

# Quoi de neuf en Insuffisance Cardiaque en 2022 ?

Parcours de soins avec les outils dans l'insuffisance cardiaque, à disposition



## Déclaration de liens d'intérêt potentiels

**Intervenant : Jean-Michel Tartière, Toulon**

Je déclare les liens d'intérêt potentiels suivants :

Nom de la Société	Type d'affiliation	Période
Source : <a href="https://www.transparence.sante.gouv.fr">https://www.transparence.sante.gouv.fr</a>		2018-2022
ABBOTT MEDICAL FRANCE SAS, Actelion Pharmaceuticals France, AMGEN SAS, ASPEN France, ASTELLAS PHARMA, ASTRAZENECA, Bayer HealthCare SAS, BOEHRINGER INGELHEIM France, BRISTOL-MYERS SQUIBB, Johnson & Johnson Medical SAS, LivaNova France SAS, NOVARTIS PHARMA SAS, NOVO NORDISK, ORION PHARMA, PFIZER SAS, VIFOR France, YSSUP RESEARCH,	avantage et/ou convention et/ou rémunération	
BIOTRONIK FRANCE SAS, BOSTON SCIENTIFIC SAS, CDM eHealth, MicroPort CRM France SAS, Philips France Commercial	avantage et/ou convention	

## IC : de quoi parlons nous ?

- ✓ 1.5 million de patients
- ✓ Age médian 81 ans
- ✓ 3 min = 1 hospitalisation
- ✓ 7 min = 1 décès
- ✓ 1 milliard = coût hospitalier
- ✓ Recours hospitalier France >> OCDE

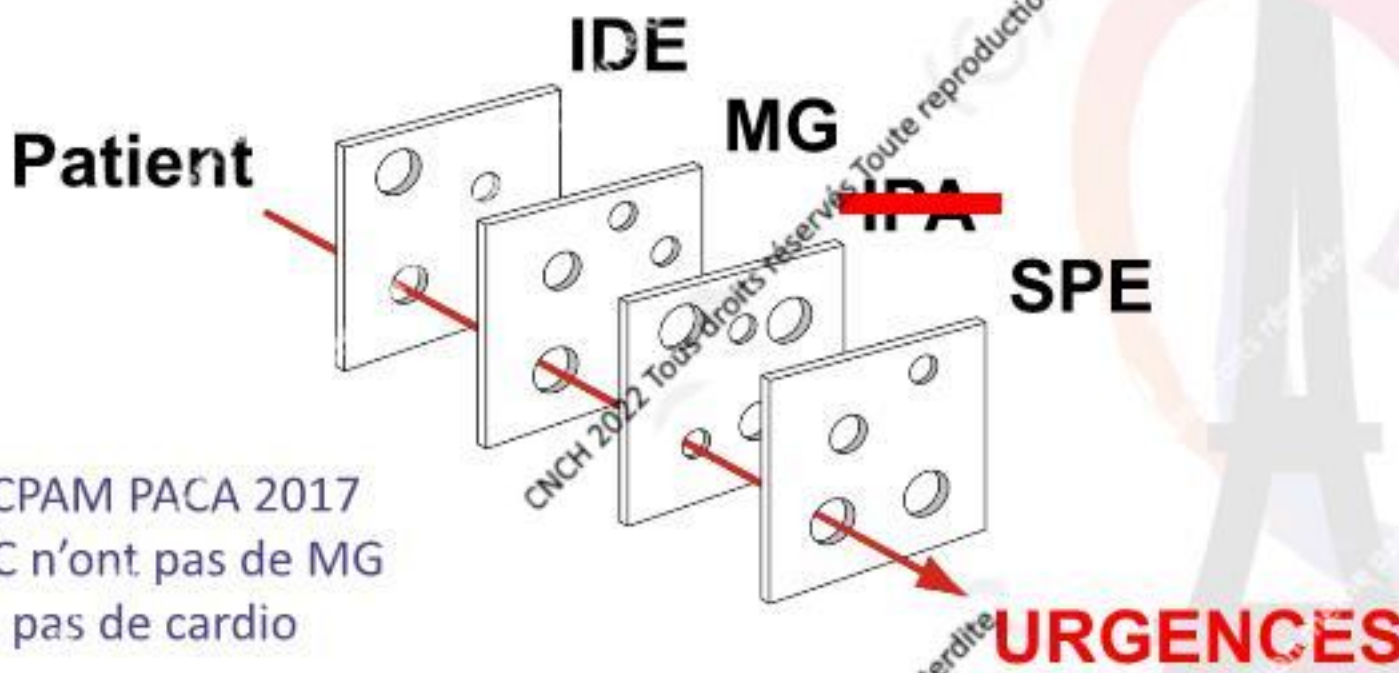
LIVRE BLANC. Insuffisance Cardiaque. SFC – GICC 2021

ICA en 2018. Fiche pathologie Mise à jour le 12/05/2020 Cnam/DSES/DEPP

OCDE (2019), Panorama de la santé 2019 : <https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>

Health Policy, 2015 Nov;119(11):1415-23.





Données CPAM PACA 2017  
10% des IC n'ont pas de MG  
40% n'ont pas de cardio



# 3 grands enjeux pour la boîte à outils FIL-EAS ic



# Mieux titrer les traitements

	Percentage of Patients on Treatment					
DDP/DMMT	CHAMP-HF 2018 <sup>7</sup>	PINNACLE 2020 <sup>8</sup>	QUALIFY 2016 <sup>20</sup>	ESC-HF 2013 <sup>21</sup>	BIOSTAT-CHF 2017 <sup>22</sup>	Savarese et al. 2021 <sup>23</sup>
ACEI/ARB/ARNI	72.1%	78.0%				
ARNI	12.8%	8.5%				73%
ACEI/ARB	59.9%			92.2%	85%	
ACEI		54.8%	65.7%	70.7%		45%
ARB		27.8%	21.5%	23.5%		67%
β-blocker	66.8%	74.6%	86.7%	92.7%	90%	76%
MRA	33.1%		69.3%	67%		60%

Percentage at ≥50% target				Percentage ≥1 target					
CHAMP-HF 2017 <sup>6</sup>	BIOSTAT-CHF 2017 <sup>22</sup>	QUALIFY 2016 <sup>20</sup>	Savarese et al. 2021 <sup>23</sup>	CHAMP-HF 2017 <sup>6</sup>	QUALIFY 2016 <sup>20</sup>	ESC-HF 2013 <sup>21</sup>	BIOSTAT-CHF 2017 <sup>22</sup>	Savarese et al. 2021 <sup>23</sup>	
40.4%				15.8%					
43.5%			53%	14.0%				30%	
39.8%	53%			17.5%					
		63.3%	28%		27.9%	29.3%	22%	15%	
		39.5%	19%		6.9%	24.1%	20%	10%	
54.3%	40%	51.8%	30%	27.5%	14.8%	17%	12%	12%	

# Mieux coordonner les soins

Patient(e)

Généraliste

infirmière(er)



Cardiologue

Aidant(e)



# Mieux repérer/orienter les patients en aggravation de leur IC

- Nécessité d'une solution intermédiaire entre l'adaptation des doses orales de diurétique en consultation et l'hospitalisation classique.
- Changer de paradigme et adapter l'offre de soins au patient et non l'inverse. En prenant en compte :
  - Le patient
  - Le-les aidants
  - Les conditions d'hébergement
  - Les infirmiers(ères)
  - Les « médecins en responsabilité »

**Table 2** Factors to be considered to select patients to be treated with intravenous diuretics in an ambulatory setting

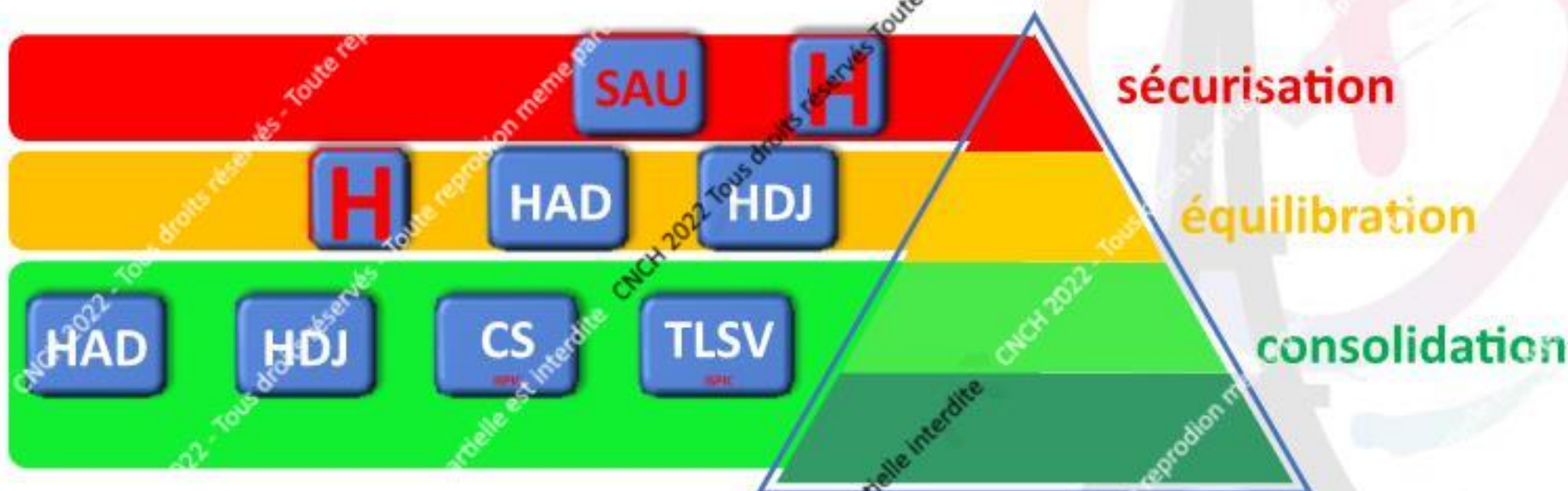
	In favour	Against
Clinical scenarios	Progressive worsening HF <sup>6,55</sup> HR: 50–120 bpm <sup>61</sup> SBP > 100 mmHg <sup>61</sup> SaO <sub>2</sub> > 92% <sup>61</sup> Alert from remote HF monitoring <sup>61</sup>	First episode of HF <sup>60</sup> Critical trigger <sup>61</sup> (rapid arrhythmias, acute coronary syndrome) NYHA class IV <sup>61</sup> Anasarca <sup>68,69</sup>
HF profiles	Cardiac amyloidosis <sup>62</sup>	Very high dose of oral diuretics (500 mg or more furosemide/day)
Comorbidities	Frailety <sup>63</sup> Fallative care <sup>64</sup> (especially for hospital at home)	Severely impaired eGFR (i.e. < 25 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> ) <sup>61</sup> Severe dysnatraemia, dyskalaemia or anaemia <sup>61</sup>
Social criteria	Patient preference <sup>62</sup> Adequate living support <sup>61</sup>	Difficult/unsanitary living conditions <sup>62</sup> (for at home hospital)

eGFR, estimated glomerular filtration rate; HF, heart failure; HR, heart rate; NYHA, New York Heart Association; SaO<sub>2</sub>, arterial oxygen saturation; SBP, systolic blood pressure.



# Boite à outils FIL-EAS ic

Quel outil pour quel besoin ?

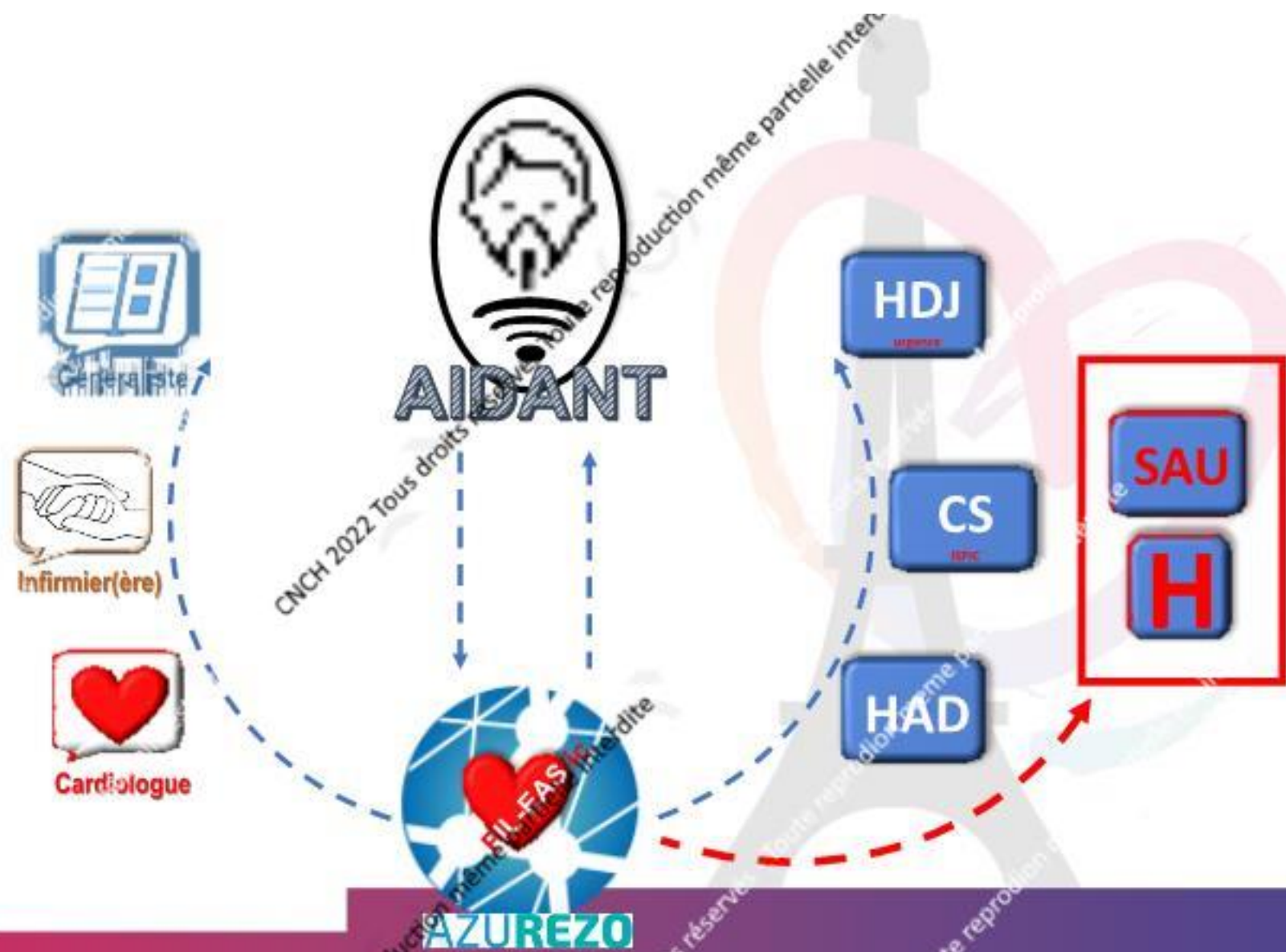


28<sup>ÈME</sup>  
CONGRÈS  
CNCH  
PRÉSENTIEL & DIGITAL  
CNCH 2022 Tous droits réservés Toute



CNCH 2022 Tous droits réservés







## Boite à outils **FIL-EAS ic**

**H**

Facilite les entrées directes

**HAD**

HAD pour IC congestive de l'hôpital ou directement de ville  
HAD palliative pour IC

**HDJ**

HDJ pour carence martiale ou diurétique programmé ou urgent  
HDJ pour bilan de cardiopathie

**TLSV**  
ICHC

Insuffisance cardiaque (et diabète)

**CS**  
ICHC

Orientation post urgence - Titration  
Mise en place et suivi - Orientation gériatrique et sociale

# Conclusion

- Dans l'IC, les enjeux de santé sont territoriaux et les outils doivent suivre cette réalité
- L'amélioration du pronostic des patients passe actuellement par l'organisation des soignants
- La coordination des soins implique l'utilisation d'outils numériques
- L'offre de soin doit s'adapter au patient et non l'inverse, selon les 3 grandes phases de soin
  - **S**écurisation
  - **E**quilibration
  - **C**onsolidation



28<sup>ÈME</sup>  
CONGRÈS  
CNCH  
PRÉSENTIEL & DIGITAL  
CNCH 2022 Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle interdite



## Suivez le CNCH sur le Social Média !

#CNCHcongres



@CNCHcollege



@CNCHcollege



@CNCHcollege



Si vous voulez devenir Ambassadeur social media CNCH adressez-nous un email à [cnch@sfcardio.fr](mailto:cnch@sfcardio.fr)