

## Compte rendu réunion MG-CPTS Ouest

Le 17 03 2022

Présents : MG J Cittée, CPTS de la Bièvre ; A Tardieu, CPTS Octave ; B Ortolan, M Zuba onco 94, E Douriez CPTS de la Bièvre Pharmacien URPS, E Berthelot, K Bicêtre, L Hittinger Mondor.

La réunion en visio démarre par un tour de table.

L Hittinger résume les discussions de la dernière réunion de décembre et les 3 pistes de réflexion mise en avant :

- Le parcours des patients visant à accélérer leurs accès à l'hôpital et faciliter leurs sorties au travers d'une communication rapide entre l'hôpital et la MG ou le spécialiste.
- La prévention en développant l'éducation thérapeutique et la titration des médicaments pour les pathologies complexes comme l'IC Cardiaque
- La formation des différents acteurs de santé, au travers de réunions ou de webinars avec des acteurs de santé qui ont développé des contacts directs et une confiance réciproque.

J Cittée rappelle le contexte favorable pour le développement des CPTS, le souhait de développer une approche populationnelle, raisonnable avec un démarrage possiblement modeste, le but étant de disposer d'un projet pérenne. L'approche est centrée sur les populations âgées avec des pathologies chroniques comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque.

L Hittinger, présente des éléments du diagnostic territorial dans l'Insuffisance cardiaque concernant le Val de Marne Ouest à la fois sur la base de données de l'ARS IdF et de la CPAM concernant les hôpitaux de K Bicêtre, Mondor et du CHIV mais également les données de plusieurs cantons du Val de Marne Ouest (documents transmis).

E Berthelot, présente les dispositifs actuels permettant de gérer les parcours de soins ville-hôpital des patients insuffisant cardiaque. Elle indique l'intérêt du programme PRADO IC qui permet d'accompagner les patients après leurs hospitalisations. En parallèle, un travail est en cours sur les ordonnances de sorties avec un triptyque présentant le diagnostic, le traitement et des éléments de conseil hygiéno-diététique. Elle évoque enfin la possibilité de postes partagés entre l'hôpital et les centres médicaux de santé. J Cittée évoque quant à lui, les difficultés rencontrées par les MG et les IDEL autour de PRADO IC qui engendre une certaine désorganisation des réseaux de ville. Il fait part d'un travail en cours avec les gériatres de l'hôpital de Paul Brousse qui vise à disposer d'outils informationnels simples entre l'hôpital et les acteurs de santé de la ville (Médecins, IDEL et pharmaciens). Il met en avant l'importance de mettre en place des Webinars pour former ces mêmes acteurs aux protocoles de prise en charge des pathologies chroniques dont l'insuffisance cardiaque. J Cittée explique que selon lui il existe trois types de sorties en fonction de la complexité du projet de soins. Un projet de soin simple nécessitant un simple compte rendu provisoire arrivant rapidement au MG; un projet de soins avec des particularités biomédicales nécessitant un lien direct entre le médecin hospitalier et médecin traitant et un projet de soins complexes nécessitant outre les liens entre le médecin hospitalier et le médecin généraliste l'intervention du dispositif d'appui à la coordination (DAC) pour régler les questions médico-sociales. J Cittée expose ensuite la difficulté du suivi mensuel qui nécessite parfois une consultation longue pour un revenu faible.

L Hittinger présente ensuite les innovations mises en place à Mondor et notamment les cellules d'expertise à la coordination de l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS) et la télémédecine structurée autour de la délégation de tâche auprès d'IDE spécialisées dans l'IC. Après ces présentations, J Cittée évoque la possibilité de créer des cellules équivalentes avec des patients moins sévères. L Hittinger fait

part, une fois ces cellules constituées, de la possibilité pour les patients de passer d'une cellule de l'hôpital vers celle de la ville et vice-versa en fonction de l'évolution de la gravité de leur état.

On convient de l'importance de classifier les patients en MG, de travailler sur un protocole de suivi pluri-professionnel des patients IC, de travailler sur la formation des acteurs de santé, de définir une stratégie avec les cardiologues libéraux (contact pris avec P Jauffrion), et d'avoir une réflexion sur les protocoles d'entrée et de sortie de l'hôpital des patients IC dans le cadre d'un parcours ville hôpital.

Un travail est donc à faire entre les CPTS, les gériatres de P Brousse et des cardiologues de l'Hôpital K Bicêtre. Pour faciliter les communications il est sans doute utile d'utiliser les listes APHP des MG. Est évoqué enfin de réunion, l'intérêt de l'activité physique adaptée et la possibilité de créer un club cœur santé à K Bicêtre.