



Compte Rendu de la réunion réseau de l'insuffisance cardiaque dans le Val de Marne.

9 Juin 2022, Chalet des Iles

Présents : L Hittinger, T Damy, JP David, R Esser (Mondor), E Berthelot (K Bicêtre), L Ernande, M Dalle (Chenevier), J Belmin, C Donatio (C Foix), E Meinadier (CHIV), X Rovani, S Cosson, K Richard, (P Dégine), R Megbemado, (Bry Sur Marne), G Motamed, I Fromentin, A Broussier (E Roux), M Sadki (Hôpital Privé de Marne la Vallée), P Muller (SIC), D Cheutin, C Gunther, (CPAM Val de Marne), A Vicente, L Bouquerel (Novartis), S Bataille (ARS IdF), P Assyag (URPS cardiologues IdF).

Excusés : C Godreuil, E Douriez, K Lanouar, Billebeau, R Noonen.

L'ordre du jour de la réunion était le suivant :

- Parcours territorial dans l'IC (S Bataille, IdF)
- ESS cardio IdF : P Assyag
- Avancées récentes en télé-médecine T Damy
- Avancées articles IC Rex Amylose, E Berthelot
- Avancées projets réadaptation cardiaque L Ernande, E Meinadier
- Préparation de la Journée scientifique et du site internet.
- Approbation des comptes FINC/PHINC94 2020-2021
- Questions diverses.

Parcours territorial dans l'IC Cardiaque. S Bataille rappelle les raisons du développement de ce parcours : l'IC est une pathologie chronique, fréquente et sévère pour laquelle il est essentiel d'optimiser la coordination. Depuis 2014 plusieurs référentiels ont été mis en place 2014, 2017, 2021. Il s'agit du premier parcours retenu au niveau national et de nombreuses actions ont été menées en IdF depuis 2016. L'enjeu de ce parcours est de limiter la mortalité toute cause et limiter les coûts qui sont passés de 1.9 Mds en 2010 à 3.1 Mds d'euros en 2019. Trois leviers vont être mis en place : le premier pour améliorer la prise en charge en ville au travers des CPTS, SEC, DAC, MG, cardiologues et autres acteurs de santé. En effet 80% des patients IC n'ont pas été hospitalisés et le premier but est d'éviter/ de retarder la première hospitalisation. Pour les 20% restants les buts sont de mettre en place les leviers pour améliorer l'entrée à l'hôpital et d'autre part d'améliorer le retour à domicile. Si avec la prise en charge actuelle, le taux de réhospitalisation à 6 mois est passé de 25 à 21 % entre 2014 et 2020, le taux de mortalité à 6 mois est resté stable autour de 25%. En pratique, ce parcours territorial va s'appuyer sur les retours des 14 animations territoriales effectuées antérieurement dans le cadre d'une démarche collective en mobilisant l'expertise terrain et les experts médicaux pour prendre en compte les spécificités territoriales au travers des CPTS mais aussi de transmettre des outils régionaux à type de cartographie du territoire, d'outil d'évaluation de la maturité du territoire, d'un outil de diagnostic territorial, d'un outil de suivi des actions mises en place et du profil des patients hospitalisés en avant et en amont des hospitalisations pour mettre en évidence les éventuels points de rupture des différents parcours. Ainsi chaque territoire aura la possibilité de mettre en place sa propre organisation ; l'ICC pourra être une pathologie « modélisante » pour d'autres maladies et s'intégrer dans une approche poly-pathologique.



L'équipe de soins spécialisée en cardiologie Ile de France. P Assyag a d'abord présenté la définition de cette équipe de soins qui résulte d'un article de loi de Juillet 2019 et qui regroupe « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux ». En lien avec les acteurs de soins de premier recours, il contribue à la structuration des parcours de santé. Sa mise en place résulte de quelques constats simples : une démographie en berne (3 départs à la retraite pour 1 installation), des délais de rendez-vous accrus et des hospitalisations en hausse. Sa mise en place est simple avec des professionnels qui ne changent pas de lieu d'exercice mais modifie leur organisation pour travailler ensemble. Il ne se regroupent pas nécessairement physiquement mais partagent un système d'information et de partages avec les soins primaires (agenda, messagerie sécurisée...). L'objectif principal est de proposer une consultation non-programmée cardiologique dans les 24 heures à Paris et dans le Val de Marne. Trente cardiologues parisiens et 30 cardiologues val de Marais sont impliqués dans le dispositif. La régulation se fait à 3 niveaux ; du MG vers le médecin régulateur de l'ESS, avec les 4 cardiologues experts permanents via une téléconsultation/ téléexpertise, au niveau du cardiologue de l'ESS via une consultation physique cardiologique du patient. Tout cela se fait dans le cadre d'une dynamique entre le MG, le cardiologue, la clinique ou l'hôpital, les CPTS et les maisons de santé et/ou les DAC ou les réseaux comme Récicard. Le démarrage de l'ESS cardio a débuté au 10 Janvier. Depuis sa création au 15 Avril 202 consultations patients avaient eu lieu, avec pour caractéristique de base la femme de 74 ans (60%) ayant des caractéristiques d'HTA (36%), d'arythmie (24%), de cardiopathie ischémique (20%) et à un moindre niveau (5% chaque), d'Insuffisance cardiaque, de diabète, d'AVC d'AOMI. Les motifs de consultation étaient dans 59% des cas une douleur thoracique, 17% des palpitations/ arythmie, 10% une dyspnée, 8% une HTA, 4% un malaise, 2% une anomalie ECG. Le rendez-vous avait lieu dans les 24H dont 20% dans les 4-6 heures. Le retour à domicile sans modification thérapeutique était la règle. Un CR était adressé au MT. Concernant la communication : un site internet sera mis en place prochainement, les CPTS de ces départements ont été contactées, une lettre d'information a été adressée à tous les MG de Paris et du Val de Marne, les contacts sont pris avec SOS Médecin, les Samu de Mondor et de Paris. L'avenir au-delà du lien avec la MG et les CPTS est développer de la téléexpertise notamment pour l'ECG et de déployer le système dans l'ensemble de la région IdF et poser les bases pour la collaboration entre CECIS et ESS Cardio IdF

Avancées récentes en télé-médecine. T Damy pose dans un premier temps la question des indications de la télésurveillance et celles de qui doit télésurveiller (hôpital vs ville ; cardiologue vs IDE du protocole de coopération) ainsi que celle de la masse critique des patients. Il pose ensuite la question des raisons pour la déployer. Pour l'équipe soignante cela est liée à l'augmentation du nombre de patients à prendre en charge, à la tension liée à la démographie médicale en diminution, à l'attractivité des professions, à l'efficacité des coopérations entre professionnels de santé, à l'optimisation du temps médical et paramédical. En amont de cette mise en place, le programme ETAPES avait pour objectifs de fixer les tarifs préfigurateurs ; cibler les patients à risques d'hospitalisations récurrentes, parvenir à un état de stabilité de la maladie, améliorer la qualité des soins et leur efficacité et améliorer la qualité de vie des patients. Ces objectifs ont conduit à définir un certain nombre d'indicateurs cliniques ou biocliniques ainsi qu'à identifier des indicateurs d'alertes pouvant nécessiter une intervention médicale. Des critères d'inclusion et de non éligibilité ont ainsi été définis permettant la sélection des patients et la décision d'inclusion après le développement d'un certain nombre de



documents (prescription et consentement du patient). Les patients étaient ainsi suivis grâce une balance connectée ainsi qu'à une tablette permettant aux patients de répondre à des questions simples en rapport avec des signes d'alertes de décompensation qui suivaient alors des algorithmes préétablis. Dans cette gestion, les IDE de protocole de coopération étaient en lien direct au téléphone avec les patients et en cas de signes indicateurs d'alertes déclenchaient des actions de prescriptions biologiques ou thérapeutiques sous la supervision d'un cardiologue référent. Toutes actions étaient conclues par un compte rendu adressé au MT et au cardiologue traitant. Au-delà de ce programme, le service de cardiologie d'H Mondor sous la houlette de l'APHP a mis en place un article 51 autour de l'insuffisance cardiaque qui implique la grande majorité des services de cardiologie de l'APHP. Cet article dispose de 6 modules : Télésurveillance, optimisation du traitement de fond, consultation non programmée, identification de la fragilité gériatrique, HAD et télérhythmologie. A la date du 9 Juin un peu plus de 850 patients étaient télésurveillés au sein des différents services de l'APHP. En parallèle, en lien avec les laboratoires Novartis, le service de cardiologie d'H Mondor a accompagné l'organisation de CECICS dans de nombreux services de cardiologie en Ile de France mais aussi en France dans des hôpitaux publics mais aussi privés. Une première évaluation par un organisme indépendant a eu lieu qui montre la pertinence du projet, un fort investissement des différents acteurs mais un temps de formation des IDE assez long et une certaine complexité dans son déploiement. Elle a montré également la cohérence qu'elle représentait au niveau national mais aussi le risque de déficit d'IDE dans les hôpitaux.

Avancées articles IC Rex Amylose. Suite à la publication du premier article IC Rex dans le BMJ Geriatrics, E Berthelot et son équipe ont repris les données afin d'évaluer le risque de mortalité et de réhospitalisation à 90 jours chez les patients présentant une amylose. Le diagnostic d'amylose était fait sur la base d'une scintigraphie au biphosphonate associée à des prélèvements sanguins et urinaires complétés d'une biopsie en cas de positivité du dosage des chaînes légères. 162 patients ont été inclus dans l'étude, 27 patients avec amylose et 135 patients sans amylose. L'âge moyen était de 76 ans dans les deux groupes ; le pourcentage de femme de 89%. Il n'existait pas de différence significative entre les groupes en matière d'antécédents si ce n'est des proportions plus importantes de fumeur, de boissons alcoolisées dans le groupe n'ayant pas d'amylose. Ces derniers avaient un index HDI plus élevé, traduisant un niveau social meilleur. Chez les patients ayant une amylose, le BMI était plus faible, la fréquence cardiaque plus élevée, la PAS plus basse. Sur le plan biologique, le NT proBNP était plus élevé, la natrémie plus basse. Enfin la FEVG n'était pas statistiquement différente entre les deux groupes. Sur le plan thérapeutique, les patients avec amylose ne prenant pas de bêta-bloquants et peu d'IEC ou ARA2, en revanche leur dose de diurétiques était le double 160 vs 80 mg de furosémide. Lors de l'hospitalisation, la durée moyenne de séjour n'était pas différentes 11 vs 10 Jours. En termes de suivi à 90 jours, les courbes de survie et de réhospitalisation étaient significativement différentes entre les 2 groupes avec des courbes plus basses pour les patients avec amylose. A 90 jours chez les patients avec amylose, la mortalité était de 33% vs 6% chez les patients non amylose, et le taux de réhospitalisation respectivement de 52% vs 27%. Même s'il existe un certain ombre de limites à cette étude (faible nombre, territoire départemental...) cette étude montre l'intérêt du dépistage de l'amylose et la nécessité de mettre en place une prise en charge spécifique pour les patients avec amylose qui reste à déterminer.

Avancées projets réadaptation cardiaque.



Laura Ernande fait un rappel de l'organisation de l'antenne de réadaptation cardiaque de **Chenevier** du service de cardiologie d'H Mondor. Le Service comprend 40 lits d'hospitalisation complète, 12 lits d'HdS, 40 places/j d'ambulatoire ainsi qu'un plateau technique récemment rénové. L'équipe médicale comprend 6 cardiologues, 1 MG, 1 pharmacienne, un interne et deux externes ; l'équipe paramédicale comprend 2 cadres, 22 IDE et 24 AS. Les points forts du service sont : le service le plus important de l'APHP, une expertise ancienne et reconnue, une équipe paramédicale stable, une variété des pathologies prises en charges, des enseignements : staff, interne, externes, stagiaires paramédicaux. Les pistes de réflexion pour l'avenir sont : une reprise de l'activité de recherche, une amélioration/augmentation de l'offre de réadaptation en la diversifiant en réseau avec d'autres services de cardiologie/gériatrie du Val de Marne intéressés par la réadaptation. L'accompagnement du projet de Maison sport santé de Chenevier en se tournant vers la ville, le développement de la phase III, la gestion du stress des patients via le recrutement prochain d'une psychologue, le maintien et l'amélioration de la qualité de vie au travail dans l'UF, le renforcement des liens avec le GERS-P (CoDir). Concernant la structuration d'un réseau sport santé en cardiologie sur le territoire, Deux projets en réponse à un AMI en Mars 2022 ont été présentés par Chenevier autour de la lutte contre les inégalités en matière de genre dans la pratique des activités physiques et sportives et un second avec le CHIV autour du parcours de soin patients en chirurgie bariatrique en association avec le CHIC. Concernant l'accompagnement avec la phase 3 de la réadaptation cardiaque, des contacts ont été repris avec l'association Rehator de P Muller, un projet de club sport santé est en cours de constitution avec la FFC et avec K Richard. Le projet Maison Sport santé à Chenevier reste en discussion avec l'APHP et le doyen de la faculté de SESS STAPS.

Journée scientifique. Une journée sera organisée après les vacances d'été, l'organisation et le programme ont été déterminés en aval de la réunion par le bureau qui s'est réuni le 30 juin. Le préprogramme est à ce stade le suivant :

Soirée scientifique FINC/PHINC 94/SIC

Mercredi 7 décembre 19-22H

Format Présentiel pour 40 personnes, Hôpital C Foix, Service de Gériatrie, Pr J Belmin + format distanciel jusqu'à 500 personnes.

Invités : Services liés à FINC/PHINC 94, Adhérents SIC, MG et Cardiologue 94, AMCV, CPTS du Val de Marne, DAC Partage 94, DAC Onco 94, Représentants des Hôpitaux VdM, CPAM + ARS Val de Marne, Département du Val de Marne, ARS Ile de France, URPS Pharmaciens IdF, URPS Médecins IdF, Réseau des IDEs, Fichiers GICC + autres à préciser.

Les interventions seront entrecoupées de questions posées via Wooclap

Programme

19h-19h15 Présentation FINC/PHINC 94 : Missions, Objectifs, réalisations, projets L Hittinger (10 min)
les attentes des patients P Muller (5min)

19h15-19h45 Prise en charge du patient IC âgé : J Belmin+Equipe JP David (15 min d'interventions + 10 min de réponses aux questions + 5 minutes le point de vue des patients P Muller



19h45-20h15 La réadaptation du patient IC : sa place dans le cadre des SSR en évolution : L Ernande + E Meinadier ou C Godreuil (15 min d'interventions + 10 minutes de réponses aux questions + 5 min, le point de vue des patients P Muller

20h15-21h00 Les évolutions des métiers et les nouveaux métiers (IDE et pharmaciens).

- IDE Armelle +IPA de ville (10 min de présentation + 10 min de réponse aux questions)
- Pharmaciens hôpitaux (Murielle) ville (Eric) (10 de présentation + 10 min de réponses aux questions)
- Le point de vue des patients P Muller 5 minutes

21H10-21H55 Les nouvelles organisations et le parcours de soins coordonnés

- CPTS présentation d'une ou deux CPTS ayant mis l'IC dans leurs objectifs (VdM ou d'ailleurs) (10 min de présentation + 10 min de réponse aux questions)
- DAC présentation Partage 94 (JP David) et onco 94 (M Zuba) (10 min de présentation + 10 min de réponse aux questions)
- Le point de vue des patients P Muller 5 minutes

21h55- 22 H conclusion E Berthelot

Les premières invitations ont été lancées par mail.

Création d'un site internet. Comme souhaité par le bureau, le but du site est de faciliter les échanges entre membres dans le cadre d'un forum interne qui permettra d'échanger sur les travaux en cours, disposer des présentations faites lors des réunions, permettre la communication vers les partenaires extérieurs (cardiologues libéraux, MG associés à des CPTS, pharmaciens, CPAM, ARS local) et notamment les innovations dans le domaine de l'IC, présenter des positions pour les jeunes médecins, communiquer sur les événements organisés par l'association (journée scientifique). Une demande de financement a été adressée à Novartis qui est en cours de traitement, Le fournisseur de site a été trouvé EMMA : qui permettra sa mise en place, son hébergement, sa maintenance et sa sécurisation, ainsi que la formation à sa prise en main pour un montant total de 24.995 euros. Son ouverture devrait se faire lors de la journée scientifique du 7 décembre.

Approbation des comptes FINC/PHINC94 2020-2021.

A Broussier présente les comptes de l'association pour les années 2020 et 2021. Le compte de FINC a été ouvert en Juillet 2020 avec un dépôt de 300 euros par le président. En 2020, aucune dépense n'a été effectuée, en 2021, au 31 décembre le solde du compte était de 285 euros. Les comptes sont approuvés à l'unanimité pour les années 2020 et 2021.

La date de la prochaine réunion est à déterminer :

- Retour de l'ESC cardio et des JFIC
- Avancées du site internet
- Retour sur la Journée scientifique.
- Questions diverses.

