**Prise en charge de l’Insuffisance cardiaque en gériatrie**

L’insuffisance cardiaque (IC) aigue est la première cause d’hospitalisation en France après 65 ans. Elle représente par conséquent l’un des premiers motifs d’hospitalisations dans les services de gériatrie. Cette pathologie est très fréquente chez le sujet âgé et 75% des patients hospitalisés pour cette pathologie ont plus de 75 ans (Données CNAM). Les gériatres sont donc régulièrement confrontés à sa prise en charge.

La fragilité est un syndrome dont la prévalence augmente avec l’âge. Il est à différencier de la notion de multi morbidité. Dans la population de plus de 75 ans, 20% des sujets sont fragiles, 20% sont dépendants et 60% sont décrits comme robuste. La Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) en 2011, l’a défini comme un syndrome clinique qui **reflète la diminution des capacités physiologiques de réserve et altère les mécanismes d’adaptation au stress.**

La fragilité est fréquente dans l’IC, et aura une valeur pronostique indépendante en terme de ré-hospitalisation et de mortalité (1).

Tout comme les comorbidités du patient IC âgé qui nécessitent une prise en charge transversale pour limiter le risque de ré-hospitalisation (2); la fragilité du patient doit être prise en compte (3,4).

Les services de gériatrie sont en première ligne avec les structures cardiologiques dans la prise en charge de l’IC et une synergie de fonctionnement s’impose aujourd’hui (5–7).

**Ainsi, l’expertise gériatrique au sein de ces filières permet une prise en charge globale, adaptée au patient âgé, à ses comorbidités et son état de fragilité.**

 L’ensemble de la filière gériatrique est impliqué dans la prise en charge des patients. Pour l’hospitalisation complète, Les Unités de Gériatrie Aiguës (UGA) jouent leur rôle pour le diagnostic et la prise en charge initiale des épisodes de décompensation cardiaque aiguë (8) ; les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) dans l’optimisation progressive et prudente des traitements et dans la rééducation des patients.

Les structures ambulatoires s’impliquent de plus en plus dans la titration des traitements médicamenteux de l’IC, et dans le suivi des comorbidités et facteurs de fragilité en collaboration étroite avec les cardiologues, avec pour objectif de limiter le risque de ré-hospitalisation. Le bénéfice montré de la réadaptation cardiaque chez le patient âgé IC (9), encourage la poursuite d’adaptation des unités d’Hôpital de Jour-SSR (HDJ-SSR), pour offrir un accès à la réadaptation cardiaque à ces patient, plus polyvalente et associant au réentrainement à l’effort une rééducation des facteurs de fragilité.

Ces collaborations cardio-gériatriques étroites permettent :

* Le développement de **compétences cardiologiques pour les équipes gériatriques** avec la formation à la cardiogériatrie (plusieurs Diplômes universitaires ou inter-universitaires existent en France) et l’accès à l’échocardiographie, examen central dans la prise en charge de l’IC (soit directement après une formation à l’échographie cardiaque dans le cadre de projet professionnel bien identifié ou par un accès facilité à des créneaux d’échographie cardiaque à travers une collaboration étroite entre cardiologues et gériatres).
* La formation **des équipes cardiologiques à la prise en charge de la fragilité** et de la poly-pathologie du sujet âgé insuffisant cardiaque.
* La formation des équipes de cardiologie à la réalisation de **score de dépistage de la fragilité** type *Short Emergency G eriatric Assessment (SEGA)*

* Le développement **d’unités de cardio gériatrie** au sein de filières dédiées pour une prise en charge optimale du sujet âgé Insuffisant Cardiaque (6).

**Impliqués depuis de nombreuses années dans la prise en charge de l’IC du sujet âgé, les Groupe Hospitaliers Henri Mondor et Pitié Salpétrière-Charles Foix développent activement ces filières sur leurs sites Gériatrique (Emile Roux et Charles Foix) en collaboration étroite avec les services de cardiologie d’Henri Mondor et de la Pitié – Salpétrière.**

|  |  |
| --- | --- |
| INDIQUER LES NOMS DE DOCUMENTS OU URL À AJOUTER DANS LA PAGE | |
| LIENS SITES WEB : | <https://www.seformeralageriatrie.org/diucardiodistance>  <https://www.u-pec.fr/fr/formation/formation-continue-et-vae/du-fragilite-et-evaluation-gerontologique> |
| LIENS VIDÉOS : | <https://youtu.be/RdOV3HZVyMI>  <https://youtu.be/-w6dFhGcZhM> |
| NOM DES DOCUMENTS TÉLÉCHARGEABLES SUR LE SITE (à ajouter en PJ dans votre mail) : | * Fiche GICC IC et fragilité * Score SEGA |

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Zhang Y, Yuan M, Gong M, Tse G, Li G, Liu T. Frailty and Clinical Outcomes in Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 31 juill 2018;19:1003‑8.

2. Braunstein JB, Anderson GF, Gerstenblith G, Weller W, Niefeld M, Herbert R, et al. Noncardiac comorbidity increases preventable hospitalizations and mortality among Medicare beneficiaries with chronic heart failure. J Am Coll Cardiol. 1 oct 2003;42(7):1226‑33.

3. Hanon O, Belmin J, Benetos A, Chassagne P, De Decker L, Jeandel C, et al. Consensus of experts from the French Society of Geriatrics and Gerontology on the management of heart failure in very old subjects. Arch Cardiovasc Dis. mars 2021;114(3):246‑59.

4. Boureau AS, Annweiler C, Belmin J, Bouleti C, Chacornac M, Chuzeville M, et al. Practical management of frailty in older patients with heart failure: Statement from a panel of multidisciplinary experts on behalf the Heart Failure Working Group of the French Society of Cardiology and on behalf French Society of Geriatrics and Gerontology. ESC Heart Fail. 30 août 2022;

5. Laveau F, Hammoudi N, Berthelot E, Belmin J, Assayag P, Cohen A, et al. Patient journey in decompensated heart failure: An analysis in departments of cardiology and geriatrics in the Greater Paris University Hospitals. Arch Cardiovasc Dis. janv 2017;110(1):42‑50.

6. Berthelot E, Broussier A, Damy T, Donadio C, Cosson S, Rovani X, et al. Good performance in the management of acute heart failure in cardiogeriatric departments: the ICREX-94 experience. BMC Geriatr. 1 mai 2021;21(1):288.

7. Damy T, Chouihed T, Delarche N, Berrut G, Cacoub P, Henry P, et al. Diagnosis and Management of Heart Failure in Elderly Patients from Hospital Admission to Discharge: Position Paper. J Clin Med. 10 août 2021;10(16):3519.

8. Hacil A, Genet B, Assayag P, Jourdain P, Motiejunaite J, David JP, et al. Management and prognosis of older patients with acute heart failure hospitalized in geriatrics and cardiology departments: The GERDICA study. J Am Geriatr Soc. avr 2022;70(4):1282‑4.

9. Kitzman DW, Whellan DJ, Duncan P, Pastva AM, Mentz RJ, Reeves GR, et al. Physical Rehabilitation for Older Patients Hospitalized for Heart Failure. N Engl J Med. 15 juill 2021;385(3):203‑16.