mais Paul Dégine, Bicêtre et le CHIV ont inclus plusieurs dizaines de patients. A noter de belles progressions de C Foix et de Saint Camille. En 2019, à la fin juin 148 patients ont été inclus avec une belle progression d' E Roux. En 2019, sur les 148 adhésions, à noter 7 refus (4,7%). Les profils des patients entre 2017 et 2018 varient peu. Age mur de 80 ans, la plupart des patients en stade II ou III de la NYHA, même si il y a une petite progression des stade IV en 2018. Les sorties du programme avant les 6 mois sont inférieures en 2018 comparées à 2017 (25% vs 34%). La mortalité reste similaire entre 3 et 4%, en revanche le taux de réhospitalisation tend à diminuer (17% vs 10%) et par voie de conséquence le taux d'adhésion sans sortie de programme augmente (66 vs 75%). Finalement le bilan

de satisfaction des patients augmente également. On retient comme point positifs l'augmentation du nombre de patients orientés vers une sortie à domicile avec PRADO IC ; la meilleure coordination des équipes médicales des établissements de santé et les conseillers santé de l'assurance maladie. En terme de points d'amélioration, on retient : l'augmentation de l'inclusions des patients de stade I, l'amélioration de la communication sur la date de sortie en signalent le plus rapidement aux conseillers les patients potentiellement éligibles, les reports de sortie et les ré-hospitalisations. La remise systématique du carnet de suivi à chaque sortie d'hospitalisation. Reste à poursuivre les efforts pour inclure les patients dans PRADO IC. A noter qu'au niveau régional, en 2018, le Val de Marne atteignait 32% de son objectif, au niveau des attendus de la région Ile de France, bien en deçà du Val d'Oise (59%), en deçà des Hauts de Seine (43%) et un niveau proche de la Seine et Marne (34%). Pour le premier semestre 2019, les résultats apparaissent moins bons que les objectifs (15%).

Emmanuelle Berthelot a ensuite présenté les premiers résultats **IC Rex**. En amont elle a représenté les caractéristiques générales des patients IC du Val de Marne comme décrit dans les données de la CNAMTS. L'âge moyen des patients est de 78 ans, la DMS de 13,6 jours, le pourcentage d'entrée par les urgences de 52%, la mortalité intra-hospitalière de 10%, le retour à domicile de 62%, le taux de ré-hospitalisations de 16%. Les pourcentages de prescriptions de IEC/ARAII de 57,5%, des bêta-bloquants de 80%, des diurétiques de 85%. La prise en charge dans les 14 jours par un MG et dans les 2 mois par un cardiologue de 22,5%. Dans le cadre d'IC Rex 309 patients ont été inclus en 1 an dans 7 des 10 centres. La moyenne d'âge est de 76 ans, le pourcentage des plus de 85 ans de 25%, la ratio Femme/homme de 43%. Les patients étaient hypertendus à 68%, diabétiques à 37%, coronariens à 38%, présentaient une I Rénale dans 46% des cas. Ils avaient un ATCD d'I Cardiaque dans 67%, une FA dans 59%, un AVC dans 15%. La PAS moyenne était de 122 mmHg, la PAD de 69 mmHg. Ils avaient une FEVG < à 40% dans 60% des cas, entre 40 et 50% dans 17% et > à 50% dans 22% des cas. Le NTProBNP moyen à la sortie était de 4635 pg/ml ; le BNP de 554 pg/ml. A la sortie, il recevait un IEC dans 44% des cas, un BB dans 68% des cas, un diurétique dans 85% des cas, un ARNi dans 8% des cas.

Sur les 309 patients inclus, 4 ont été perdus de vue, 10 sont DCD dans les 3 mois sans réhospitalisations. 39 patients ont été réhospitalisés de façon programmée, 52 patients ont été réhospitalisés de façon non programmés. Parmi ceux ci 4 sont DCD durant la seconde hospitalisation. A 3 mois après la première hospitalisation, 18 patients dont DCD et 22 patients ont été réhospitalisés. En fin d'étude 203 patients sont vivants. Les principaux facteurs de décompensation pour la première hospitalisation ont été les arythmies (28%), les infections (25%) viennent ensuite le non-respect du régime sans sel (8,4%), l'I rénale (7,4%), l'IDM (7,1%), la non adhérence au traitement (5,5%) et les autres causes non clairement déterminées (19%). Les premières représentations faisant les liens entre les causes d'hospitalisations entre la seconde et la première sont intéressantes mais il apparait sans doute plus intéressant de faire le lien entre la première et la seconde. Par ailleurs, il apparait que les patients atteints d'amyloses peuvent être une catégorie particulière au convient donc de les traiter à part. Enfin, suite aux présentations faites autour de la fragilité, on essaie de reprendre l'analyse pour prendre en compte la fragilité.

Philippe Muller a ensuite présenté le travail réalisé par l'association de patients SIC, depuis la dernière réunion, les travaux ont peu avancé, tenant compte du fait qu'il est le principal impliqué et qu'il n'a pas eu beaucoup de temps à consacrer à l'association ces derniers mois.

Emmanuelle Berthelot fait par ensuite de la présentation qu'elle a faite de FINC dans le cadre des **journées de gérontologies fin juin**. Très bon retour devant 300 à 400 personnes. **Luc Hittinger et Christian Godreuil** ont de leur côté participé à une réunion également fin juin de **présentation de FINC à Lille** devant une assemblée de 80 personnes comprenant des médecins hospitaliers, des cardiologues, des pharmaciens hospitaliers, des médecins généralistes, des infirmières et des responsables économiques d'hôpitaux. Très bons retours également avec une possibilité d'organiser une seconde rencontre.

S'en est suivi un débat autour des sujets que FINC pourrait traiter à l'Avenir :

- Intérêt de structurer FINC dans le cadre d'une association. L Hittinger s'en charge.
- Sur le plan méthodologique de montrer l'impact d'une structure comme FINC, à développer avec un service de santé publique (moindre nombre de ré hospitalisation, meilleurs rapports ville hôpital...)
- Intérêt de développer des liens entre l'hôpital et le privé pour développer des structures de groupe facilitant l'installation de jeunes cardiologues pour remplacer les cardiologues de ville partant à la retraite en utilisant la télésurveillance, la télé expertise, les liens avec la CCICC. A discuter avec l'ordre des médecins.

La prochaine réunion aura lieu le **Jeudi 17 Octobre au pavillon Montsouris, 20 rue Gazan 75014**, il est proposé l'ordre du jour suivant :

- Présentation des résultats d'IC Rex
- Résumé des principales avancées dans l'IC (Congrès ESC, Paris ; JFIC Rennes).
- Présentation des avancées de PHINC
- Premier draft des statuts de l'Association
- Questions diverses