

Compte Rendu Réunions du 22 Novembre et 20 Décembre 2019

Groupe Cardiogériatrie

Réunion 22 Novembre

Présents : G Motamed, S Oghina, L Hittinger.

Excusés : R Megbemado, C Donatio, A Broussier, X Rovani.

En amont de la réunion L Hittinger avait adressé, un compte rendu des réunions qui se sont tenus sur le même thème en 2018 ; un document de deux pages, faisant le point sur les avancées, sur la littérature récente dans le domaine, ainsi qu'un certain nombre de questions qu'il soumettait à la réflexion des uns et des autres.

G Motamed, fait part des interactions en cours entre E Roux et Mondor et les sollicitations de Paul Dégine et de Villeneuve Saint Georges. On convient que les changements récents notamment des chefs ont quelque peu engendré une distorsion des contacts. S Oghina propose d'adresser à G Motamed et A Broussier les DSCT des nouveaux chefs et d'organisation une réunion conjointe entre elle, A Broussier et leur nouvelle chef avec les Chefs de l'unité d'I Cardiaque et d'USIC pour fluidifier les échanges. Un mail pour organiser une réunion a été adressé le jour même par S Oghina.

Un problème semble exister dans la transmission des CR entre les deux structures. Le passage récent de file maker à Orbis a créé quelques problèmes sur Mondor, la correction de ce problème est en cours. Cela dit le passage d'un patient d'une unité à une autre à Mondor ne simplifie pas le problème. Il est sans doute utile à l'avenir d'être vigilant sur ce point et faire en sorte que les instructions de sortie soient claires pour le médecin et son équipe recevant le patient. Le passage par le bureau central d'admission d'E Roux semble être la voie la meilleure, même si un mail au correspondant peut être rajouté.

Parmi les problèmes rencontrés, on note la différence des structures et des compétences des équipes. Il paraît important que le traitement et la suite à donner (par exemple titration) apparaissent clairement. Il serait peut-être bon que les équipes échangent sur leurs protocoles respectifs et qu'éventuellement que certains membres de l'équipe d'E Roux puissent venir échanger avec celles de Mondor. La formation du personnel autour de l'I Cardiaque et sa prise en charge semblent importants. Peut-être faut-il discuter d'une check list de sortie pour faciliter la prise en charge secondaire des patients par E Roux.

La question de l'évaluation des 300 patients ayant bénéficiés de la procédure a été posée, avec la question de savoir si les patients passés par ce canal ont été moins hospitalisés dans les mois suivant leur hospitalisation. Le nombre de patients DCD et ré hospitalisés étant passé par la procédure ne semble pas compliqué à avoir mais les conclusions apparaissent difficiles à obtenir compte tenu du caractère rétrospectif de l'analyse, l'absence de groupe contrôle, et la forte comorbidité de cette population qui va rendre l'analyse délicate. On convient d'en reparler lors de la prochaine réunion.

La problématique de la prise en charge ultérieure des patients après leur sortie est ensuite abordée par G Motamed. Les liens semblent avant tout se faire avec les MG, le lien avec les cardiologues étant ténus. Sans directement répondre à la question, L Hittinger évoque la réunion qu'il a eu la veille au soir avec la partie pharmacie de PHINC autour des CPTS (communauté professionnelles de territoire en santé). Environ 30 pharmaciens d'officine du secteur étaient présents, montrant un certain intérêt de ceux-ci sur le sujet des CPTS et possiblement de l'I Cardiaque. Dans ce cadre, un projet de CPTS prenant en compte les acteurs de santé de Valenton, Limeil-Brévannes, Villeneuve Saint Georges, Moissy Saint

Léger, Villecresnes, Mandres les roses et Perigny est en cours de réflexion. Une démarche vers eux est peut-être à considérer. Dans la même veine, G Motamed fait part de l'intérêt qu'avait suscité l'intervention E Douriez, pharmacien d'officine de l'URPS qui participe aux réunions de FINC, lorsqu'il avait présenté les incohérences des ordonnances de sortie de l'hôpital. Il paraît utile de renforcer les liens et de récupérer le listing de la petite trentaine de pharmaciens présents lors de la réunion pour poursuivre le développement des liens.

A la question sur l'amélioration au quotidien de la prise en charge des patients, G Motamed souligne l'importance de disposer de moyens supplémentaires et de mieux former le personnel paramédical. En pratique, il est sans doute utile de développer les liens entre les équipes (formation à assurer par les équipes de Mondor vers A Chenevier ?) ;

Concernant la télésurveillance, il faut sans doute attendre la prochaine réunion sur le sujet pour développer un projet sans doute en lien avec Gérontix.

Concernant l'activité physique adaptée. Si le sujet apparaît intéressant pour G Motamed, il apparaît que les liens avec les kinés hospitaliers sont à développer et l'impact de l'APA intéressant. Un des points délicats est la capacité à poursuivre cette activité une fois le patient sorti de l'Hôpital. La kiné à domicile semble peu efficace, celle au cabinet de kiné avec des appareils dédiés sans doute plus utile.

Concernant l'observance. Il s'agit-là d'un problème important, même après que l'IDE ait préparé le pilulier à domicile. Il semble que même avec le pilulier, certains patients ne prennent pas leurs médicaments, certains gardant leurs médicaments en bouche avant de la recracher ; vient se rajouter à cela les problèmes cognitifs d'un certain nombre de patients, la question de l'environnement social avec l'existence ou pas d'un aidant. Une autre difficulté sont les effets secondaires d'un certain nombre de médicaments, comme le Lasilix qui peut favoriser des incontinences, les hypotenseurs qui peuvent faciliter les chutes tensionnelles et les chutes. Un dernier problème est celui de la compréhension de la prise des médicaments par le patient ou notamment le rôle de l'éducation thérapeutique dans sa compréhension et dans le suivi de la prescription.

Prochaine réunion prévue le 20 décembre, la proposition est qu'elle pourrait se faire à Emile Roux mais cela reste ouvert à la discussion.

Réunion du 20 Décembre

Présents : R Megbenado, X Rovani, A Broussier, L Hittinger

Excusés : G Motamed, S Oghina, C Donadio.

Concernant Paul Dégine.

Il n'existe pas de service de gériatrie associé. Le service de médecine interne est actuellement grandement occupé par les patients insuffisant cardiaque, cela dit le secteur de pneumologie se développe et le but à terme est de varier le recrutement en matière de maladies chroniques. Il va donc falloir réduire la DMS des patients insuffisant cardiaque en créant des liens plus directs avec les services de gériatrie accueillant ce type de patients. A ce titre le service rendu par la consultation rapide de gériatrie (dans les 48H) d'E Roux est une vraie plus-value qui améliore la qualité du service rendu aux patients de P Dégine et évite des passages par les urgences. Au niveau d'E Roux, une quinzaine de patients sont recrutés par semaine par ce canal. Ces patients dans leur grande majorité retournent à domicile. Un point d'amélioration reste celui de la transmission des CRH et la question des liens avec les aidants.

Un projet en cours est une présentation d'A Broussier à propos de la fragilité des patients âgées afin d'expliquer aux acteurs de santé de P Dégine, l'offre d'E Roux et ainsi faciliter la prise en charge des patients âgés de P Dégine à E Roux, l'unité de gériatrie aigue ayant encore des besoins et des capacités de développement. Une autre information qui serait utile de donner est le travail effectué actuellement en amont des gestes de TAVI, de façon à amener les patients faisant l'objet de TAVI dans les meilleures conditions pour que l'intervention se fasse avec un minimum de complications. Sur ces aspects de gériatrie pourraient bien sûr se greffer les activités liées à la télémédecine.

Bry Sur Marne.

La question se pose différemment à Bry dans la mesure où il existe un service de gériatrie. La difficulté est que les liens entre la gériatrie et la cardiologie restent à développer ; les gériatres ayant leurs activités quasi-propres sans beaucoup de lien avec la cardiologie qui accueille pourtant une grande partie de patients gériatriques atteint d'insuffisance cardiaque. Il serait sans doute utile d'organiser un séminaire entre cardiologues et gériatres de ce qui est fait par la cardio de Bry, ce qui se fait dans FINC en lien notamment avec les activités d E Roux ou ceux de C Foix.

A terme se pose le problème de l'accueil de tous les patients I Cardiaque, mais un peu comme pour FINC, il est important d'ouvrir le dialogue avec d'autres établissement comme les Murets, Brie Comte Robert ou Pontault-Combault. La discussion a également porté sur l'hôpital privé de Marne la Vallée qui même si elle a des objectifs et des caractéristiques propres devrait participer à la discussion. De ce point de vue l'expérience de Gériatrix avec 17 EPHAD est intéressante dans la mesure où elle montre bien comment le dialogue entre des établissements différents permet l'amélioration du parcours de soins au travers de la télémédecine ou de la téléconsultation.

On retient de ses réunions du sous groupe de cardiogériatrie :

- L'existence d'actions déjà opérationnelles (Mondor- E Roux ; P Dégine E Roux) permettant de fluidifier les parcours de soins des patients.
- La 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 à mener sur l'amont des procédures un peu lourde (type TAVI) chez les patients âgés pour limiter les complications.
- Préciser l'interface entre cardio-gériatrie et télémédecine.
- Réfléchir sur la question de l'Observance et de l'activité physique adaptée chez les personnes âgées.