

## Faciliter l'adressage des patients en ambulatoire

Propositions des Collèges Nationaux Professionnels de Médecine générale et de cardiologie

### Préambule et objectif

Selon un rapport d'octobre 2018 de la DREES, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste s'allongent avec aujourd'hui une moyenne de 6 jours, et les délais pour une consultation avec un cardiologue sont de 50 jours (1). Une étude du Syndicat National des Cardiologues en 2020 retrouve une disparité nationale des rendez-vous allant de 15 jours à 1 année avec une moyenne de 110 jours (référence ou lien).

Le vécu des professionnels de terrain face à la problématique d'accès aux soins de leurs patients en cardiologie inquiète et interroge les professionnels de terrain.

Face à cette problématique, un groupe de travail réunissant le Conseil National Professionnel pour la médecine générale, le Collège de la Médecine générale (CMG), et le Conseil National Professionnel de cardiologie (CNPCV), s'est mis en place pour tenter de faciliter l'adressage des patients en ambulatoire. Ce groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises au cours de l'année 2021 pour tenter, à travers les regards croisés des deux collèges disciplinaires et à la lumière des recommandations de bonnes pratiques, de réfléchir à l'amélioration du parcours de soins des patients prenant en compte les limites de l'offre de soins.

Pour le groupe de travail, il semblait essentiel d'apporter, à travers des exemples concrets de pathologie, une réflexion sur la priorisation dans l'adressage de certains profils de patients. Les réflexions ont également pris en compte l'élargissement récent des outils à disposition pour la coordination des soins entre médecins généralistes et cardiologues, notamment la télé-expertise. Un travail complémentaire avec la CNAM sera nécessaire au décours pour définir des propositions concrètes d'amélioration du financement de la coordination entre médecins.

Le but de cette réflexion commune est de faciliter l'adressage des patients suivi en ville par le médecin généraliste, adressage pour un avis et une prise en charge spécialisée.

**Un objectif** : optimiser la prise en charge de nos patients, améliorer le parcours du patient avec une maladie cardiaque.

**Un moyen** : réfléchir à la rédaction de préconisations d'adressage, dont pourront se servir nos confrères généralistes et cardiologues de façon concrète.

**Une nécessité** : ne pas être chronophage, ni pour les uns ni pour les autres.

**Un incontournable** : suivre en les adaptant les recommandations des sociétés savantes.

Ce document de travail n'a pas vocation à remplacer les recommandations de bonne pratique clinique ou des sociétés savantes mais à apporter une réflexion sur le parcours de soins des patients. Les situations de patients nécessitant une prise en charge hospitalière urgente et aigue n'ont volontairement pas été traitées.

Afin d'éclairer les pratiques, le groupe de travail a fait le choix de réfléchir par grandes pathologies, en sachant que les patients entrent rarement dans les pathologies de façon isolée. Le sens clinique du médecin et ses connaissances sur la situation du patient lui permettront de faire un diagnostic de situation, et il est tout à fait possible que dans certains cas ces préconisations ne soient pas adaptées.

## I - Hypertension artérielle (2, 3)

### **Qui adresser en priorité au cardiologue ?**

Avec priorisation : rendez-vous avec un cardiologue dans un délai < 1 ou 2-3 mois ou spécialiste de l'HTA quand l'HTA est non contrôlée (néphrologue, interniste, médecin vasculaire ayant la compétence HTA)

1. HTA résistante (à 3 médicaments à dose maximum dont 1 diurétique)
2. Suspicion d'HTA secondaire (sujet jeune, hypokaliémie, etc.), dans ce cas le recours à un centre spécialisé se justifie, parfois en HDJ dans les 3 mois
3. HTA grade 3 ou maligne (dans un délai le plus rapide possible au mieux dans le mois mais impérativement dans les 3 mois)
4. HTA avec signes de sévérité cardiaque (dyspnée, douleur thoracique, syncope, palpitations) ; en cas d'atteinte rénale, oculaire...s'adresser plutôt au spécialiste d'organe

### **Quelle fréquence de suivi avec le cardiologue ?**

- Tous les hypertendus n'ont pas besoin d'un suivi systématique par un cardiologue si le bilan d'organes cible cardiovasculaire a été réalisé
- A condition de pouvoir bénéficier d'un ECG ; si besoin en utilisant la télé-expertise.
- Utiliser la télésurveillance pour avis sur le contrôle de la PA et adaptation thérapeutique
- Recours si possible à un centre avec infirmière de pratique avancée pour suivi et adaptation thérapeutique

### **Comment adresser ?**

- Le médecin généraliste initie systématiquement la prise en charge, les bilans biologique et l'ECG pouvant être réalisés et interprétés directement ou par télé-expertise.
- Dans le suivi, il est recommandé, en l'absence de complications, la réalisation d'un ECG tous les trois ans.
- Idéalement « profiter » du délai d'adressage pour faire réaliser aux patients des automesures tensionnelles ou une MAPA.
- Le courrier d'adressage doit préciser les traitements introduits auparavant, leur tolérance, efficacité et observance, les bilans biologiques, les autres facteurs de risque, les éventuelles comorbidités.

## II - Diabète type 2 (4,5,6)

### **Qui adresser en priorité au cardiologue ?**

1. Délai de moins de 15 jours si symptômes cardiovasculaires, à adapter en fonction de la probabilité clinique d'une affection aiguë.
  2. Adresser au cardiologue sans urgence les patients présentant un diabète à risque intermédiaire ou haut risque :
    - 2 facteurs de risque ou plus ;
    - microangiopathie documentée (oeil-rein-neuropathie)
    - coronaropathie ou atteinte artérielle périphérique significative (AOMI, athérome des troncs supra-aortiques, anévrisme aortique abdominal ou d'autre localisation)
  3. Pas d'adressage systématique pour un patient porteur d'un diabète type 2 à faible risque cardiovasculaire.
- Réalisation d'un ECG de repos une fois par an, possibilité d'utiliser la télé-expertise

### **Quelle fréquence de suivi avec le cardiologue ?**

Pas de priorisation sauf symptôme cardiovasculaire suspect (voir supra-)

- 1 fois par an si haut risque cardiovasculaire
- 1 fois tous les 3 ans si diabète équilibré

### **Comment adresser ?**

- Demander au patient de venir en consultation avec ses derniers bilans biologiques, les résultats d'explorations vasculaires, les comptes-rendus de consultation néphrologie et /ou diabétologie.

### III - Fibrillation atriale (7,8,9)

#### **Qui adresser en priorité au cardiologue ?**

Priorisation 24H à 48H : la découverte ou suspicion d'une FA est une priorité d'adressage, le patient doit être reçu par un cardiologue idéalement dans les 24-48 heures afin de caractériser la tolérance et le risque de complications et de discuter le traitement.

#### Priorisation dans la semaine :

- Modification des symptômes d'un patient déjà suivi pour FA (apparition d'une dyspnée, douleur thoracique, déficit neurologique)
- Apparition d'une suspicion d'iatrogénie
- Augmentation significative BNP ou NT-proBNP

#### **Quelle fréquence de suivi avec le cardiologue ?**

Consultation cardiologique tous les ans, ou en cas d'évolution du retentissement et /ou des comorbidités ou après changement de traitement.

#### **Comment adresser ?**

- Avec bilan biologique : fonction thyroïdienne, numération, DFG, natrémie, kaliémie, BNP ou NT-proBNP.
- Eliminer une éventuelle cause déclenchante de type fièvre, arrêt de traitement, stress, angor...

## IV - Syndrome coronaire chronique (10,11)

### **Qui adresser en priorité au cardiologue ?**

#### Consultation dans les 48 H si :

- exacerbation d'angor stable
- douleurs angineuses récurrentes
- effet indésirable d'un traitement
- apparition de fibrillation atriale
- insuffisance cardiaque, angor, syncope ou lipothymie
- 
- NB En cas de suspicion d'angor instable/syndrome coronaire aigu : le patient doit être hospitalisé sans délai en urgence avec appel du 15
- 

### **Quelle fréquence de suivi par un cardiologue ?**

Consultation de cardiologie tous les 4 à 6 mois la première année puis consultations annuelles.

- Après revascularisation : une consultation de suivi.
- ECG de repos chaque année.

### **Comment adresser au cardiologue ?**

Avec bilan biologique avec au moins LDL cholestérol et Hb1c pour le diabétique

## V - Insuffisance cardiaque (11,12)

### **Qui adresser en priorité au cardiologue ?**

- 24-48 heures en l'absence de signe de gravité : SpO2 < 92% fréquence respiratoire > 25 /min, hypotension artérielle ou signe(s) d'hypoperfusion (froideur des extrémités, marbrures, trouble de vigilance, oligo-anurie) sinon : SAMU.
- Si décompensation cardiaque, sans les signes de gravité précédents, chez un insuffisant cardiaque connu : 48-72 heures

### **Quelle fréquence de suivi par un cardiologue ?**

- Après hospitalisation pour décompensation : consultation avec un cardiologue et un médecin généraliste : entre une semaine et un mois après la sortie
- Au long cours, selon stades de la NYHA : médecin traitant tous les 3 mois
  - Stade I : cardiologue tous les ans,
  - Stade II : cardiologue tous les 6 mois, davantage en cas de "prothèse" à contrôler (pace maker, défibrillateur, valve..).
  - Stade III : cardiologue tous les 3 mois.
- Le pronostic du patient dépend en grande partie de l'optimisation dynamique de son traitement. Des modifications thérapeutiques et des ajustages sont nécessaires et fréquents.

### **Comment adresser au cardiologue ?**

Adresser au cardiologue en joignant :

- Bilan sanguin incluant BNP ou NT-pro BNP
- Evoquer une cause de décompensation : mauvaise observance, excès de sel, AINS, alcool, anémie, BPCO, hypertension artérielle.
- ECG si disponible.

## Bibliographie

- (1) La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-etresultats/article/la-moitie-des-rendez-vous-sont-obtenus-en-2-jours-chez-le-generaliste-en-52-11887>
- (2) Williams B, Mancia G, Spiering W et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J, 2018;39:3021-3104
- (3) [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte)<https://www.sfdiabete.org/recommandations/referentiels>
- (4) P. Valensi et al. / Diabetes & Metabolism 47 (2021) 101
- (5) [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1735060/fr/guide-parcours-de-soins-diabete-de-type-2-de-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1735060/fr/guide-parcours-de-soins-diabete-de-type-2-de-l-adulte)
- (6) <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/38/2893/2334964>
- (7) <https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/Recommandations-ESC-2020-diagnostic-prise-en-charge-FA>
- (8) [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/guide\\_pds\\_fibrillation\\_atriale\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/guide_pds_fibrillation_atriale_vf.pdf)
- (9) <https://www.edimark.fr/esc/2019/ej/recommandations-sur-diagnostic-prise-charge-syndromes-coronariens-chroniques>
- (10) [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1761792/fr/guide-parcours-de-soins-maladie-coronarienne-stable](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1761792/fr/guide-parcours-de-soins-maladie-coronarienne-stable)
- (11) [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3285129/fr/syndrome-coronarien-chronique-7-points-cles-pour-un-parcours-de-soins-optimal-des-patients](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3285129/fr/syndrome-coronarien-chronique-7-points-cles-pour-un-parcours-de-soins-optimal-des-patients)

## **Contacts**

*Collège de la Médecine Générale (CMG)*

*Julie Chastang, Secrétaire Générale adjointe - 01 47 45 13 55 – [secretariat@lecmg.fr](mailto:secretariat@lecmg.fr)*

*Conseil National Professionnel Cardiovasculaire (CNPCV)*

*Marc Villaceque – Membre du bureau - 01 45 43 70 76 - [contact@cnpcv.org](mailto:contact@cnpcv.org)*