



Webinaire cardiogériatrie

Optimisation de la pharmacothérapie

Spécificités de la prise en charge de
l'insuffisance cardiaque du sujet âgé



28 MARS 2024

13H - 14H



Pr Frédéric ROCA - gériatre CHU Rouen

Kléa DESPLANQUES - interne OMÉDIT Normandie

Connectez vous dès maintenant !

Scannez le QRCode ci-dessous avec votre téléphone ou connectez vous sur wooclap.com



1 Allez sur wooclap.com

2 Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement
WEBIC

Activer les réponses par SMS

Sommaire

- 1 Contexte
- 2 Nouvelles recommandations dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (IC)
- 3 Prise en charge de l'IC à FEVG altérée
- 4 Prise en charge de l'IC à FEVG préservée
- 5 Quel suivi et comment collaborer entre professionnels de santé autour de l'IC ?
- 6 Temps d'échange

1

Contexte : épidémiologie

Contexte

- **La prise en charge de l'insuffisance cardiaque représente un enjeu majeur de santé publique.**
 - **Augmentation de la prévalence avec l'âge** : entre 15 % et 20 % chez les personnes âgées ≥ 80 ans ⁽¹⁾
 - 1^{ère} cause d'hospitalisation des plus de 65 ans
 - 1/3 des patients sont ré-hospitalisés dans les 6 mois suite à un premier épisode de décompensation cardiaque
 - **Nombreuses hospitalisations évitables** : coût financier conséquent : 2,8 milliards de dépenses annuelles soit 1,37% du total des dépenses de santé.
- **Diagnostic difficile chez la personne âgée**
 - Errance diagnostique : on estime à 750000 personnes le nombre d'IC qui s'ignorent
 - **Symptômes non spécifiques** surtout chez la personnes âgée (comorbidités)
 - Le diagnostic est souvent tardif, lors d'une décompensation

(1) Bouilly C, Vidal JS, Guibert E, et al. National survey on the management of heart failure in individuals over 80 years of age in French geriatric care units. *BMC Geriatr.* 2019;19:204

Définition de l'insuffisance cardiaque

- Syndrome caractérisé par :
 - **Des symptômes (ex : dyspnée, œdèmes des chevilles, asthénie)**
 - **Parfois associés à des signes cliniques (ex: tachycardie, crépitants, turgescence jugulaire)**
 - **Causé par une anomalie de structure et/ou de fonction du cœur entraînant un débit cardiaque insuffisant et/ou des pressions intracardiaques augmentées à l'effort ou au repos.**

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. ; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021 ; 42 (36) : 3599–726

2

Nouvelles recommandations dans la prise en charge (PEC) de l'insuffisance cardiaque (IC)

Insuffisance cardiaque

- **Nouvelles recommandations pour la PEC de l'IC : ESC 2021**



European Heart Journal (2021) **42**, 3599–3726
doi:10.1093/eurheartj/ehab368

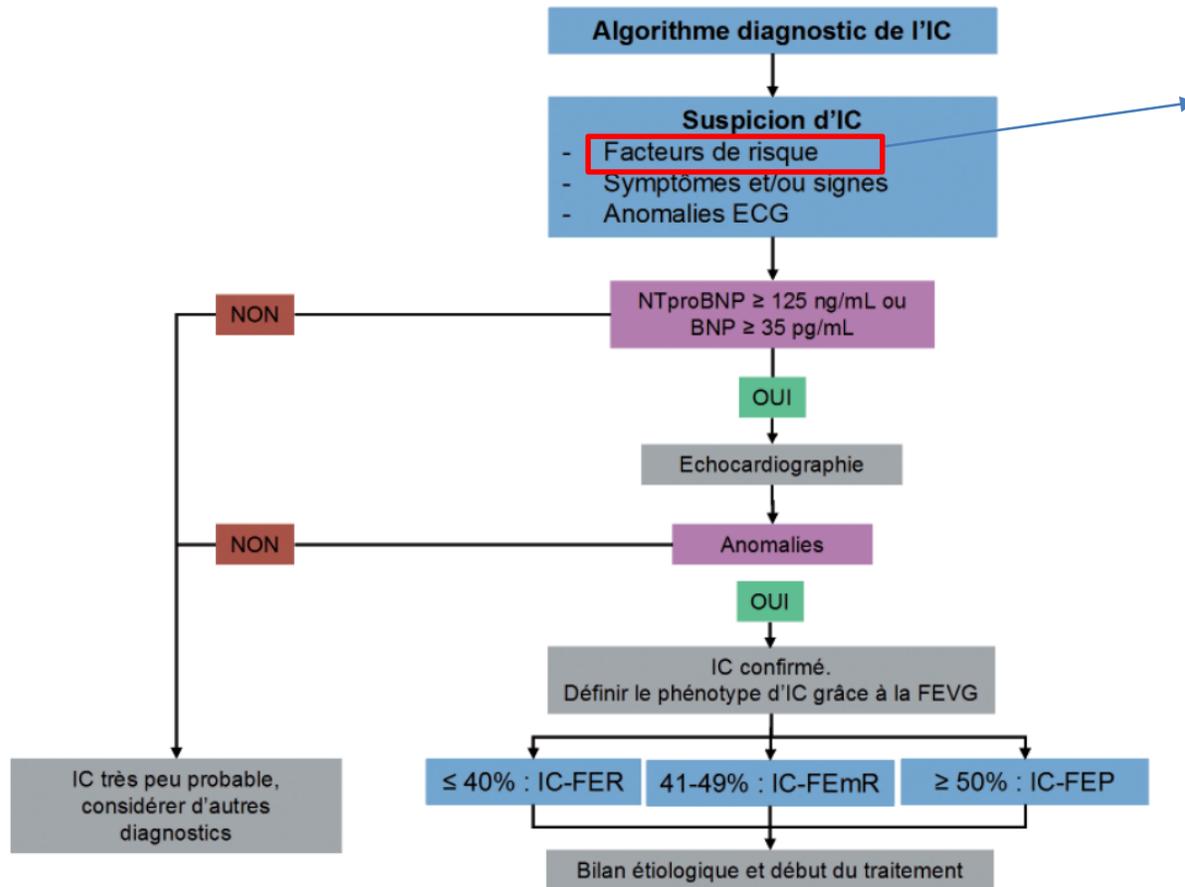
ESC GUIDELINES

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC

Diagnostic de l'insuffisance cardiaque : terrains à risque



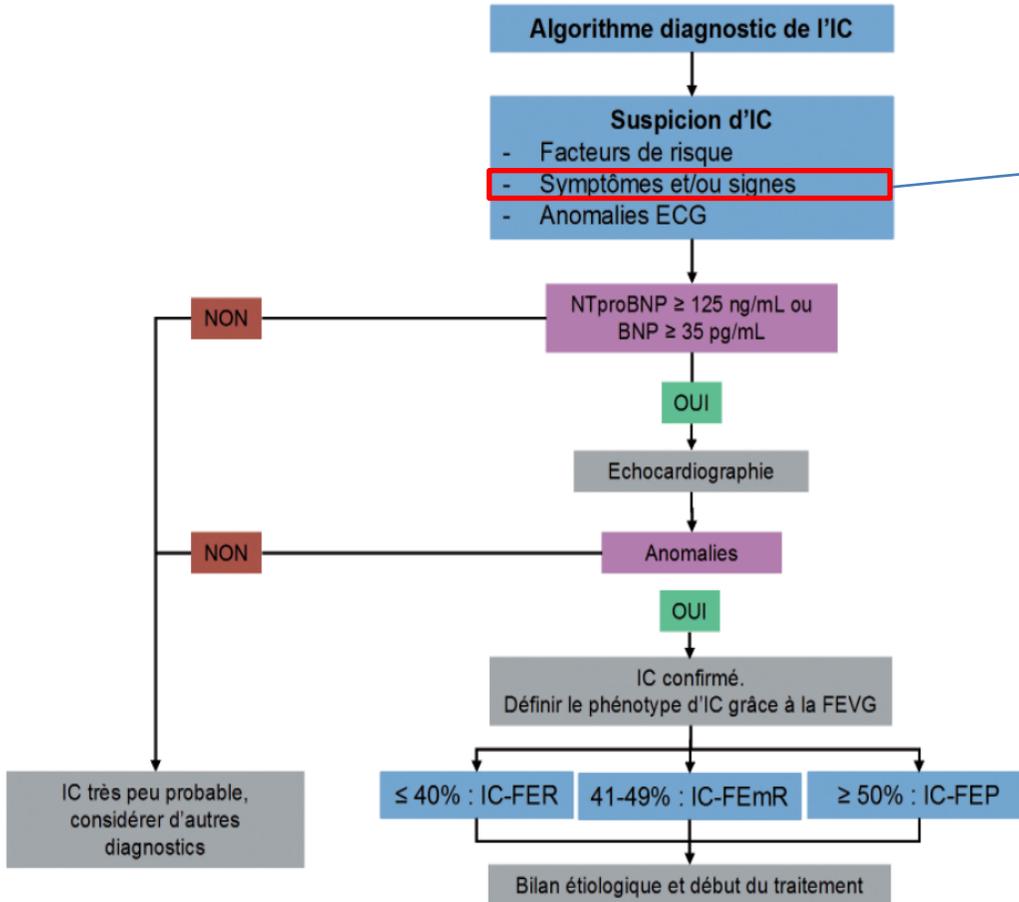
Facteurs de risque :

- Cardiopathie ischémique
- Diabète de type 2
- Hypertension artérielle
- Exogénose
- Chimiothérapie cardiotoxique
- Antécédent familial de cardiopathie
- ...

Présence de nombreuses comorbidités chez le sujet âgé

Figure extraite de [2021-N14-Journal du CCF.pdf \(sfcardio.fr\)](#)

Diagnostic de l'insuffisance cardiaque chez le sujet âgé



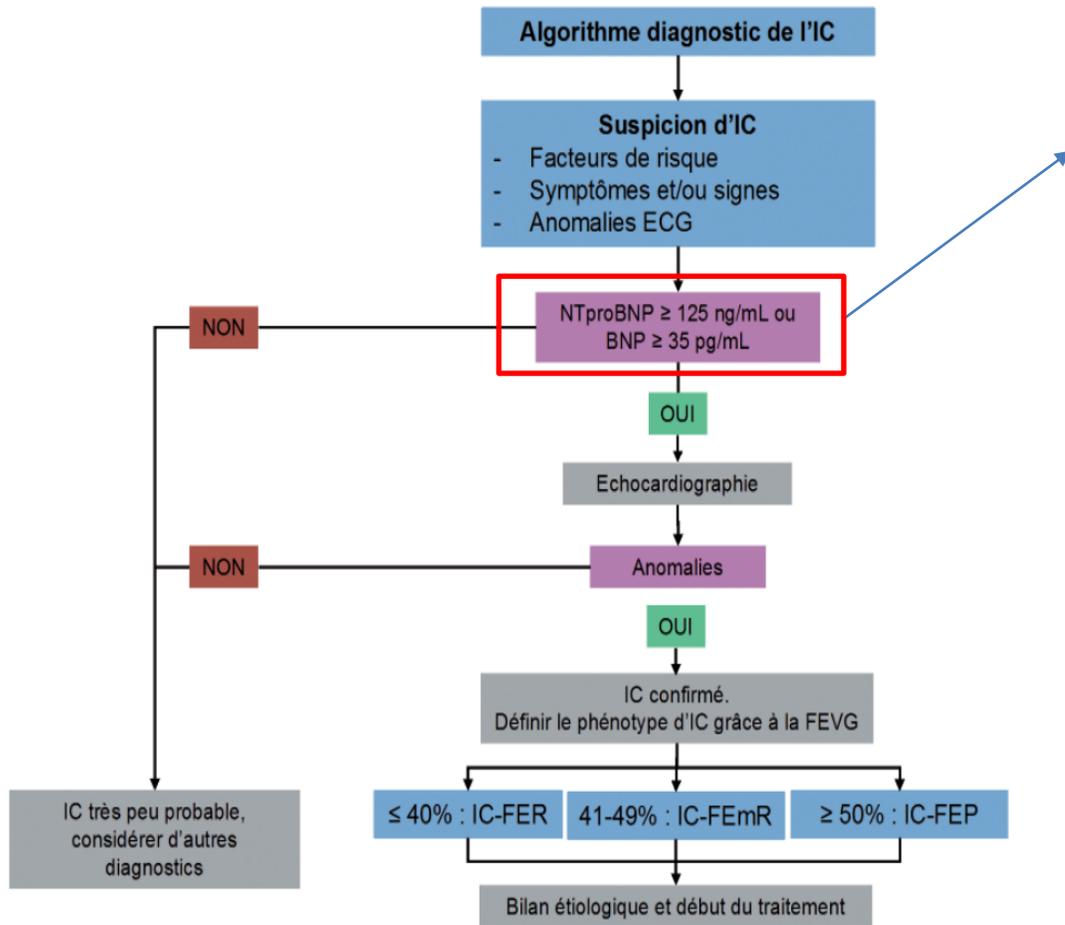
- EPOF : acronyme EPOF des 4 symptômes qui doivent alerter

E	Essoufflement à l'effort et/ou en position allongée
P	<u>Prise de poids</u> en quelques jours
O	Œdèmes des membres inférieurs
F	Fatigue importante, même pour un petit effort

- Symptômes peu spécifiques surtout chez le sujet âgé

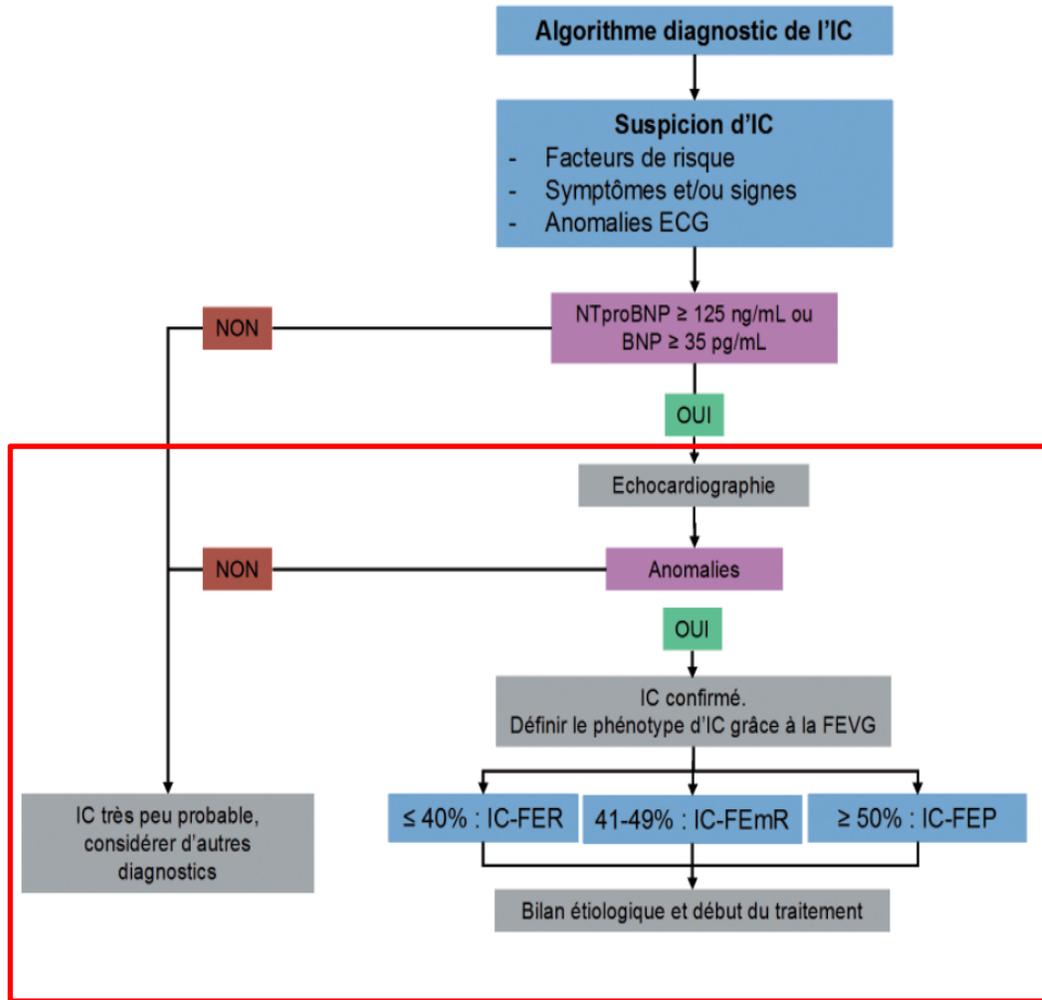
Signes atypiques d'IC chez le patient âgé :
œdème des lombes, chute, confusion, sibilants à l'auscultation, dénutrition.

Diagnostic de l'insuffisance cardiaque : dosage des peptides natriurétiques



• NT-proBNP <125pg/mL ou BNP <35pg/mL	• NT-proBNP > 125pg/mL ou BNP > 35pg/mL
• Rechercher une autre origine des symptômes	
 Augmentation du taux de NTproBNP : IR, sepsis, FA , <u>âge</u>	
Chez les patients > 75 ans : très peu de probabilité d'IC < 300pg/mL et IC aigue probable > 1800pg/mL	
Interprétation par rapport au <u>taux de référence</u> du patient	

Rôle essentiel de l'échocardiographie



L'échocardiographie cardiaque permet de déterminer la FEVG

FEVG $<$ 50% : modérément altérée à altérée

FEVG $>$ 50% : préservée
(majoritaire chez le sujet âgé)

En fonction de la valeur de la FEVG, la PEC médicamenteuse sera différente

3

Prise en charge médicamenteuse de l'IC à FE altérée

Cas clinique : scannez le Qrcode avec votre téléphone



OU



1

Allez sur wooclap.com

2

Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement

WEBIC

 Activer les réponses par SMS

Cas clinique



Mme X, 75ans se rend aux urgences pour dyspnée stade NYHA III évoluant depuis 2 jours avec une prise de poids de 8 kgs en 1 mois.

On note dans les antécédents un syndrome dépressif.

Traitement habituel : Fluoxétine, vitamine D 50000ui/mois, Paracétamol 3g/j si besoin

Clinique : PA 140/90 mmHg, FC à 95/min, OMI bilatéraux

Biologique : NTproBNP à 3800 ng/mL, Hb à 12,6 g/dL créatininémie à 97 µmol/L (DFG à 62 mL/min), kaliémie à 4,6 mmol/L

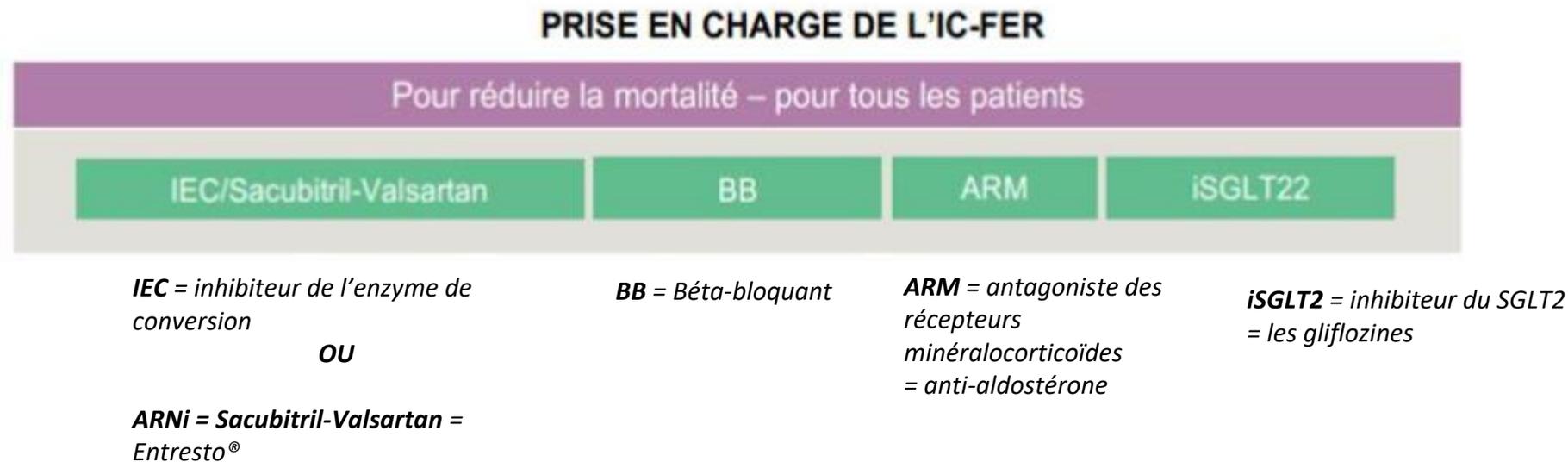
ETT : dysfonction VG à 30% avec un VG dilaté

Après hospitalisation en cardiologie, la patiente est sortante. Une ordonnance de sortie est rédigée.

Parmi les propositions ci-dessous, quelle(s) association(s) serai(en)t optimale(s) dans la PEC de cette IC ?

- A) Ramipril 2,5 mg / j + Bisoprolol 2,5 mg / j + Spironolactone 12,5 mg
- B) Bisoprolol 2,5 mg / j + ENTRESTO® 24/26 mg 1 cp matin et soir + Spironolactone 12,5 mg / j + Dapagliflozine 10 mg / j
- C) Ramipril 2,5 mg / j + Bisoprolol 2,5 mg / j + Spironolactone 12,5 mg / j + Empagliflozine 10 mg / j
- D) Ramipril 2,5 mg / j + Bisoprolol 2,5 / j + Dapagliflozine 10 mg / j
- E) Ramipril 2,5 mg / j + Bisoprolol 2,5 mg / j + ENTRESTO® 24/26 mg 1 cp matin et soir + Dapagliflozine 10 mg / j

Prise en charge de l'IC à FEVG altérée



Nouvelles recommandations ESC 2021 :
Introduction d'emblée **des 4 piliers de l'IC** dès que la FEVG < 40% si la **tolérance** le permet
chez tous les patients **quelque soit l'âge**.

IC à FE altérée : quelles posologies ?

Etude STRONG-HF : (Sécurité, tolérance et efficacité du titrage à la hausse des traitements médicamenteux recommandés pour l'insuffisance cardiaque)

- Confirmation de la **bonne tolérance de la quadrithérapie** dans l'IC à FEVG altérée avec diminution de la mortalité
- **Débuter l'ensemble des traitements, en même temps, à faible dose, puis titration progressive.**
- Recommandation **grade I-A** dans la mise à jour des recommandations en 2023 pour l'IC pour **l'intensification des doses des traitements en 6 semaines**

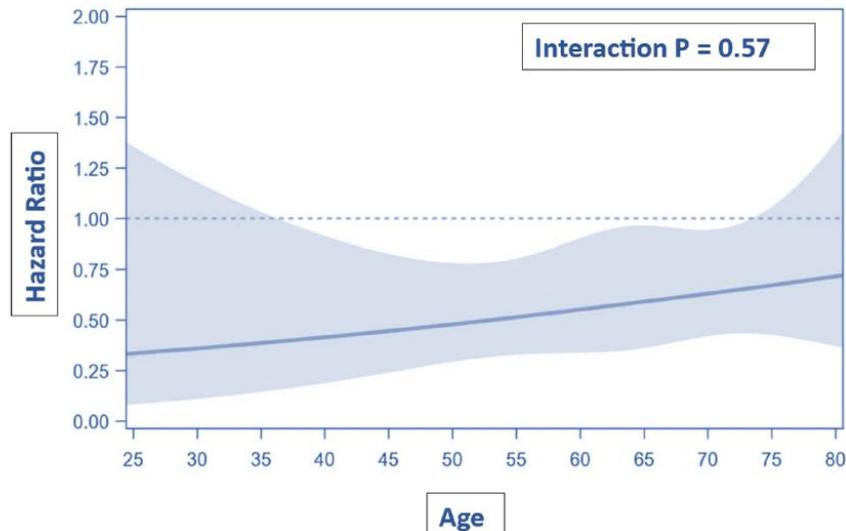
- **Âge moyen des patients : 63 ans : qu'en est-il chez la personne âgée > 75 ans ?**

Qu'en est t-il chez la personne âgée ?

Peut-on introduire cette quadrithérapie chez la personne âgée ?

Oui

Figure 1 : Réduction des décès et hospitalisations pour insuffisance cardiaque avec le traitement intensif en comparaison au traitement usuel, quel que soit l'âge



Gerianews – Newsletter novembre-décembre 2023, Dr Abdelhakim Hacil - Peut-on introduire les médicaments recommandés dans l'insuffisance cardiaque chez le sujet âgé ?

Etude STRONG-HF : sous groupe personne-âgée > 75ans

- Dans cette étude, le traitement intensif après un épisode d'insuffisance cardiaque aigüe a été bien toléré et a entraîné une réduction significative des décès toutes causes confondues ou des ré-hospitalisations pour insuffisance cardiaque quel que soit l'âge.

Arrigo M, Biegus J, Asakage A, Mebazaa A, Davison B, Edwards C et al. Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure in elderly patients: A sub-analysis of the STRONGHF randomized clinical trial. *Eur J Heart Fail.* 2023 Jul;25(7):1145-1155.

Récent consensus d'experts (octobre 2023) :

Proposition que la quadrithérapie puisse être introduite chez les sujets > 75 ans dans un délai de 30 jours en utilisant des faibles doses.

Girerd N, Leclercq C, Hanon O, Bayés-Genís A, Januzzi JL, Damy T, Lequeux B, Meune C, Sabouret P, Roubille F. Optimisation of treatments for heart failure with reduced ejection fraction in routine practice: a position statement from a panel of experts. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2023 Oct;76(10):813-820

Proposition d'un algorithme chez la personne âgée par ce consensus d'experts

Tous les patients > 75 ans



Score **TRST** (Triage Risk Screening Tool)

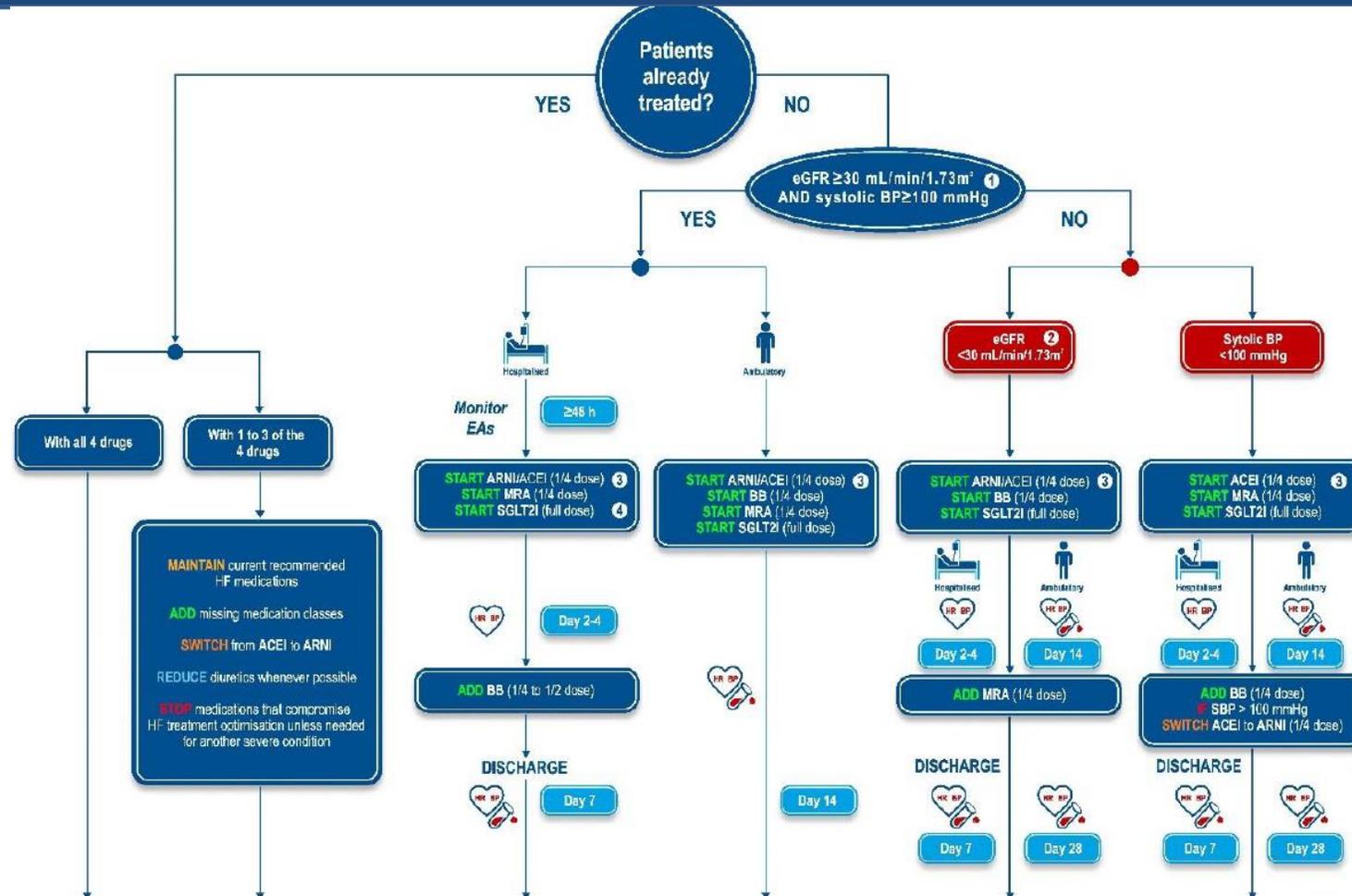
Score TRST :

- Hospitalisation récente (< 3 mois)
- Troubles cognitifs
- Troubles de la marche
- Polymédication (> 5 médicaments)
- Perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne

Chaque item correspond à 1 point

Proposition d'un algorithme chez la personne âgée par ce consensus d'experts

Score TSRS < 2



Girerd N, Leclercq C, Hanon O, Bayés-Genís A, Januzzi JL, Damy T, Lequeux B, Meune C, Sabouret P, Roubille F. Optimisation of treatments for heart failure with reduced ejection fraction in routine practice: a position statement from a panel of experts. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2023 Oct;76(10):813-820

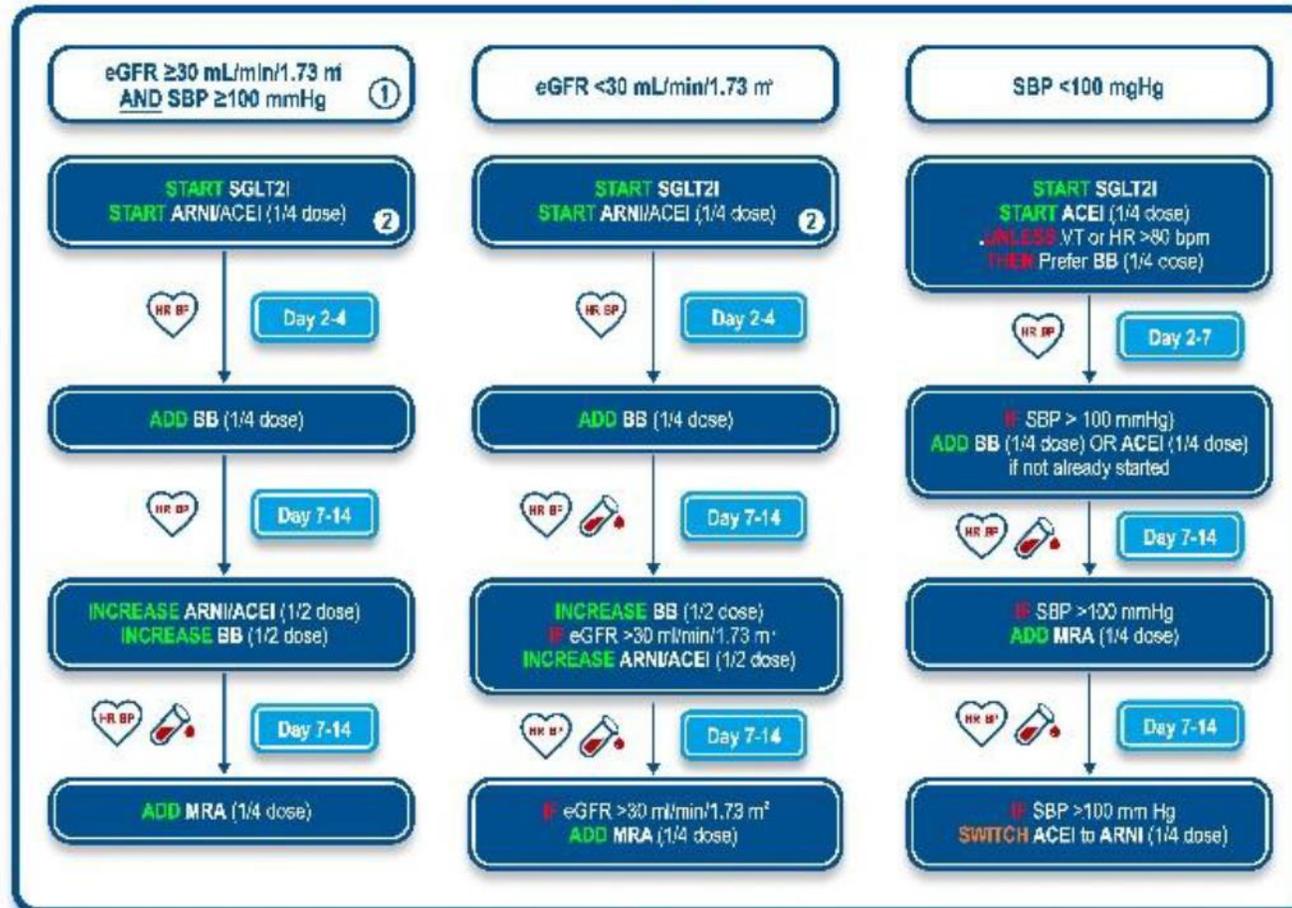
Règles pour la titration des médicaments chez les sujets âgés avec score TRST < à 2 :

- Augmentation de la posologie **toutes les 1 à 2 semaines** jusqu'à la dose maximale tolérée
- Augmentation de la posologie d'1 ou 2 médicaments à la fois (*exceptionnellement 3 si les patients ont de bonnes fonction rénale et pression artérielle*)
- Diminution des diurétiques de l'anse si possible
- Vérifier la **fonction rénale et la kaliémie** (dans les 7 jours) et contrôler **FC et PA** à chaque changement de posologie

Proposition d'un algorithmes chez la personne âgée par ce consensus d'experts

Score TRST ≥ 2

- ✓ Initiation séquentielle dans les 30 jours
- ✓ Initiation avec des quarts de doses



Règles pour la titration des médicaments chez les sujets âgés avec score TRST ≥ 2 :

- Augmentation de la posologie **toutes les 2 semaines** jusqu'à la dose maximale tolérée
- Augmentation de la posologie d'1 ou 2 médicaments à la fois
- Diminution des diurétiques de l'anse si possible
- Vérifier la **fonction rénale et la kaliémie** à chaque changement de posologie (dans les 7 jours)
- Contrôler **FC et PA** à chaque changement de posologie

IC à FE altérée : comment adapter la thérapeutique ?

Priorisation des traitements selon les comorbidités

Paramètres à prendre en compte pour l'introduction des traitements

- **Signes de congestion**
- **PAS > 100mmHg ou < 100 mmHg**
- **FC > 70bpm ou < 50bpm**
- **FA : oui ou non**
- **IRC sévère de stage IV : oui ou non**
- **Diabète : oui ou non**

Signes de congestion

Action diurétique des anti-aldostérones et prévention l'hypokaliémie
Action diurétique des ISGLT2 sans effet sur la kaliémie

Pression artérielle systolique (PAS)

Action modeste des anti-aldostérones et très modeste des ISGLT2 sur la PAS
Introduction ARNi CI si PAS < 100 mmHg
Adaptation doses IEC et arrêt ARNi si hypotension symptomatique

Fréquence cardiaque (FC)

Titration des bêta bloquants avec objectif FC 50-70/min

Fibrillation atriale (FA)

Ralentissement de la FA par les bêta bloquants

Maladie rénale chronique

Risque majoré d'hyperkaliémie sous anti-aldostérones
Baisse attendue initiale du DFG sous ARNi / IEC / ISGLT2 (améliore pronostic rénal au long terme)
Discussion avec néphrologue pour anti-aldostérones / ARNi si DFG < 30 mL/min et ISGLT2 si DFG < 25 mL/min

Diabète

Rôle majeur des ISGLT2

Focus sur les ARNi : ENTRESTO®

- **ENTRESTO® = Valsartan / Sacubitril**
- **3 dosages différents : 24/26 mg, 49/51 mg et 97/103 mg**
- **2 fois par jour !**

ARNi = inhibiteur des récepteurs à l'angiotensine II et de la néprilysine

- **Prudence chez le sujet âgé +++ : risque d'IRAF majorée**
- ✓ **Introduction à la plus petite dose : 24/26mg**
- **Après 36h de wash-out si patient sous IEC ➡ Entresto® + IEC = contre-indication ⚠**
- **CI / Précaution d'emploi :**
 - **Contre-indication à l'introduction si PAS < 100 mmHg ou si kaliémie > 5,5 mM**
 - **Précaution d'emploi chez patient avec hypotension symptomatique**

➡ **Surveillance de la fonction rénale, de la kaliémie et dépistage HTO +++**

Focus sur les anti-aldostérones

- Spironolactone 25mg, 50mg et 75mg
- Eplérénone 25mg et 50mg

Chez le sujet âgé : posologie d'introduction recommandée à 12,5mg/j de Spironolactone

- Surveillance de la kaliémie +++. Tolérance jusqu'à 5,5mM

Pour information :

Nouveauté = Finérénone (recommandation de classe 1A) chez les diabétiques porteurs d'une atteinte rénale. Commercialisée en Belgique depuis le 1^{er} février 2023 mais pas encore en France

Focus sur les inhibiteurs du SGLT2

- Dapaglifozine 10mg
- Empaglifozine 10mg

Bonne tolérance : pas de sur-risques infectieux ou d'hypoglycémie sévère
→ Sécurité de la classe médicamenteuse

A prescrire / maintenir même chez les patients non diabétiques

- Dose unique à 10mg , pas de titration à réaliser
- Diminution des doses d'insuline quand mise du patient sous ISGLT2
- Prévenir patient diabétique insuffisant cardiaque sous ISGLT2 du risque rare mais possible d'acide-cétose euglycémique
- Prévenir le patient du risque d'infection urinaire / génitale
- Surveillance dose de furosémide (voire diminution).

Et à côté de la quadrithérapie ?

➔ **Prise en charge de la carence martiale**

Carence martiale : dépistage systématique et périodique

- **Dépistage : ferritine < 100ng/mL ou ferritine entre 100 et 300ng/mL avec un coefficient de saturation < 20%**
- **L'ESC et la HAS recommandent l'administration parentérale de fer injectable.**
- **Améliore qualité de vie et réduit le risque d'hospitalisation**

Test de concordance de script

Un patient de 80 ans est sorti d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque avec une quadrithérapie Ramipril 5 mg / j + Bisoprolol 2,5 mg / j + Spironolactone 12,5 mg / j + Empagliflozine 10 mg / j. Il consulte son médecin traitant 7 jours après. Son MT envisage de titrer son traitement. Bonne tolérance globale.



Si vous pensiez à	Et que vous trouvez...	Cette nouvelle information rend votre prescription				
Titrer le Ramipril à 7,5mg/j et le Bisoprolol à 5mg/j	Une pression artérielle à 124/90mmHG	-2	-1	0	1	2

-2 : absolument contre-indiquée ; -1 moins probable ; 0 n'a pas d'influence ; 1 plus probable ; 2 indispensable

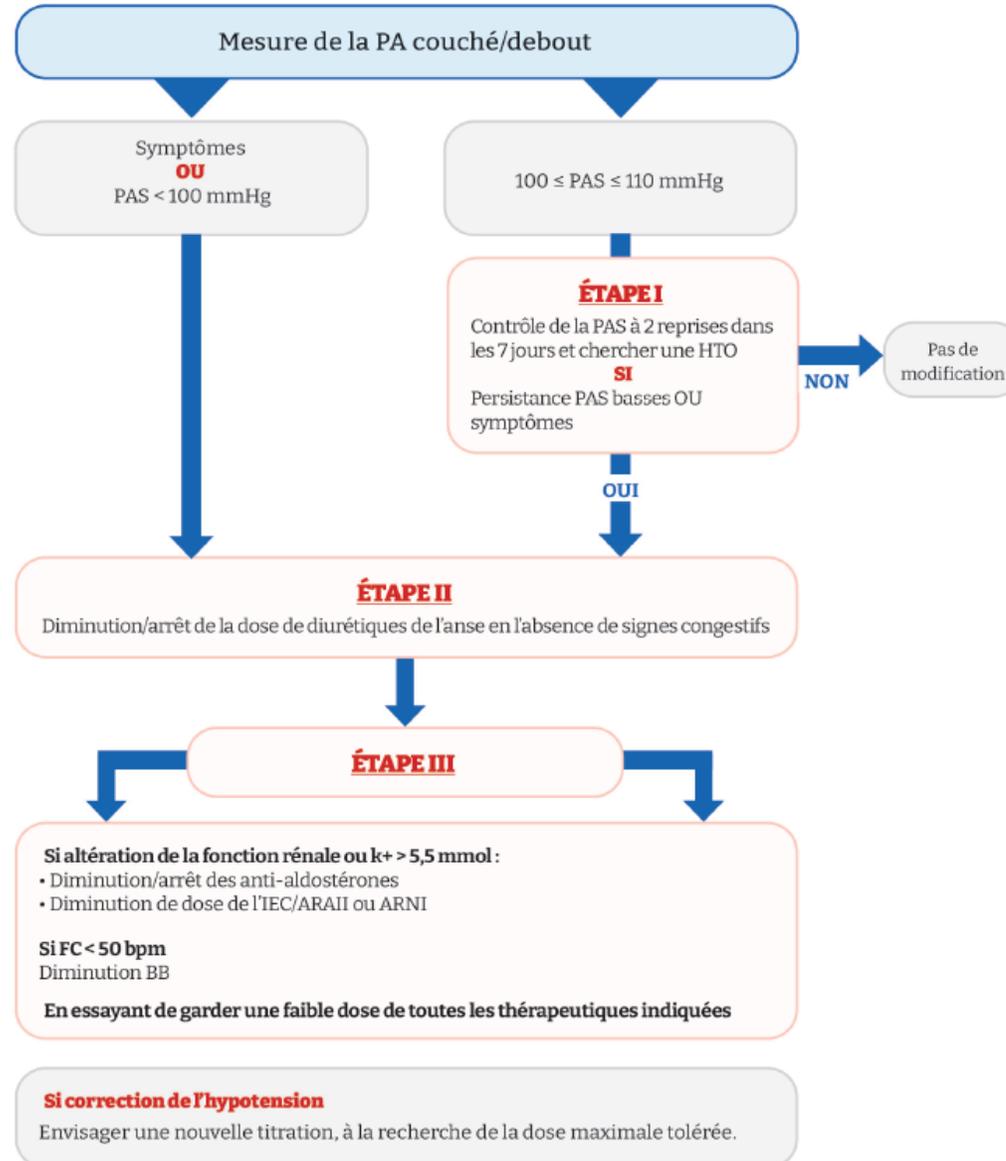
Tolérance des traitements : comment adapter la thérapeutique ?

Que faire en cas d'hypotension artérielle ?

En prévention de l'hypotension, vérifier que les traitements non recommandés dans l'IC ont été arrêtés :

- Alpha-bloquants, antihypertenseurs centraux, inhibiteurs calciques si FEVG altérée

Recherche HTO



Protocolization of the management of geriatric heart failure patients. O. HANON, B.FOUGÈRE, A.LAFARGUE, S. PUTOT, A-S BOUREAU, F.ROCA

Comment adapter la thérapeutique en cas de dysfonction rénale?

Si :

- Augmentation de la créatininémie > 50%
- Créatininémie > 200 μ mol/L
- DFG entre 20 et 25 mL/min (CKD-EPI)

Rechercher les étiologies non cardiaques

- Traitements néphrotoxiques,
- Infections,
- Troubles digestifs,
- Obstruction des voies urinaires

Adapter le traitement

Patient congestif

↑ diurétiques de l'anse pendant 2 à 4 jours (cf. Fiche n° 3 *Gestion des diurétiques*)

Considérer une combinaison de diurétiques avec thiazidiques

Restriction de l'apport hydrique

Patient déshydraté

Patient déshydraté

↓ ou arrêter les diurétiques

Considérer ↑ de l'apport en sel et en eau

Hypotension symptomatique

Voir Fiche n° 4 *Gestion des hypotensions*

Hyperkaliémie

Régime pauvre en K, arrêt de toute supplémentation

↓ ou arrêt transitoire des anti-aldostérone

↓ ou arrêt transitoire des IEC/ARAII

Considérer les chélateurs de K

Bio tous les 1 à 3 jours

4

Prise en charge médicamenteuse de l'IC à FE préservée

Cas clinique n°2

Mme Z, 79 ans se rend chez son cardiologue pour dyspnée et OMI

On note dans les antécédents un diabète de type 2, une HTA, un Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil (SAOS), obésité.

Traitement habituel : Metformine 1000mg 3/j, Rilménidine 1mg/j, Ramipril 5mg/j, Atorvastatine 20mg/j, vitamine D 50000ui/mois, Paracétamol 3g/j si besoin

Clinique : PA 155/90 mmHg (confirmée à domicile), FC à 95/min, OMI bilatéraux

Biologique : NTproBNP à 2500ng/mL, Hb à 12,6 g/dL créatininémie à 138 µmol/L (DFG à 50 mL/min), kaliémie à 4,6 mmol/L

ETT : FEVG à 65%, VG non dilaté, modérément hypertrophié (SIV = 13mm).



Quelles sont les modifications thérapeutiques à effectuer selon vous ?

Cas clinique n°2

Mme Z, 79 ans se rend chez son cardiologue pour dyspnée et OMI. Elle rapporte également une ronchopathie, asthénie diurne. On note dans les antécédents un diabète de type 2, une HTA, obésité. Traitement habituel : Metformine 1000mg 3/j, Rilménidine 1mg/j, Atorvastatine 20mg/j, vitamine D 50000ui/mois, Paracétamol 3g/j si besoin
Clinique : PA 155/90 mmHg (confirmée à domicile), FC à 95/min, OMI bilatéraux
Biologique : NTproBNP à 2500ng/mL, Hb à 12,6 g/dL créatininémie à 138 µmol/L (DFG à 50 mL/min), kaliémie à 4,6 mmol/L, HbA1C : 8,3%
ETT : FEVG à 65%, VG non dilaté, modérément hypertrophié (SIV = 13mm).

Quelles sont les modifications thérapeutiques à effectuer selon vous ?

Modifications principales :

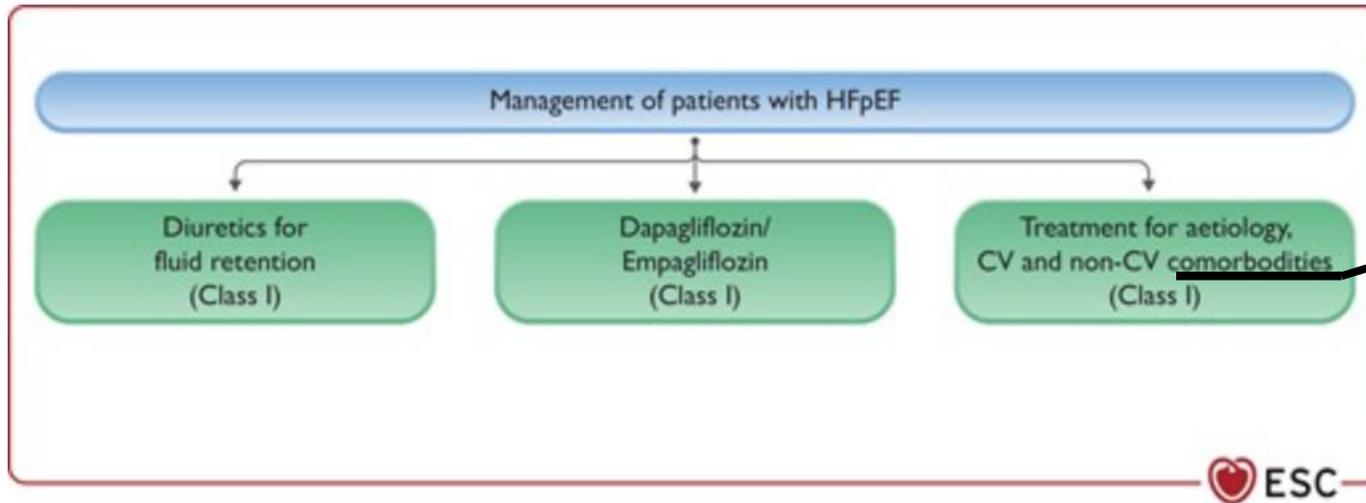
- Ajout gliflozine (+ surveillance diabète)
- Traitements des signes congestifs (OMI bilatéraux) : furosémide

Traitement des comorbidités :

- Arrêt Rilménidine et relai possible par IEC, Spironolactone, diurétique thiazidique ou inhibiteur calcique
- SAOS à rechercher +++

PEC de l'IC à FE préservée (FEVG > 50%)

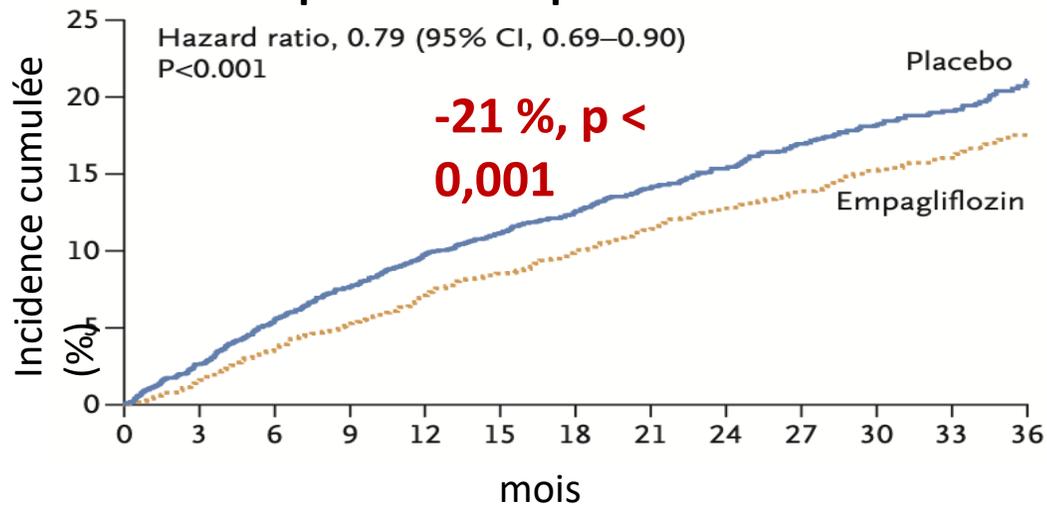
Représente > 50% des patients âgés insuffisants cardiaques



Recherche et prise en charge des comorbidités
+++

Syndrome de l'apnée du sommeil, FA, IRC, HTA ...

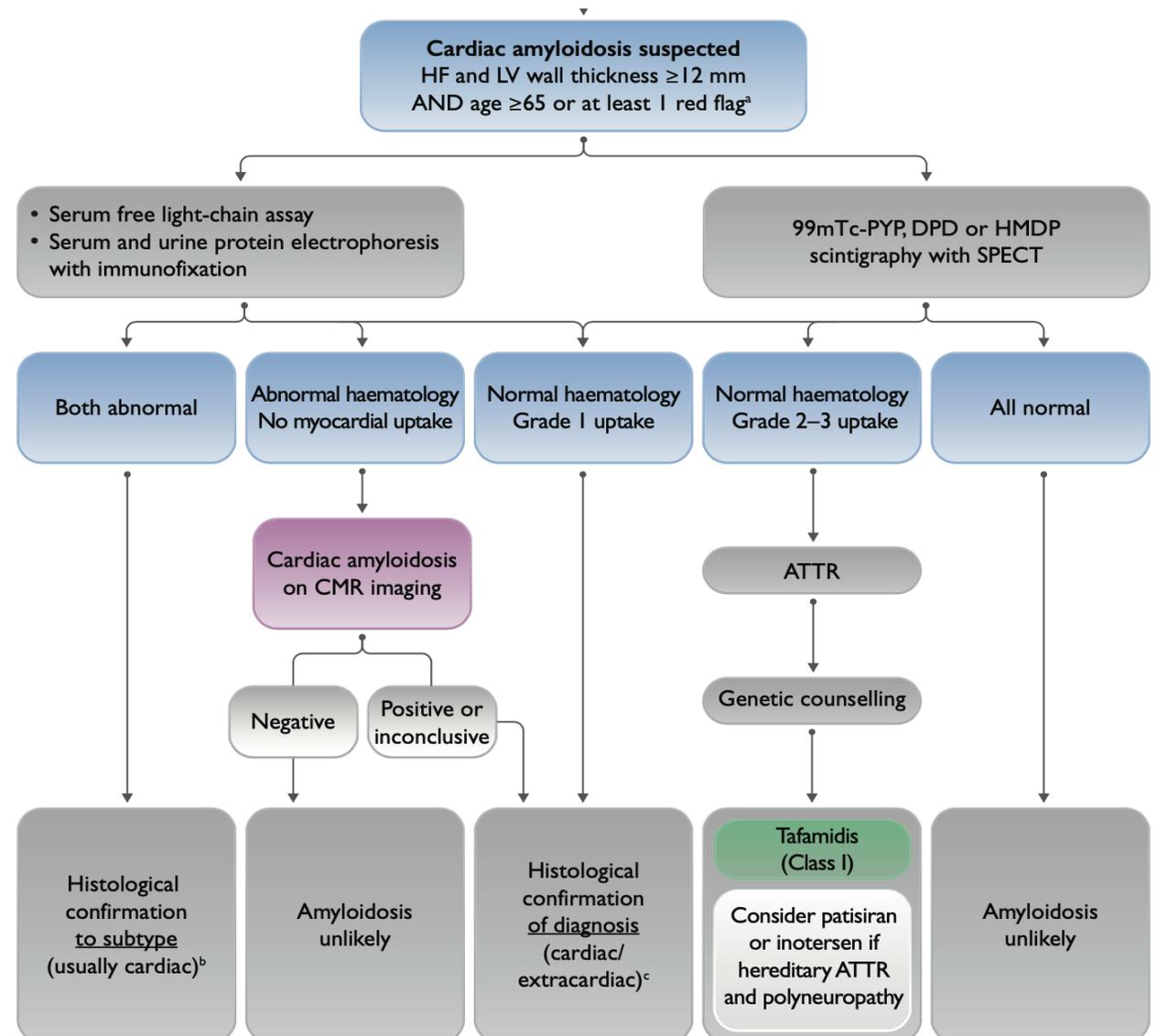
Décès et Hospitalisations pour IC



FE préservée et amylose cardiaque

IC à FEVG préservée ➔ pensez à l'amylose à transthyrétine (ATTR) !

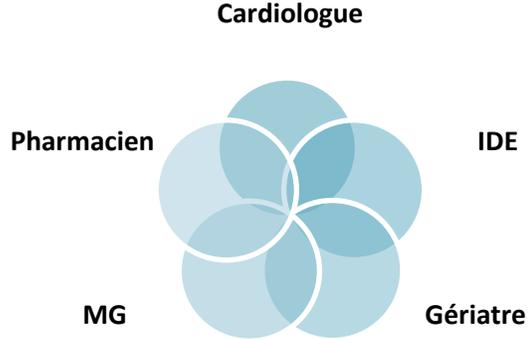
- Signes d'IC
- Signes extra cardiaques (canal lombaire étroit, sd du canal carpien bilatéral)
=> **Avis cardiologique spécialisé**
- **Evaluation gériatrique** avant introduction de **Tafamidis®** :
Bénéfice fonctionnel et sur la qualité de vie ?
Traitement **onéreux**



5

Quel suivi et comment collaborer entre professionnels de santé autour de l'IC ?

Importance du suivi



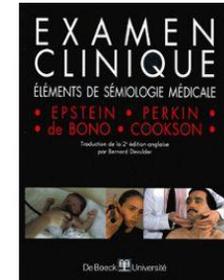
PAS < 150 mmHg
FC < 70 bpm



+/- 2 kg

- Observance
- Tolérance des traitements
- Optimisation thérapeutique

Dose maximale tolérée
Escalade thérapeutique
Adaptation diurétiques



NYHA
Signes IC



Fonction rénale, Kaliémie



Réhospitalisation = 30 % à 2 mois
1/3 pour des motifs non cardiologiques...et potentiellement « gériatriques »
=> recommandation de Cs de suivi 1 à 2 semaines après la sortie

EHPAD

Peu d'études spécifiques en EHPAD

Importance de former les équipes paramédicales à la surveillance des signes d'IC : **peser le résident régulièrement**



+/- 2 kg



PAS < 150 mmHg
FC < 70 bpm

Savoir alerter si
besoin



Management des
traitements



Décompensation
cardiaque évitée



Moins
d'hospitalisations

Quels rôles pour chacun ?

Rôles importants du médecin généraliste (MG), IPA, ISPIC, IDEL et du pharmacien d'officine

Check-list de sortie d'hospitalisation

Patient stable?	Existe-t-il des signes ou symptômes d'insuffisance cardiaque? EPOF (essoufflement, poids, œdèmes, fatigue)
FC < 70/min?	Si non : augmenter les BB
PA?	Hypo TA (PAS < 100 mmHg rechercher une cause) Hyper TA (majorer le traitement)
Avis cardiologique?	Vérifier que le patient a eu un avis cardiologique
Avis gériatrique?	Vérifier que le patient a eu un avis gériatrique si présence d'un syndrome gériatrique (troubles cognitifs, chutes, dépression, dénutrition, perte autonomie)
Échocardiographie?	Vérifier que l'échocardiographie a été faite (ou prévue) Évaluer FEVG %, étiologie de l'IC
Traitement optimal?	Diu/BB/IEC ou Entresto®/MRA/ISGLT2 (si FEVG altérée)
Posologie?	Maximale tolérée pour BB/IEC ou Entresto®/MRA

Surveillance par tous : MG, IPA, ISPIC, IDEL, pharmacien d'officine => alerter

MG, IPA, ISPIC

Quels rôles pour chacun ?

Rôles importants du médecin généraliste (MG), IPA, ISPIC, IDEL et du pharmacien d'officine

Carence martiale?	Si oui : Fer IV
Médecin traitant contacté?	Prévoir une consultation dans les 15 j
Aides à domicile prévues?	IDE, aides-soignantes, auxiliaires vie si besoin Un parcours de soins a-t-il été envisagé? : PRADO, MAIA?
Biologie prévue?	Iono sang, créatinine si Diu/IEC/ARA2/Aldactone/sacubitril/valsartan À chaque modification de posologie ou si épisode aigu (infection, déshydratation, décompensation cardiaque) Sinon la périodicité (en mois) est adaptée à la fonction rénale (Cl/10 : si Cl = 40 mL/min => tous les 4 mois)
Éducation thérapeutique?	Signes et symptômes (EPOF), prise de poids 1 fois/semaine Activité physique adaptée Automédication? (AINS...) Évaluer l'observance
Vaccins?	COVID Grippe (tous les ans), Pneumocoque (Prevenar 13 puis 8 semaines après faire Pneumo 23) Éventuellement, refaire Pneumo 23 à 5 ans

MG, ISPIC, IPA

MG, ISPIC,
IPA et IDEL

ISPIC, IPA IDEL, pharmaciens

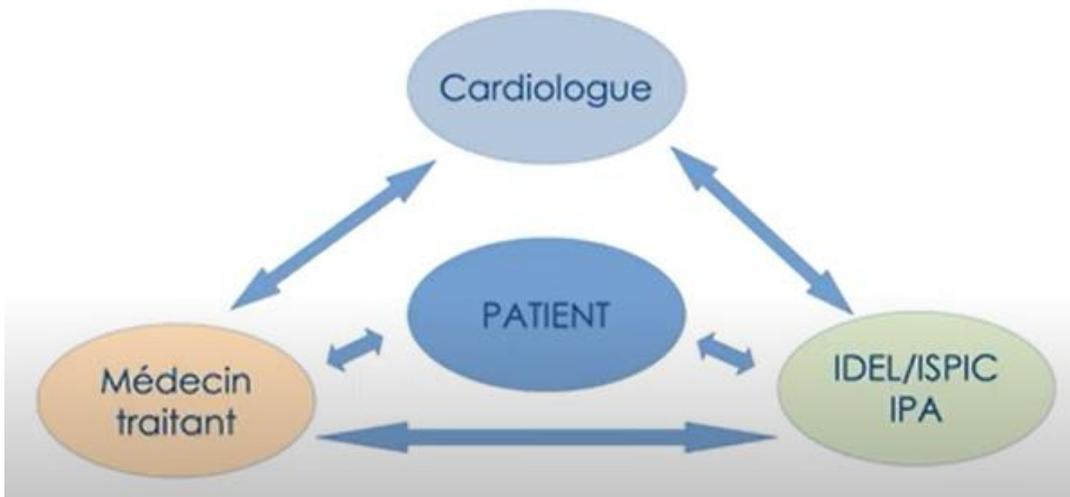
MG IDE et pharmacien
d'officine

Quel suivi en ville après l'introduction ?

Suivi en ville du patient :

- Programmes de retour à domicile (ex : PRADO-IC)
- Systèmes de télésurveillance

Le patient au centre de sa télésurveillance



Quelle cotation pour les IDEL?

Sortie d'hospitalisation



Prescription d'un programme de suivi IDE



Cotation **AMI 5.8** (*possible avec ou sans PRADO*): permet la rémunération = 18,27e/séance

Si patient dépendant : possibilité de coter un **BSI** (*cumulable avec AMI 5.8*)

ORDONNANCE DE SORTIE

Faire réaliser 1 séance hebdomadaire de surveillance d'insuffisance cardiaque par IDE au domicile avec :

- éducation du patient et/ou de son entourage ;
- vérification de l'observance des traitements médicamenteux et des mesures hygiéno-diététiques dans la vie quotidienne ainsi que l'adhésion du patient aux traitements ;
- surveillance des effets des traitements, de leur tolérance et de leurs effets indésirables ;
- vérification de la bonne utilisation des dispositifs d'automesure tensionnelle et de l'oxygénothérapie éventuellement ;
- contrôle des constantes cliniques (poids, œdèmes, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, cyanose, sueurs, dyspnée...) et de l'état général ;
- participation au dépistage des complications de la maladie et des traitements.

QSP 1 visite par semaine pendant 1 mois à renouveler par le médecin traitant si nécessaire.

Dr X,X

Review > J Card Fail. 2019 Sep;25(9):744-756. doi: 10.1016/j.cardfail.2019.07.455.

Epub 2019 Jul 24.

Pour accéder à la publication cliquez [ici](#)

Effectiveness of the Pharmacist-Involved Multidisciplinary Management of Heart Failure to Improve Hospitalizations and Mortality Rates in 4630 Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

Daya Ram Parajuli ¹, Constance Kourbelis ², Julie Franzon ², Peter Newman ², Ross A Mckinnon ³, Sepehr Shakib ⁴, Dean Whitehead ², Robyn A Clark ²

Evaluation d'interventions multidisciplinaires incluant un pharmacien :

- Réduction des hospitalisations pour IC (OR = 0,72)
- Impact positif sur :
 - ✓ L'adhésion thérapeutique
 - ✓ Connaissances patients
 - ✓ Mortalité toutes causes

Pharmaciens d'officine

Possibilité pour les pharmaciens de faire :

- Suivi de l'observance (score de GIRERD),
- Prise de tension artérielle à l'officine,
- Alerter sur l'automédication (AINS etc),
- Vaccination,
- Analyse interactions médicamenteuses à risque d'allongement du QT
- Bilan Partagé de Médication,

Flyer de l'assurance maladie sur **les rôles du pharmacien d'officine** : [insuffisance-cardiaque-support-information-pharmacien_assurance-maladie.pdf \(ameli.fr\)](https://www.ameli.fr/assureur/assurances-maladie/assurances-maladie/assurances-maladie/insuffisance-cardiaque-support-information-pharmacien_assurance-maladie.pdf)



6

Messages clés à retenir

Insuffisance cardiaque : les messages à retenir

Messages clés

- Au regard du bénéfice clinique attendu, les patients âgés reçoivent les traitements similaires aux patients plus jeunes
- Posologies adaptées et bien tolérées : la prudence est de rigueur lors de la titration
- Chaque consultation au cabinet est une occasion de titration des traitements jusqu'à la dose maximum tolérée
- Surveillance accrue des effets indésirables potentiels par tous les acteurs
- Rôle majeur de la collaboration entre professionnels de santé de ville dans la surveillance et le dépistage de l'IC : amélioration de la qualité de soin pour le patient, du bénéfice clinique et limitations des dépenses financières
- Prise en charge des comorbidités du patient indispensable.