

29<sup>ÈME</sup>  
CONGRÈS  
CNCH



# Insuffisance cardiaque chronique : une pathologie multiforme

La dynamique d'un parcours

L'INSTITUT  
MUTUALISTE  
MONTSOURIS



Dr Clémence Roig

Institut Mutualiste Montsouris, Paris



# DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT POTENTIELS

**Intervenant :** Clémence ROIG, Paris

Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



# ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE

- 1,5 millions de personnes en France
- 120 000 nouveaux cas chaque année
- 400 000 à 700 000 personnes non diagnostiquées
- 200 000 hospitalisations par an
- 70 000 décès par an
- Vieillesse de la population + 25 % tous les 4 ans
- Baisse démographie médicale
- Hôpitaux saturés

➔ **Construire des parcours de santé lisibles, fluides  
qui répondent aux besoins des patients**

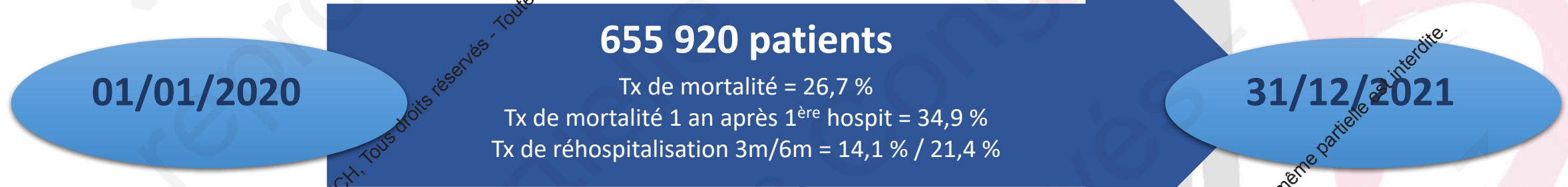


# LIVRE BLANC

**PLAIDOYER**  
POUR UNE PRISE EN CHARGE  
DE **L'INSUFFISANCE CARDIAQUE**  
ET DES **CARDIOMYOPATHIES**



# OUTIL DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE L'IC



70,9 % MG dans les 3 mois  
95 % cardio dans les 3 mois  
17,5 % cardio dans le mois

15,8 % NtproBNP/BNP avant l'hospitalisation  
49,2 % prescription ponctuelle de diurétiques



27 %

45,5 % MG dans les 14 jrs  
33,5 % Cardio dans les 60 jrs  
54,9 % IDE dans les 14 jrs

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

29<sup>ÈME</sup>  
CONGRÈS  
CNCH



# Zoom sur la phase **PRE-HOSPITALIERE**

# ZOOM SUR LA PHASE PRÉ-HOSPITALIÈRE

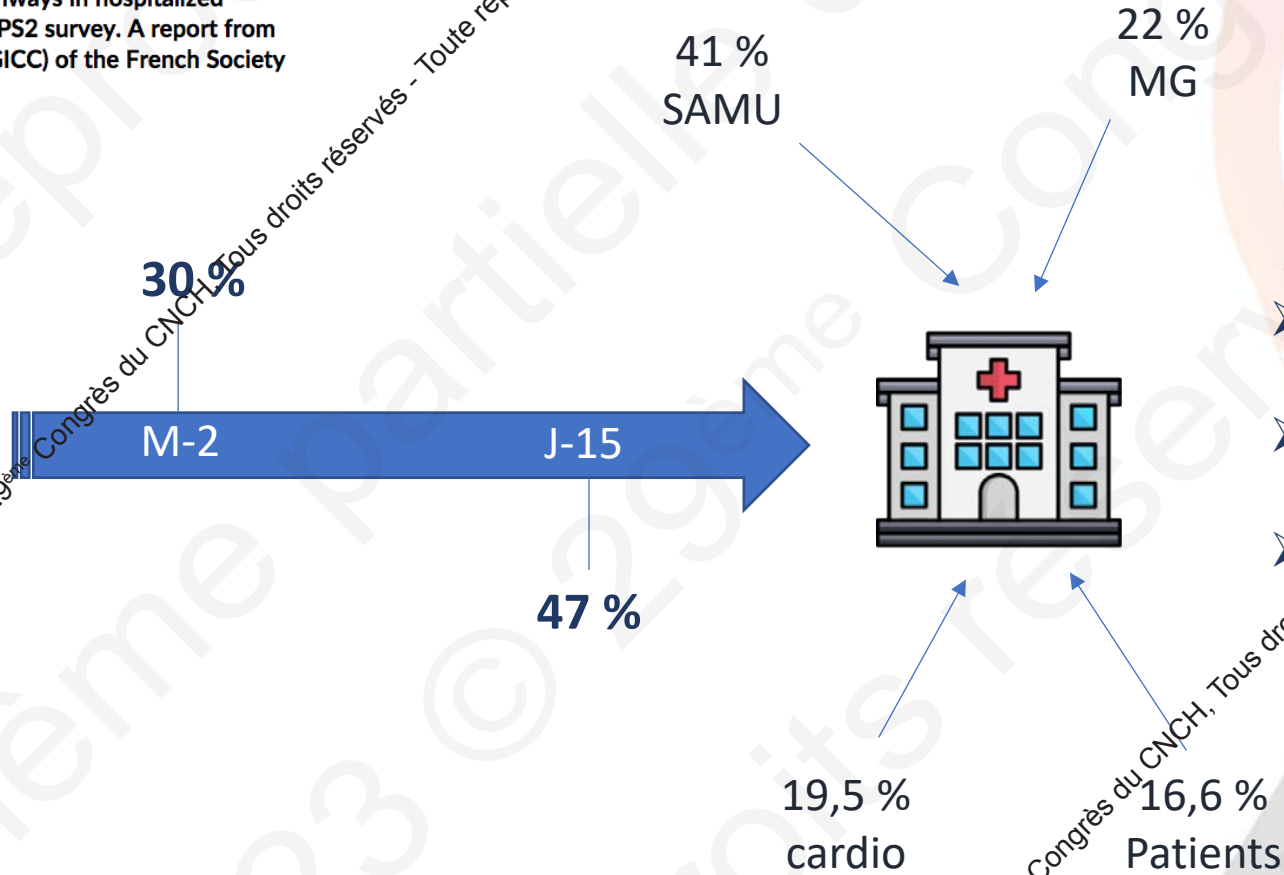
Entre 400 000 et 700 000 patients non diagnostiqués

CLINICAL INVESTIGATIONS

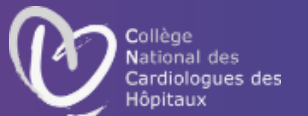
CLINICAL CARDIOLOGY WILEY

First symptoms and health care pathways in hospitalized patients with acute heart failure: ICPS2 survey. A report from the Heart Failure Working Group (GICC) of the French Society of Cardiology

Symptômes  
E.P.O.F



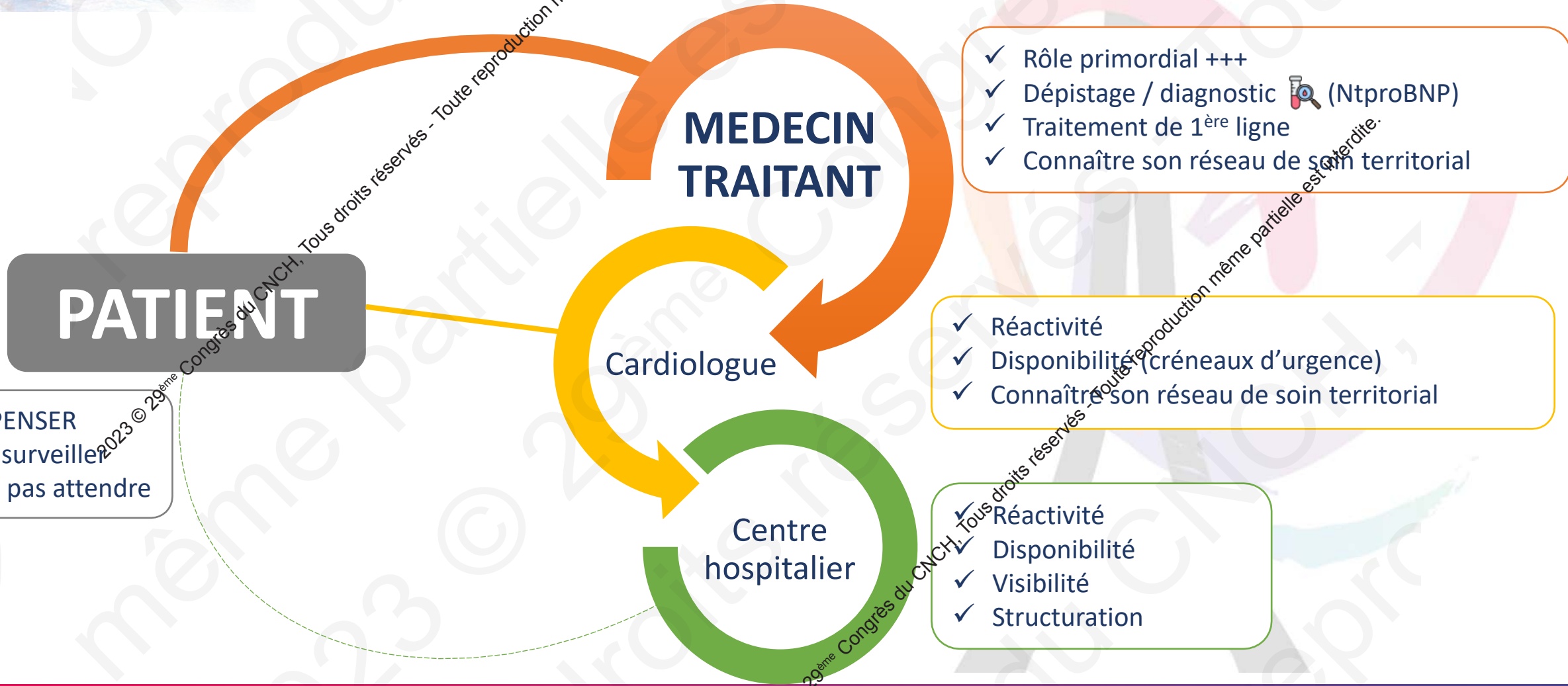
- Campagne d'**INFORMATION** (EPOF)
- Encourager le **DIAGNOSTIC** (Nt-proBNP)
- Faciliter l'**ADRESSAGE** (parcours)





# LUTTE CONTRE L'ERRANCE DIAGNOSTIQUE

## Une réactivité à tous les niveaux



2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



# NOUVELLES ORGANISATIONS TERRITORIALES

## E.S.S CARDIO IDF : augmenter l'offre de soin

M | Medaviz



ESS CARDIO IDF

Paris et Val de Marne  
Dr Patrick ASSYAG  
Dr Véronique Pasquali

Proposer une **consultation non programmée** de cardiologie libérale **dans les 24h**

A la demande d'un médecin généraliste

Cardiologue référent non disponible (ou pas de cardiologue)

Médecin régulateur : numéro unique

3 types de prise en charge :

- **Consultation en présentiel** par un cardio de l'ESSC exerçant à proximité du domicile du patient
  - **Téléconsultation** immédiate entre le patient, +/- le MG et le cardio de l'ESSC
  - **Téléexpertise** cardiologique +/- différée par rapport à la consultation avec le MG



# NOUVELLES ORGANISATIONS TERRITORIALES

## E.S.S CARDIO + : augmenter l'offre de soin



### E.S.S. Art 51



- E.S.S. Pays de la Loire →
- E.S.S. Nouvelle-Aquitaine →
- E.S.S. Auvergne-Rhône-Alpes →
- E.S.S. Centre-Val de Loire →



- Situation non urgente
- Patient dépendant non déplaçable
- Patient sans cardiologue (même transitoirement)
- Absence d'accès à une consultation dans le territoire

- 5 types de prise en charge
- Consultation présentielle
  - Téléconsultation
  - Téléconsultation assistée
  - Télé-expertise
  - Télé-cardiologie augmentée



# DÉVELOPPER LA FILIÈRE AMBULATOIRE

Alternative à l'hospitalisation conventionnelle en aigue

## Hôpital de jour

### Bilan

- Etiologique
- Retentissement
- Consultation spécialisée

### Optimisation

- Traitement médical
- Cure de fer IV

### Projet de soin

- ETP
- Télésurveillance
- Planification suivi
- Prog. Réadaptation
- Evaluation des besoins

Cure de diurétiques IV

## Hospitalisation à domicile

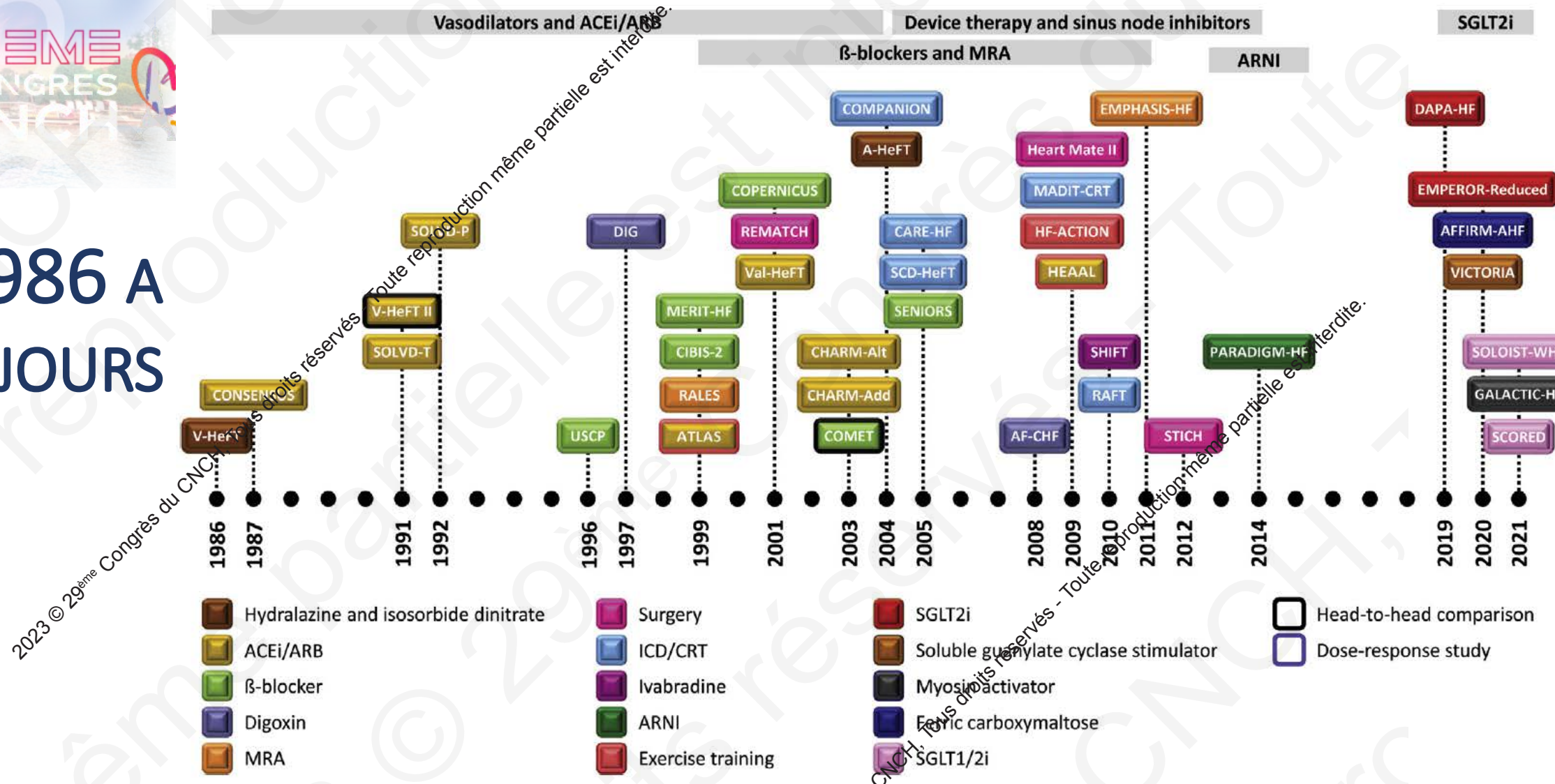
Cure de diurétiques IV

Cure de fer IV

# Zoom sur la phase HOSPITALIERE

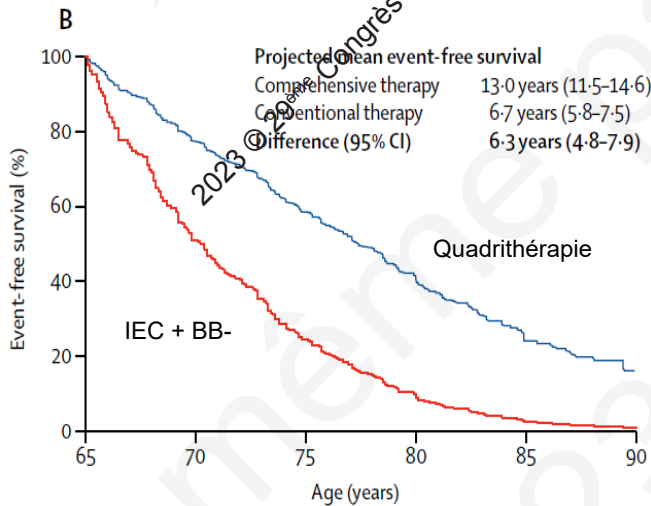


# DE 1986 A NOS JOURS



# LA RÉVOLUTION DU TRAITEMENT MÉDICAL

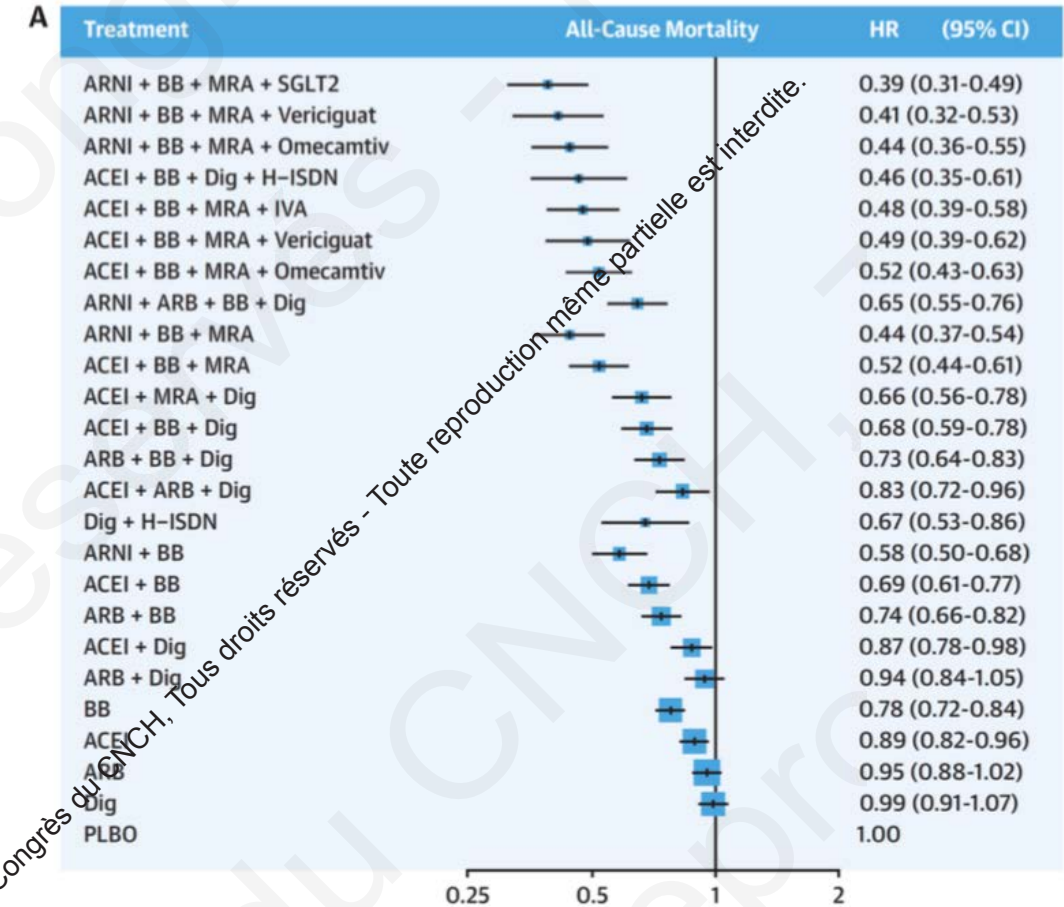
Les 4 fantastiques : pas un mythe



+ 6.3 ans chez un patient de 55 ans



**CENTRAL ILLUSTRATION** Relative Risk Reduction of Different Pharmacological Treatment Combinations for Heart Failure





# AU DELÀ DU TRAITEMENT MÉDICAL

Explosion de la prise en charge interventionnelle

## MULTIPLICITE DES OPTIONS THERAPEUTIQUES

### CORONAIRE

- Revascularisation percutanée

### VALVULAIRE

- TAVI
- Mitraclip
- Triclip

### RYTHMOLOGIQUE

- Défibrillateur automatique implantable
- Resynchronisation
- Défibrillateur en gilet portable
- Ablation de FA
- Ablation jonction atrio-ventriculaire
- Ablation TV/ESV

### Techniques d'ASSISTANCE :

- Mono VG longue durée (LVAD)

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



# AU DELÀ DU TRT MÉD ET INTERVENTIONNEL

## Multitude de mesures associées



-  Bilan **généétique**
-  Prise en charge des **comorbidités**
-  **Education** thérapeutique
-  Prise en charge **diététique**
-  Correction de la **carence martiale**
-  **Vaccination** (grippe, pneumocoque, COVID)
-  **Conciliation** médicamenteuse
-  Evaluation des **besoins sociaux**

PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISÉE

La **Bonne** décision  
au **Bon** moment  
pour le **Bon** patient

→ Parcours de soin coordonné



### Management of HFrEF

To reduce mortality - for all patients

ACE-I/ARNI    BB    MRA    SGLT2i

To reduce HF hospitalization/mortality - for selected patients

Volume overload  
Diuretics

SR with LBBB $\geq 150$ ms CRT-P/D	SR with LBBB 130–149 ms or non LBBB $\geq 150$ ms CRT-P/D			
Ischaemic aetiology ICD	Non-ischaemic aetiology ICD			
Atrial fibrillation Anticoagulation	Atrial fibrillation Digoxin    PVI	Coronary artery disease CABG	Iron deficiency Ferric carboxymaltose	
Aortic stenosis SAVR/TAVI	Mitral regurgitation TEE MV Repair	Heart rate SR > 70 bpm Ivabradine	Black Race Hydralazine/ISDN	ACE-I/ARNI intolerance ARB

For selected advanced HF patients

Heart transplantation    MCS as BTT/BTC    Long-term MCS as DT

To reduce HF hospitalization and improve QOL - for all patients

Exercise rehabilitation

Multi-professional disease management

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



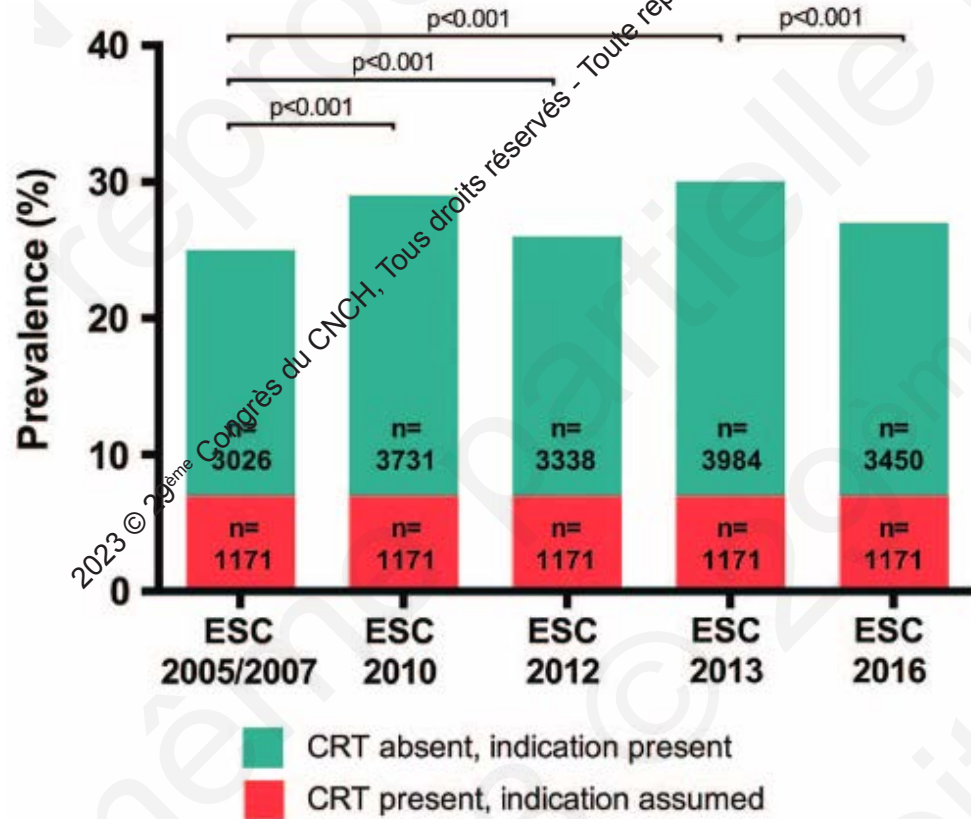
29<sup>ÈME</sup>  
CONGRÈS  
CNCH



# Zoom sur la phase POST-HOSPITALIERE



# UN FLEAU : L'INERTIE THÉRAPEUTIQUE



Sous utilisation des prothèses multisites sur tout le continent européen

→ Seul 42 % des patients éligibles à la resynchronisation en bénéficient



# UN FLEAU : L'INERTIE THÉRAPEUTIQUE

**CENTRAL ILLUSTRATION** Use and Dosing of Guideline-Directed Medical Therapy Among Patients With Chronic HFrEF in Contemporary U.S. Outpatient Practice

A



	ACEI/ARB	ARNI	ACEI/ARB/ARNI	Beta-Blocker	MRA
Without Contraindication and Not Treated	1374	3029	920	1159	2317
Treated	2107	452	2536	2351	1163
With Contraindication	37	37	62	8	38

1 % patients traités simultanément par IEC/ARAII/ARNI, bêtabloquants et ARM à dose cible



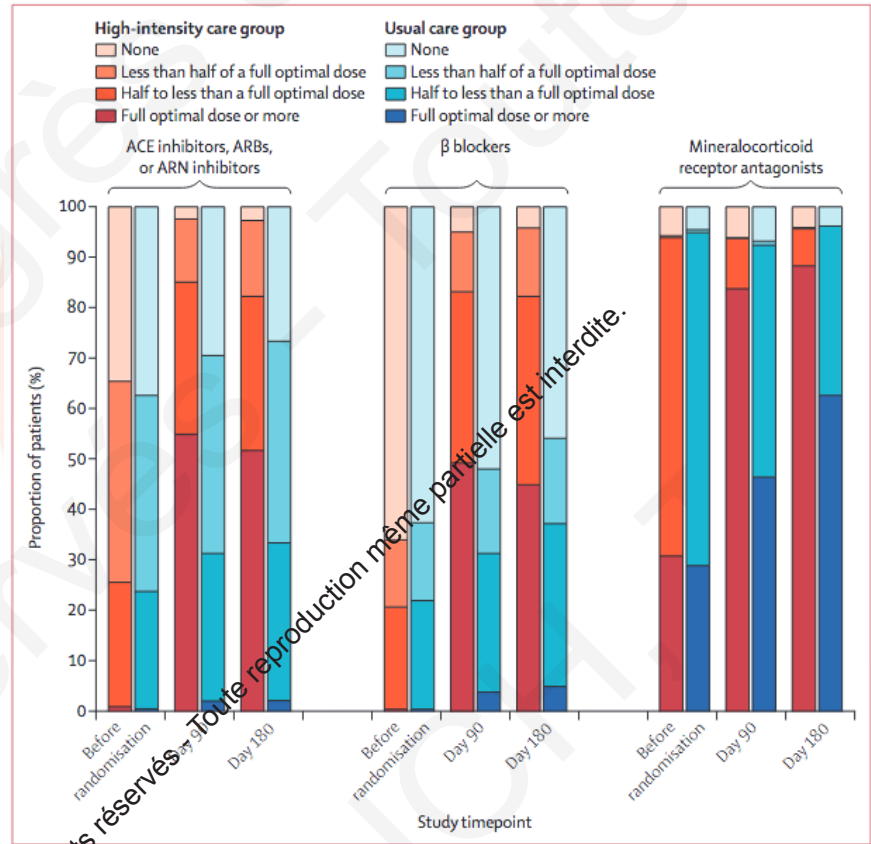
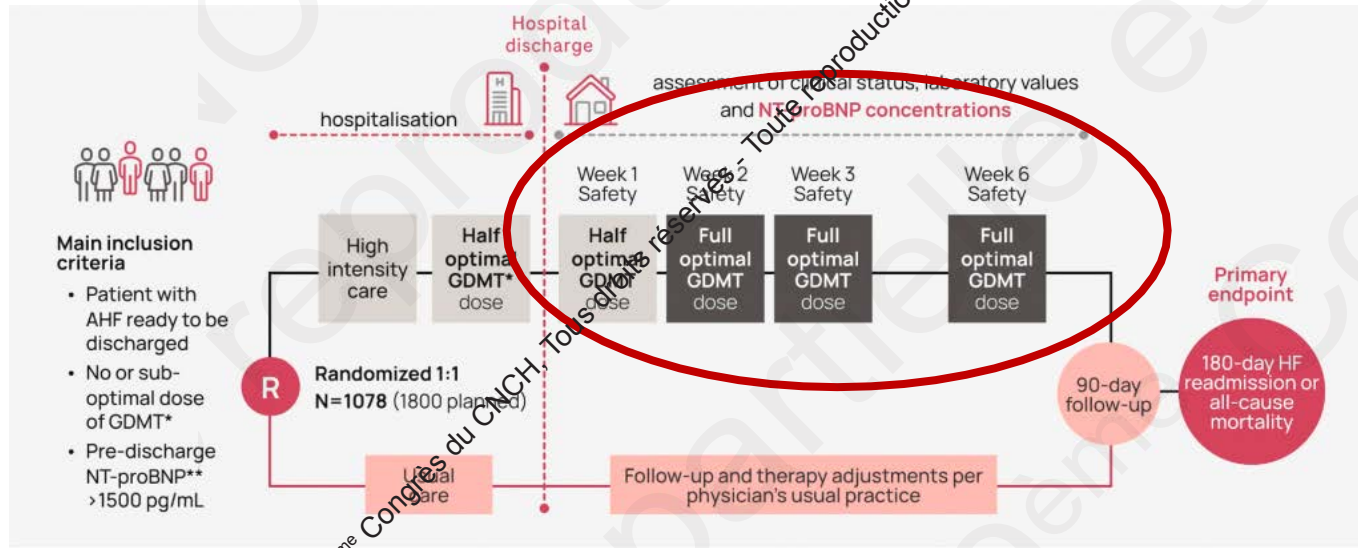
Research Article

Open Access

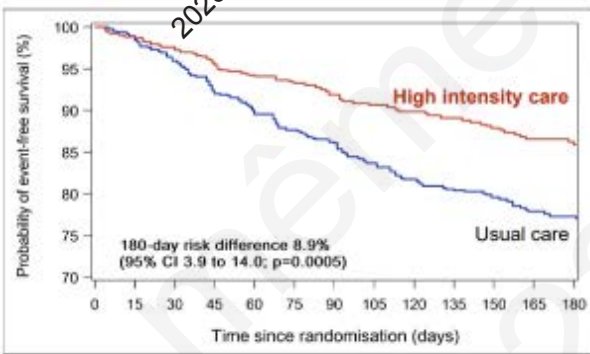
## Medical Inertia in the Optimization of Heart Failure Treatment after Discharge and its Relationship to Outcome

Berthelot E<sup>1</sup>, Eicher JC<sup>2</sup>, Salvat M<sup>3</sup>, Seronde MF<sup>4</sup>, de Groot<sup>5</sup>, Jondeau G<sup>6</sup>, Galinier M<sup>7</sup>, Roul G<sup>7</sup>, Donal E<sup>8</sup>, Damy T<sup>9</sup>, Jourdain P<sup>10</sup>, Bauer F<sup>11</sup>, Isnard R<sup>12</sup>, Trochu JN<sup>13</sup>, Damien Logeart<sup>14\*</sup> and On behalf of Gicc-HF.

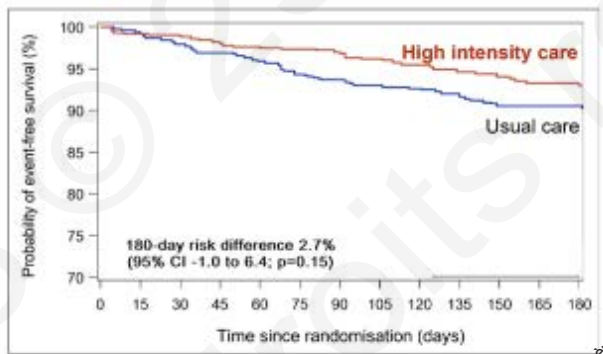
	Admission	At discharge	At 3 months
<b>ACE-I</b>	46.5%	66.2%	64.9%
At ≥ 50% of target dose	65%	42%	42%
at 100% of target dose	34%	13%	14%
<b>ARB</b>	16.3%	13.8%	12.4%
At ≥ 50% of target dose	48%	9%	8%
at 100% of target dose	14%	5%	4%
<b>ACE-I or ARB</b>	62.8%	79.6%	76.3%
At ≥ 50% of target dose	60%	51%	48%
at 100% of target dose	27%	19%	19%
<b>Beta-blocker</b>	39.2%	69.8%	69.0%
At ≥ 50% of target dose	41%	20%	31%
at 100% of target dose	14%	16%	10%
<b>ACE-I or ARB and Beta-blockers</b>	40.1%	59.6%	54.7%



**180-Day Readmission for HF or All-Cause Death**



**180-Day All-Cause Death**



Arrêt prématuré devant **bénéfice net** de la titration intensive



# LA RÉVOLUTION DU TRAITEMENT MÉDICAL

## Des objectifs à tenir

### ESC 2021

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
It is recommended that evidence-based oral medical treatment be administered <u>before discharge</u> . <sup>103,513</sup>	I	C

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



Lutte contre **l'INERTIE THERAPEUTIQUE**

### ESC 2023

#### Recommendation Table 3 — Recommendation for pre-discharge and early post-discharge follow-up of patients hospitalized for acute heart failure

Recommendation	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
An intensive strategy of initiation and rapid up-titration of evidence-based treatment before discharge and during frequent and careful follow-up visits <u>in the first 6 weeks</u> following a HF hospitalization is recommended to reduce the risk of HF rehospitalization or death. <sup>c,d,e 16</sup>	I	B

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



# TANDEM IDE-MÉDECIN

## De nouvelles spécialisations : ISPIC et IPA

- ❖ Cadre légal
- ❖ Champs d'action :
  - Consultations de titration
  - Gestion des alertes de télésurveillance
  - Consultations non programmées
- ❖ Sous supervision médicale



**Collaboration précieuse**



2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



# GÉNÉRALISATION DE LA TÉLÉSURVEILLANCE

Surveillance **poids et symptômes** au quotidien : par objets connectés ou rapportés par le patient

**100 % remboursé** par l'assurance maladie : ETAPE au droit commun

Patients **symptomatiques** avec BNP/NtproBNP élevés (> 100/1000) ou hospitalisation dans les 12 mois

Efficacité dépend de la **compliance du patient** et de **l'équipe qui va surveiller** le patient



**REACTIVITE**



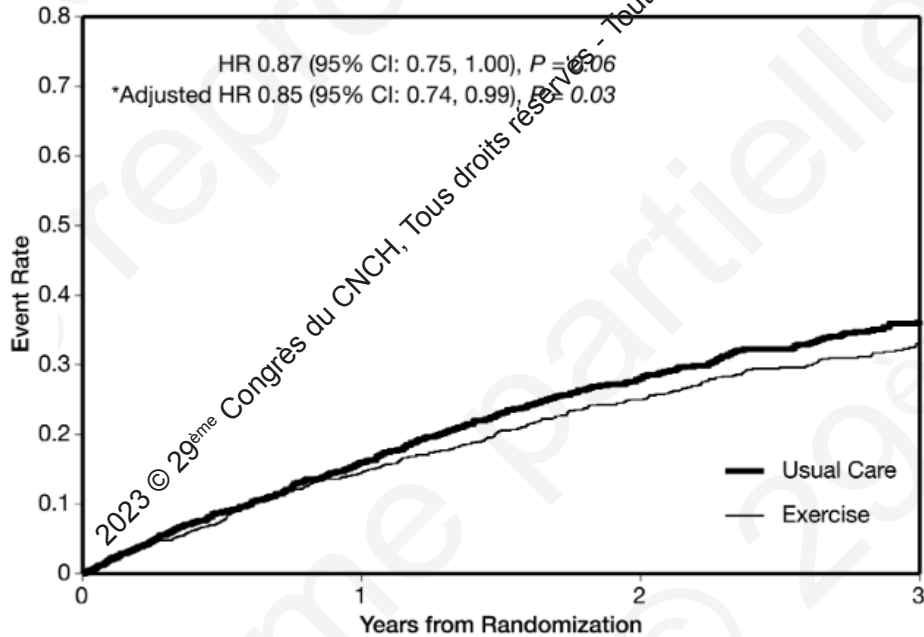


# LA RÉADAPTATION CARDIAQUE

## Triple objectif



**Figure 6.**  
Time to Cardiovascular Mortality or Heart Failure Hospitalization



No. at Risk

	0	1	2	3
Usual Care	1172	937	616	342
Exercise Training	1159	952	626	344

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
Exercise is recommended for all patients who are able in order to improve exercise capacity, QOL, and reduce HF hospitalization. <sup>c 324–328,335–337</sup>	I	A
A supervised, exercise-based, cardiac rehabilitation programme should be considered in patients with more severe disease, frailty, or with comorbidities. <sup>95,324–327,338</sup>	IIa	C

© ESC 2021

- ✓ Réentraînement à l'effort
- ✓ Education thérapeutique
- ✓ Optimisation thérapeutique



Sous adressage : seulement 10 %





# NOUVELLES ORGANISATIONS TERRITORIALES

Communautés Professionnelles Territoriales de Santé



Maisons de Santé Pluriprofessionnelles Et Centres de Santé



E.S.S CARDIO : augmenter l'offre de soin

E.S.S. Art 51



Dispositifs d'Appui à la Coordination : parcours complexes



Faciliter l'accès aux soins et coordonner les parcours de soins

2023 © 29ème Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



# LIEN VILLE-HÔPITAL

## Programme d'accompagnement de retour à domicile



Coordonne la médecine de ville  
Suivi IDE hebdomadaire  
Durée : 3 mois

Les acteurs	Tronc commun		Suivi spécifique
<b>Le CAM</b> Organisation du retour à domicile	Avant la sortie Rencontre avec le CAM à l'hôpital Organisation 1er RDV MT, cardiologue, IDEL	1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> mois du programme Suivi de la ré-évaluation des 1 <sup>ers</sup> RDV (MT + IDEL) Bilan à 2 mois	3 <sup>e</sup> au 6 <sup>e</sup> mois du programme Bilan final
<b>L'IDE</b> Rappels d'éducation & surveillance NYHA IV et NYHA III NYHA II et NYHA I	Éducation éventuellement réalisée par l'équipe hospitalière	1 visite hebdomadaire réalisée par une IDEL formée → 8 visites	Poursuite avec une visite bimensuelle par une IDEL formée → 8 visites Poursuite accompagnement par courriers avec rappels des messages de prévention
<b>Le MT</b> Consultations		Consultation dans les 8 jours Consultation longue à 2 mois + coordination avec le cardiologue	+ Consultations MT et cardiologue supplémentaires en fonction des besoins du patient
<b>Le CARDIOLOGUE</b> Consultations		Consultation après 1 mois	

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

29<sup>EME</sup>  
CONGRES  
CNCH



# LES ASSOCIATIONS DE PATIENTS



2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



# PARCOURS DE SOIN EN 2023

Centre de réadaptation

Association de patients



ISPIC

Centre hospitalier

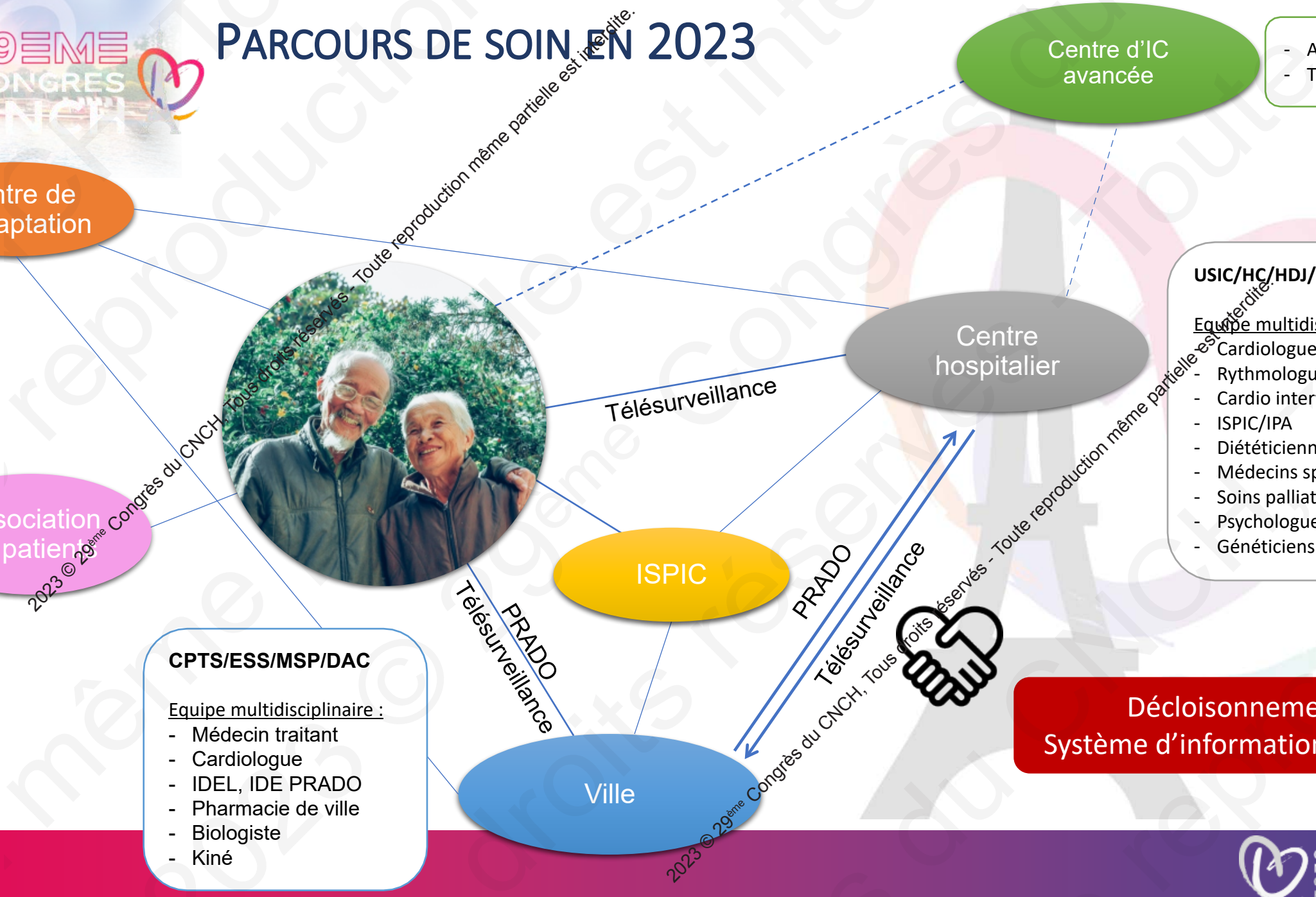
Centre d'IC avancée

Ville

- CPTS/ESS/MSP/DAC**
- Equipe multidisciplinaire :
- Médecin traitant
  - Cardiologue
  - IDEL, IDE PRADO
  - Pharmacie de ville
  - Biologiste
  - Kiné

- USIC/HC/HDJ/consultation**
- Equipe multidisciplinaire :
- Cardiologue hospitalier
  - Rythmologue
  - Cardio interventionnel
  - ISPIC/IPA
  - Diététicienne
  - Médecins spécialistes
  - Soins palliatifs
  - Psychologues
  - Généticiens

**Décloisonnement**  
Système d'information partagé



2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



# TAKE HOME MESSAGES

## Dynamique d'un parcours ou parcours dynamique



- Lutte contre l'errance diagnostique, campagne de dépistage
- Organisation de l'offre de soin
- Multiplicité des intervenants
- Multiplicité des options thérapeutiques
- Lutte contre l'inertie thérapeutique
- Développement des réseaux de soin
- Fin de l'hospitalocentrisme

**REACTIVITE A TOUS LES NIVEAUX POUR QUE CA MARCHE**



# Merci de votre attention



2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.