



# Nouveaux parcours de soins

# Suivi des cardiopathies ischémiques

---

LAROCHE Sarah, CLERMONT-FERRAND

# Déclaration de liens d'intérêt

---

**Je déclare avoir des liens d'intérêt avec les sociétés suivantes :**

- ♥ PFIZER
- ♥ SANOFI
- ♥ ASTRAZENECA



# Syndrome Coronarien

---

- ♥ STEMI / NSTEMI
- ♥ PEC en urgence
- ♥ DMS en diminution (3 à 5 jours moy) = progrès constants



# CONSTAT

---

♥ Peu d'accompagnement et de suivi des **FDRCV** au long cours

< 30 %



à **3-6 mois** n'est pas toujours réalisée

♥ De - en - de **temps d'éducation** du patient

♥ Sous prise en charge de la **prévention secondaire** et du **dépistage** des autres **territoires artériels**

♥ Le **ressenti** et la **représentation** du patient face à sa **pathologie** est souvent sous-évaluée



---

+ 100 000 personnes sont victimes d'un SCA chaque année

De tout âge

De + en + de femme

+/- des FDRCV

**C'est un nouveau chapitre de vie qui commence  
= MALADIE CORONARIENNE**



Pourquoi, moi ?

Puis je reprendre une activité sexuelle ?

A quoi servent tous ces médicaments ?

Quand dois-je revoir un médecin ?

Est-ce ça va revenir ?

Les effets secondaires ?

Mieux manger ?

Puis-je reprendre mon travail ?

Tous ces traitements mais pour combien de temps ?

Faire du sport ?

Quand dois-je revoir un cardiologue ?

Pourquoi je dois avoir un traitement contre le cholestérol ? Je n'en ai jamais eu.

Pourquoi faire des prises de sang ?

Est-ce génétique ?

Quoi faire et ne pas faire ?

Est-ce je vais retrouver une vie normale ?



---

Nécessité de proposer des parcours de soins  
**ADAPTÉS, PERSONNALISÉS** et  
**PLURIPROFESSIONNELS.**

---



# RECOMMANDATIONS ET PRATIQUES

---

- ♥ De + en + de CH ou en libéral organisent des parcours de soin
- ♥ Recommandé +++
- ♥ Bénéfices prouvés – Etudes
- ♥ Téléréadaptation / Structures libérales légères





# EXEMPLE CLERMONTOIS

---

Création d'un parcours sur la première année post SCA



# OBJECTIFS

Lutte contre les **facteurs de risques cardiovasculaires** :  
optimisation thérapeutique, cible LDLc <0,55g/L



S'assurer de l'organisation du **suivi**

Evaluer la **qualité de vie**

Bilan d'extension de la **maladie athéromateuse**  
= Doppler TSA, aorte abdo...

Orientation vers des centres de  
**réadaptation cardiaque**  
**Téléadaptation**



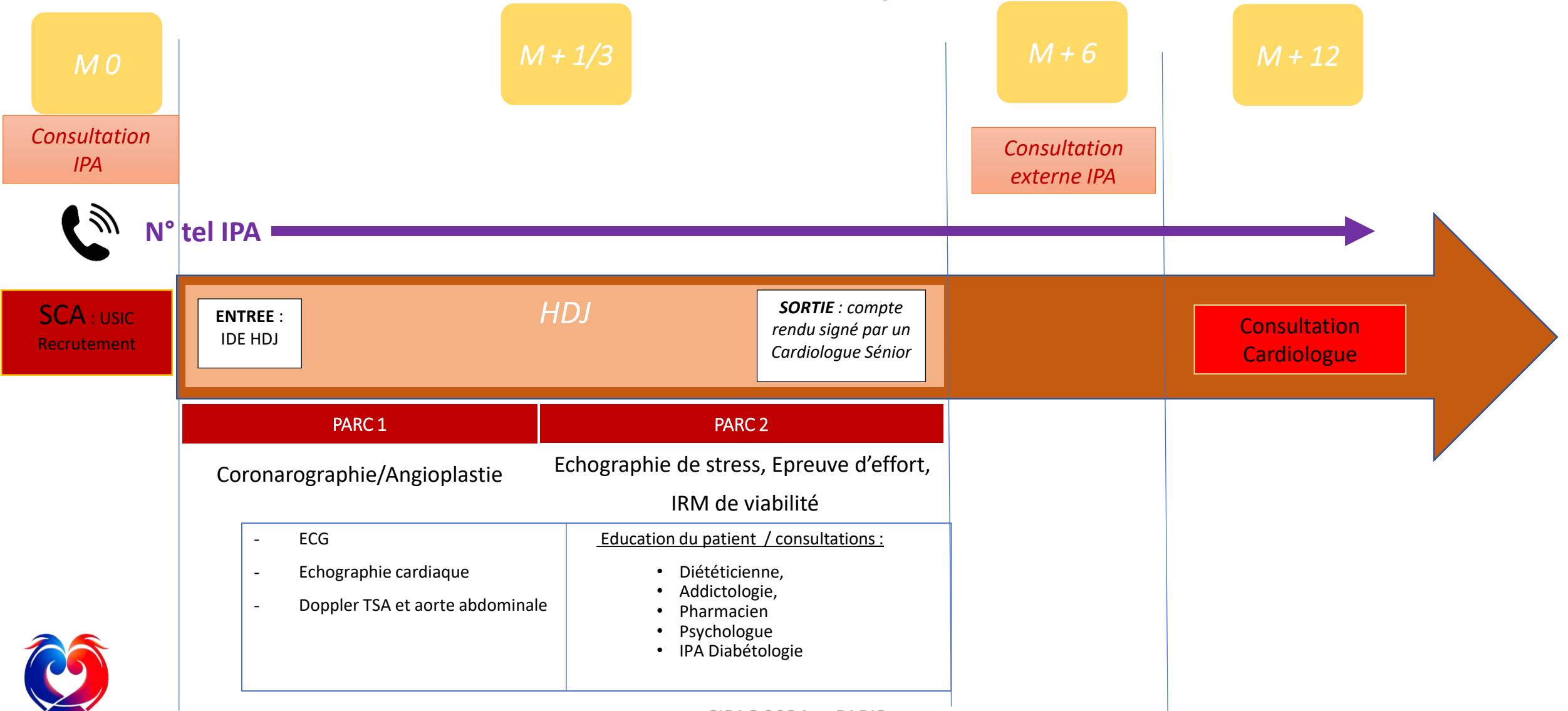
**Séances éducatives** avec des consultations  
pluriprofessionnelles : pharmacien, diététicienne,  
addictologue, diabétologue, psychologue



Utilisation de Tablettes **d'information**,  
casques à réalité virtuelle

# PARC

## Prévention Ambulatoire du Risque Cardiovasculaire



# FOCUS SUR LE LDLc

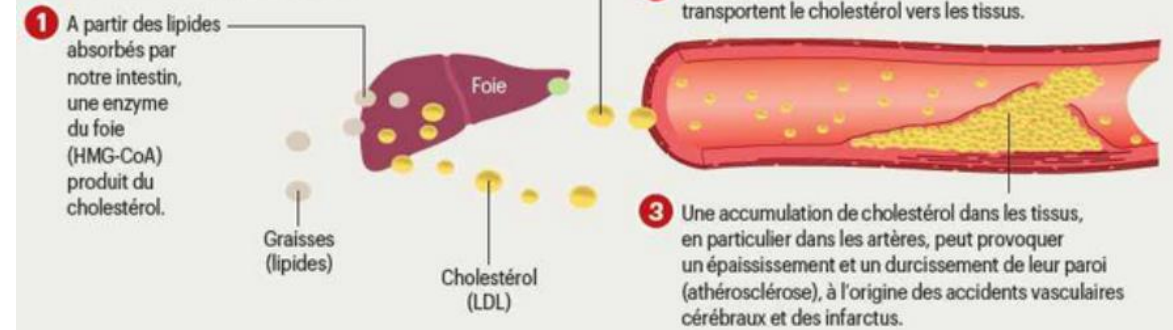
Les lipoprotéines de faible densité Dit **LDL** mais aussi « **Mauvais Cholestérol** » transportent le cholestérol vers les **tissus**



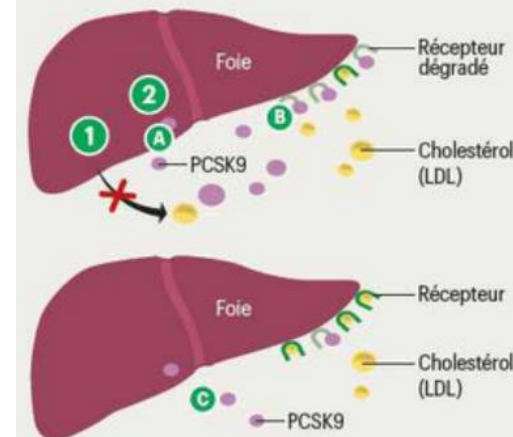
## Les molécules traitant le cholestérol

Les statines et les anti-PCSK9 sont des molécules qui régulent le taux de cholestérol dans l'organisme.

### Production de cholestérol



### Traitements



### 1 Les statines

Cette classe de médicament bloque l'enzyme qui produit le cholestérol (HMG-CoA).

### 2 Les anti-PCSK9

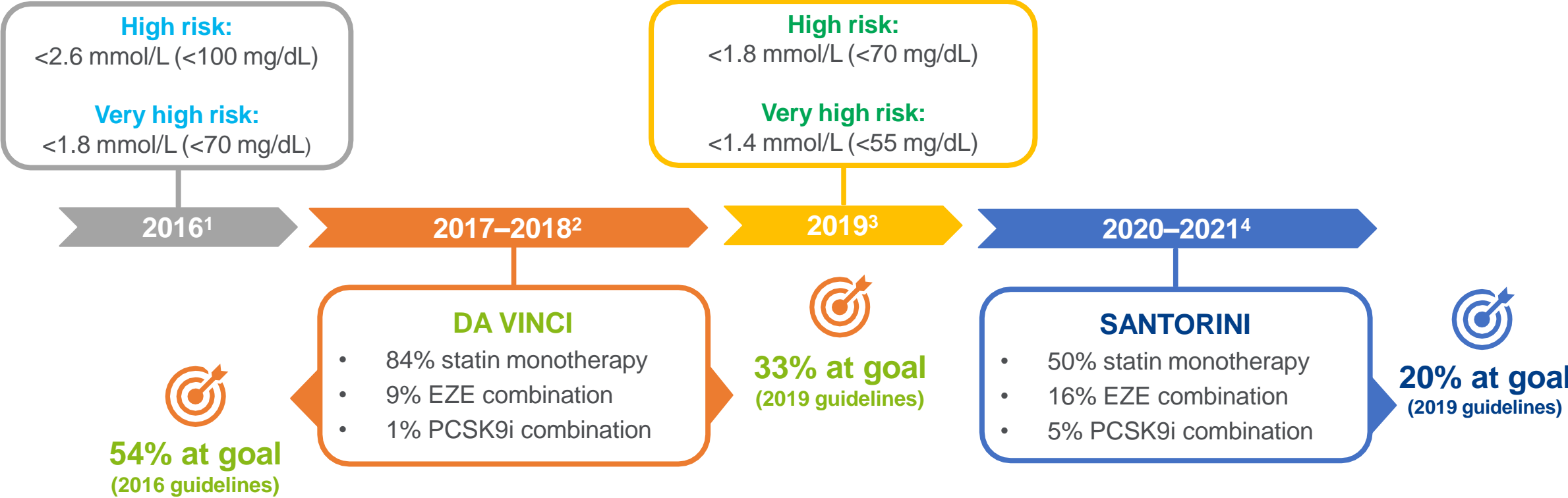
**A** L'enzyme PCSK9 est produite par le foie.

**B** Elle dégrade les récepteurs hépatiques qui captent le cholestérol (LDL) circulant dans l'organisme, ce qui entraîne un ralentissement du «nettoyage» du cholestérol.

**C** Les nouveaux médicaments diminuent l'activité de cette enzyme, ce qui augmente la quantité des récepteurs et favorise ainsi la recapture du cholestérol.

**Le taux de cholestérol dans le sang baisse d'environ 60%.**

# 2016–2019 ESC/EAS LDL-C Goals and Lipid Management in Clinical Practice



- ESC/EAS, European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society;
- EZE, ezetimibe; LDL-C, low-density lipoprotein cholesterol; PCSK9i, proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 inhibitor
- 1. Catapano AL, et al. Eur Heart J. 2016;37:2999–3058; 2. Ray KK, et al. Eur J Prev Cardiol. 2021;28:1279–1289; 3. Mach F, et al. Eur Heart J. 2020;41:111–188; 3. 4. Ray KK, et al. Lancet Reg Health Eur. 2023;29:100624

Très haut risque CV	Prévention secondaire Diabète avec atteinte d'organe ou >3 FDRCV ou diabète de type 1 (DT1) >20 ans Insuffisance rénale sévère DFG<30mL/min SCORE> 10% Hypercholestérolémie familiale avec maladie cardiovasculaire ou un autre FDRCV
Haut risque CV	Un FDRCV majeur : PA>180/110 ; TG>3.1g/L ou LDLc >1.9g/l Hypercholestérolémie familiale sans autre FDRCV Diabète sans atteinte d'organe, avec durée >10 ans ou avec autres FDRCV Insuffisance rénale modérée avec 30<DFG<59mL/min 5%<SCORE<10%
Risque CV modéré	Patients jeunes (DT1<35 ans ; DT2<50 ans avec durée du diabète<10 ans sans autre FDRCV 1%<SCORE< 5%
Bas risque CV	SCORE<1%



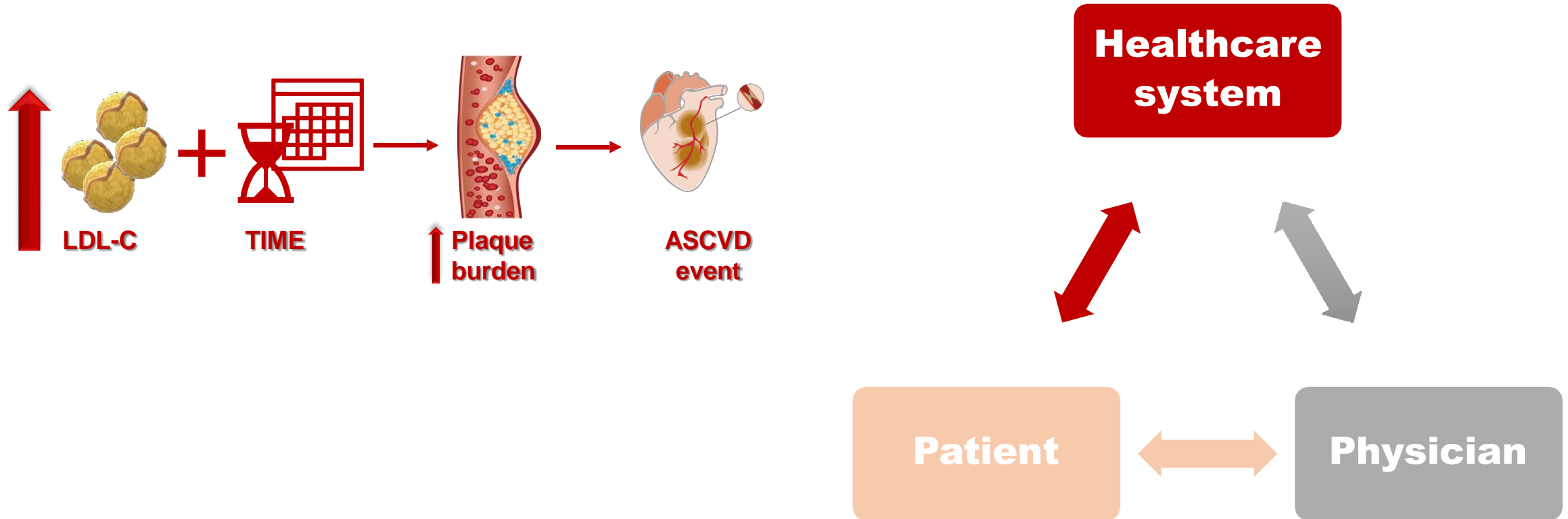
cible LDLc

+ 50% et atteindre <0.55g/L classe I

Post SCA



# Le contrôle du cholestérol est fondamental



ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; LDL-C, low-density-lipoprotein cholesterol.  
1. Ference BA, et al. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(10):1141-1156; 2. Ray KK, et al. *Global Heart.* 2022;17(1):75.

# Stratégie thérapeutique : \*ESC

**Statine forte dose,**

*peu importe le niveau du LDLc de base*

*(classe I niveau A).*

**+ Ezétimibe**  
*(classe I niveau B)*

**+ antiPCSK9**  
*(classe I niveau B)*

SCA

4 à 6 semaines

2 à 4 mois

12 mois

Adhésion - Tolérance – Efficacité – Hygiène de vie





# TAKE HOME MESSAGE

---

- ♥ Intérêt d'un PARCOURS DE SOIN PERSONNALISE
- ♥ Travailler en COLLABORATION
- ♥ Intérêt d'un parcours coordonné ville-hôpital
- ♥ Valoriser l'Empowerment
- ♥ Place des nouveaux professionnels : IPA, interlocuteur privilégié
- ♥ Associer les traitements



**= Le bon traitement au bon patient au bon moment**

---

# THANK YOU!

---

Collège des Paramédicaux de la Société Française de Cardiologie, rendez-vous sur :



[paramed-cardiologie.fr](http://paramed-cardiologie.fr) - [@sfcparamedicaux](https://www.facebook.com/sfcparamedicaux) - [Collège des Paramédicaux](https://www.linkedin.com/company/collège-des-paramédicaux) - SFC

