



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

21 Octobre 2021, Pavillon Montsouris

Présents : L Hittinger, T Damy, JP David, Esser (Mondor), E Berthelot, (Bicêtre), J Belmin, C Donatio (C Foix), E Salengro (CHIV), X Rovani, K Richard, (P Dégine), R Megbemado, R Noonan (Bry Sur Marne), G Motamed, I Fromentin, A Broussier (E Roux), M Dalle, M (A Chenevier), E Douriez (URPS Pharmacie), D Cheutin, C Gunther, S Roque (CPAM Val de Marne), S Jullien, L Bouquerel , F Bouchikhi Bel Hadj (Novartis).

Excusés : C Godreuil, K Lanouar, P Muller M Sadki, Billebeau.

LH présente les dernières avancées de l'Association. Finc/Phinc 94 a été créé sous forme d'une association le 17 Octobre 2020. Un compte bancaire a été ouvert au Crédit Mutuel le 30 Juillet 2021. Amaury Broussier assure la trésorerie. Les pharmaciens organiseront leur prochaine réunion à 27 Janvier 2022 à 17H à l'hôpital Henri Mondor.

**Présentation des liens ville –hôpital en lien avec les CPTS.** Dr F Bouchikhi Belhadj Novartis. Le Dr Bouchikhi présente dans un premier temps les ambitions de Novartis à savoir d'innover ensemble pour améliorer la vie des patients et notamment de mettre à disposition des innovations thérapeutiques mais aussi de faciliter l'accès à ces innovations thérapeutiques en optimisant le parcours de soin. Pour cela Novartis met à disposition une équipe dédiée aux projets de CPTS, facilite la mise en relation et le partage d'expériences, apporte un certain nombre de solutions et met à disposition un certain nombre d'outils et de supports. Concernant plus particulièrement le Val de Marne, il existe 11 projets de CPTS à des stades plus ou moins avancés. Les différentes étapes des CPTS sont la mise en place, la structuration et l'optimisation des parcours de soins. La première étape de mise en place consiste à informer et mobiliser autour de la CPTS, à ce stade Novartis met à disposition des brochures, facilite l'organisation de réunion, propose des documents de travail et facilite la rédaction du document de travail via des outils se trouvant sur un site internet, le but étant d'arriver à la rédaction de la première mouture du contrat avec l'ARS. La seconde étape est de se coordonner au sein de la CPTS, Novartis met à disposition des outils de télé-médecine mais aussi une aide médico-juridique, des éléments de communication médecin-patient, mais aussi à propos de l'installation et du départ à la retraite ou de gestion du temps. Enfin concernant l'organisation du parcours de soin IC, Novartis met à disposition des éléments du diagnostic territorial, des éléments pour formaliser de quelques priorités dans le projet de santé et accompagne un groupe de travail dédié à l'IC. Ainsi dans le cadre de l'exemple de la CPTS unifiée des bords de Marne (Bonneuil, Créteil, Maisons Alfort, Saint Maur), Novartis met à disposition le nombre de séjours IC de la zone par année ainsi que les établissements prenant en charge les patients de la zone. Elle met également à disposition un guide d'écriture d'une fiche action des actions dédiées à l'IC et apporte des éléments pour la mise en place d'un protocole pluriprofessionnel mettant en avant les actions des différentes professions (quoi et comment). Novartis rappelle enfin les recommandations de l'HAS. Pour terminer Le Dr Bouchikhi rappelle que le succès du déploiement d'un protocole de soins comprend 3 phases : Une phase d'identification d'une situation récurrente/problématique ou d'un besoin explicite qui doit conduire à la validation d'un chemin clinique à adopter pour répondre à la situation. Une seconde phase liée à la diffusion et à la formation du protocole de soins pluriprofessionnels qui doit conduire à l'appropriation du chemin clinique par



les membres de la CPTS et enfin une troisième phase d'inscription du chemin clinique dans les pratiques quotidiennes avec une évaluation régulière de l'impact du protocole sur la situation de départ.

### **Données PRADO : Protocole de coopération dans l'Insuffisance cardiaque C Gunther, D Cheutin.**

Après un rappel du programme PRADO, Mme Gunther présente les données de PRADO IC dans le Val de Marne en lien avec les différents hôpitaux. La crise COVID a fait chuter le nombre de patients ayant bénéficié du dispositif (335 en 2019, 76 en 2020 et fin Septembre 2021 130 patients). Les diminutions touchent l'ensemble des hôpitaux même si certains retrouvent une belle activité en 2021 par rapport à 2019 (Chenevier, C Foix, Villeneuve St Georges). De 2019 à Septembre 2021 : 541 patients ont été inclus dans le programme pour un potentiel de 1376 patients. En 2019 le profil des patients était équilibré en matière de genre (52% de femme), l'âge moyen était de 83 ans, les patients étaient en classe NYHA II dans 57% et en classe III dans 30% des cas ; 21% des patients sont sortis du programme avant 6 mois, 46% des patients ont été ré-hospitalisés et 12,5% des patients sont décédés. En 2021, le profil était légèrement différent, 49% étaient des femmes, l'âge moyen était de 80 ans, les patients étaient de façon prédominante au stade III 45% vs Stade II 37% ; 18 % des patients sont sortis du programme avec 6 mois ; 48% des patients ont été ré-hospitalisés et 17% des patients décédés. La prise en charge par un médecin traitant à 14 jours se situait en 2021 dans la moyenne régionale 32% pour la plupart des hôpitaux avec un taux supérieur pour P d'Egine 45%. La prise en charge par un cardiologue à 14 j était similaire à celui de la région 8%, celui à 6 mois également 38%. On notait comme pour les MG un meilleur taux de prise en charge par un cardiologue par les équipes de P D'Egine 58% et Bégin 47%. Les points positifs notés étaient une reprise des inclusions après la crise sanitaire, une meilleure coordination entre les équipes médicales des établissements de santé et les conseillers d'assurance maladie. Les points d'amélioration sont d'accroître les inclusions des patients au Stades I et II de la NYHA ; de communiquer et informer les nouveaux membres des équipes médicales ; de signaler le plus rapidement possible les patients éligibles, les reports de sortie et les réhospitalisations.

**Les nouvelles recommandations de l'ESC dans l'IC.** E Berthelot indique que le diagnostic d'IC passe des symptômes, le dosage du NT proBNP puis par une échocardiographie qui permet entre autre une nouvelle classification de l'IC en fonction du niveau de FEVG : <40% FEVG réduite, entre 40 et 49 % FEVG modérément réduite, >=50% FEVG préservée. Le changement le plus important est l'introduction dès que possible de 4 classes de médicaments dans l'IC à FEVG réduite : IEC/ARNi, Bêta-bloquant, Antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes, gliflozine et diurétiques de l'anse en cas de congestion. En seconde ligne, discussion de mise en place DAI : FEVG< 35% et QRS < 130 ms, PM CRT QRS > 150 ms (classe 1) QRS 130-149 ms classe 2. En cas de persistance des symptômes malgré quadrithérapie et discussion DAI PM, les médicaments recommandés en classe II comme l'ivabradine doivent être envisagés. Le vériciguat, un donneur de NO apparaît dans les recommandations chez les patients avec FEVG < 40% (classe IIb, niveau B). La télémédecine fait également son apparition Classe IIb niveau B de même que le monitoring de la PA pulmonaire. Dans l'IC à FEVG modérément réduite, le niveau de preuve par les essais cliniques est faible IIb mais la prise en charge des IC réduite évoluant dans cette nouvelle classe apparaît importante. Dans le cadre des IC à FEVG préservée il est important de rechercher l'amylose car dans la forme ATTR, le Tafamidis améliore le pronostic (Classe I niveau B). Dans ce même cadre, si les recommandations ont peu évolué, la publication fin Août des résultats positifs sur la morbi-mortalité de l'étude Emperor preserved avec l'empagliflozine invite à prescrire les gliflozines dans ce cadre. Dans les recommandations, la prise en charge multidisciplinaire est reconnue



(classe I, niveau A) de même que l'activité physique adaptée. L'ablation de la FA trouve également sa place classe IIA, de même que l'ablation du nœud auriculo ventriculaire avec CRT dans l'IC avec FA et QRS fin. Le rétrécissement symptomatique avec FEVG réduite bénéficie du TAVI, et les IM du mitra clip classe IIA. La carence martiale doit être dépistée (classe I, niveau C) et traitée par Ferinject notamment après un épisode de décompensation cardiaque aiguë (IIa, A). La cardio-oncologie se développe et nécessite un suivi par une équipe mixte.

**Le livre blanc de l'IC.** Thibaud Damy indique que ce livre a été réalisé devant la demande croissante de soins qui va déborder un système de santé non extensible et pour poursuivre une prise en charge de qualité sur tout le territoire. Avec un éditorial signé du ministre de la santé, ce livre fait un certain de constats et de propositions et met en avant 4 défis : La lutte contre l'errance diagnostique et propose pour cela de mieux informer le grand public et les professionnels de santé sur les signes de l'IC de façon à mieux la dépister et de mieux informer les patients ; rendre la filière de soins visible et pour cela créer une filière de soins identifiée et visible sur tout le territoire en utilisant le maillage territorial des CPTS, des DAC et des unités de réadaptation ; développer une prise en charge coordonnée multidisciplinaire et multi-professionnelle et pour cela en développant notamment de nouveaux métiers paramédicaux ; enfin de proposer une alternative à l'hospitalisation conventionnelle aiguë en développant de nouveaux modes d'hospitalisations comme la télésurveillance et la téléconsultation.

**EFHICA'S.** L Hittinger rappelle son but qui était de mieux décrire le handicap du patient IC généré par la maladie. Au 31 Août, 86 centres étaient actifs et 1613 patients ont été inclus. Les premières données, sur un échantillon de 330 aidants « conjoints » ; révèlent que le sex-ratio est de 8 femmes pour 2 hommes, l'âge moyen de 68 ans. L'aide au quotidien implique 72 % des aidants et 60% participent au soutien moral. La gestion des urgences et l'aide au respect des consignes est revendiqué respectivement par 38 et 31% des aidants. Leur rôle dans la gestion de la maladie apparaît essentiel. 60% ont dû adapter leurs horaires de travail, 36% reconnaissent avoir subi une baisse des revenus, un aidant sur 5 à l'impression que son état de santé s'est dégradée, 22% confient négliger leur propre santé ; 64% d'entre eux pourraient souffrir de dépression.

**La prochaine réunion aura lieu le 17 Février 2022, au pavillon Montsouris, 20 rue Gazan 75014, si la situation sanitaire le permet.**

