

FICHE

Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 : Suivi des patients ayant une insuffisance cardiaque chronique

Validée par le Collège le 9 avril 2020

Mise à jour le 20 nov. 2020

L'essentiel

- **Réponse rapide n°1** : Les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique sont à risque de développer une forme sévère de COVID-19.
- **Réponse rapide n°2** : Les consignes sanitaires devront être strictement respectées et les sorties à l'extérieur limitées au maximum afin de réduire le risque de COVID-19. Ces recommandations s'appliquent à toutes les personnes vivant avec patients atteints d'insuffisance cardiaque (conjoint, etc.). Elles impliquent de limiter tous les moments en endroit clos où les patients sont obligés de retirer leur masque en présence de personne ne vivant pas quotidiennement avec eux (repas, etc....).
- **Réponse rapide n°3** : Les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique doivent bénéficier dès que possible de la vaccination antigrippale.
- **Réponse rapide n°4** : Dans le cadre du suivi habituel, la continuité des soins sera assurée par le médecin généraliste ou le cardiologue en privilégiant la téléconsultation. Toutefois, il est recommandé d'avoir une consultation par an au minimum en présentiel auprès de son cardiologue.
- **Réponse rapide n°5** : Lors de la consultation, le médecin traitant ou le cardiologue interrogera le patient sur les symptômes évocateurs d'insuffisance cardiaque, l'accès aux traitements habituels, l'observance du traitement, la vaccination anti grippale, le respect des règles hygiéno-diététiques et les facteurs de risque de décompensation cardiaque.
- **Réponse rapide n°6** : Une modification du traitement peut être décidée en téléconsultation par le médecin traitant ou le cardiologue en fonction des symptômes retrouvés lors de l'interrogatoire.
- **Réponse rapide n°7** : Le médecin traitant ou le cardiologue peut être amené à réaliser une consultation en présentiel à tout moment s'il le juge nécessaire.
- **Réponse rapide n°8** : Une dyspnée, une toux, une fièvre, des frissons, des courbatures, une perte de l'odorat ou une perte du goût peuvent être liés à la COVID-19 : au moindre doute, un test de dépistage doit être effectué et le risque de décompensation cardiaque doit être évalué.

→ **Réponse rapide n°9** : L'hydroxychloroquine ne doit pas être utilisée chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Son efficacité n'a pas été démontrée dans le traitement de la COVID et peut être responsable d'un allongement du QTc.

Contexte

Parmi les personnes atteintes de maladies chroniques, certaines, dont celles présentant une insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV sont plus exposées à des formes graves d'infection COVID-19 (HSCP, 2020).

Dans ce contexte, ces personnes sont aussi plus à risque d'aggravation/de déstabilisation de leur maladie chronique du fait d'une moindre surveillance, et de l'annulation possible de certaines consultations. Le risque de rupture de la prise en charge de ces patients vulnérables est réel. En conséquence, pendant les périodes de circulation active du SARS-Cov2, l'objectif principal est d'assurer la continuité du suivi et de la prise en charge des patients.

Ces préconisations portent sur le suivi des personnes non symptomatiques de COVID-19, atteintes d'insuffisance cardiaque chronique.

Rappel

Ces réponses rapides ont été élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication et sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Éléments d'une téléconsultation chez un patient insuffisant cardiaque chronique pendant la circulation active du Sars-CoV-2

Principes généraux

- Dans le cadre du suivi habituel, pour les rendez-vous et examens prévus à l'hôpital ou auprès du cardiologue, ils sont maintenus sauf information contraire de l'hôpital ou du cardiologue. En cas d'annulation et au moindre doute (apparition de nouveaux symptômes, ...), les patients doivent contacter les professionnels pour évaluer la nécessité de programmer, soit une téléconsultation, soit une consultation présenteielle.
- La continuité des soins sera assurée par le médecin généraliste ou le cardiologue, aidés par l'infirmier(e) libérale si nécessaire et éventuellement la télésurveillance pour les patients en bénéficiant. On privilégiera la téléconsultation¹. (Cf. fiche « Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 -Téléconsultation et télé soin » Haute Autorité de santé – avril 2020)
- Informer le patient sur le risque de forme sévère de COVID-19 chez un patient insuffisant cardiaque chronique sans dramatiser.

¹ Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 -Téléconsultation et télésoin. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168867/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-teleconsultation-et-telesoin

- Rappel de l'intérêt des consignes sanitaires : Ces patients sont à risque de développer une forme grave d'infection, conduisant à respecter de manière stricte les consignes établies pour prévenir le risque de contamination par la COVID-19. Elles s'appliquent à toutes les personnes vivant sous leur toit (conjoint/conjointe/enfants) car ces personnes pourraient être infectées et leur transmettre le virus. Il est impératif que ces personnes limitent tous les contacts sociaux : ne pas garder ses petits-enfants, ne sortir qu'une à deux fois par semaine pour faire leurs courses si personne ne peut les faire à leur place.
- Le patient insuffisant cardiaque chronique étant à risque de développer des formes sévères de la maladie, la poursuite d'une activité professionnelle est à évaluer avec le médecin en charge du patient².
- A l'issue d'une téléconsultation avec le patient, le médecin traitant ou le cardiologue peut être amené à réaliser une consultation en présentiel à tout moment s'il le juge nécessaire. Le port du masque par le patient insuffisant cardiaque est indispensable au sein du cabinet ou de l'établissement.
- Pour les patients avec fraction d'éjection altérée, les consultations d'incrémentation des traitements par bêtabloquants, IEC, ARA 2, inhibiteur de la néprilysine, peuvent être réalisées par téléconsultation en respectant les paliers habituels de 2 à 4 semaines, sous réserve que le patient puisse communiquer, à chaque palier, sa pression artérielle, sa fréquence cardiaque et son poids.

Interrogatoire

- **Symptômes** : questionner le patient sur une reprise ou une aggravation d'une symptomatologie :
- EPOF : Essoufflement (dyspnée), Prise de poids, Œdèmes, Fatigue,
 - Autres symptômes : fièvre, tachycardie, palpitations, toux, douleur thoracique, oligurie.

Informez le patient qu'il est nécessaire de contacter l'infirmier(e), le médecin généraliste ou le cardiologue si ces symptômes apparaissent ou se majorent.

- **Traitements** : s'assurer de l'accès aux traitements habituels, de l'observance du traitement et du respect des règles hygiéno-diététiques :
- diurétique : Si diurétique au long cours – quelle est la dose minimale efficace ? Changement récent ? Si oui, motif de majoration du traitement ?
 - bêtabloquants, IEC, ARA 2, inhibiteur de la néprilysine: ne pas interrompre ou modifier le traitement sans avis cardiologique ;
 - hypolipémiants, traitement antidiabétique et autres traitements éventuels (antiarythmiques, anticoagulants, etc.) : ne pas arrêter ou modifier les traitements sans avis médical ;
 - respect du régime pauvre en sel ;
 - pas d'automédication par AINS, corticoïdes. ou même d'hydroxychloroquine. L'hydroxychloroquine peut être responsable d'un allongement de l'intervalle QTc, elle ne doit pas être

² Caisse nationale de l'assurance maladie. Mesures exceptionnelles liées à la Covid-19 : une FAQ pour les professionnels de santé [En ligne]. Paris: CNAM; 2020. <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/mesures-exceptionnelles-liees-la-covid-19-une-faq-pour-les-professionnels-de-sante>

utilisée chez les patients insuffisants cardiaques car cette pathologie représente déjà un facteur de risque d'allongement de l'intervalle QTc. (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67767535&typedoc=R>).

Toute modification du traitement doit être réévaluée par le médecin traitant ou le cardiologue par téléconsultation.

Informez le patient de la possibilité de faire renouveler leur traitement à l'identique par la pharmacie sans nouvelle ordonnance pour une durée d'un mois.

→ **Contrôle des facteurs de risque** de décompensation cardiaque :

- tabac : risque de rechute ou majoration du fait du contexte ;
- alcool : risque d'abus d'alcool du fait du contexte ;
- hypertension artérielle : automesure si possible ;
- sédentarité : poursuite d'une activité physique normale 30 minutes, 3 fois par semaine ;
- alimentation : détecter un changement de mode alimentaire avec apport excessif d'aliments salés (plats préparés, eaux gazeuses, charcuterie, etc.). Se référer à une liste d'aliments à limiter ou à éviter (<https://qiccardio.fr/patient/bien-vivre-avec-une-insuffisance-cardiaque/quoi-manger>). Surveillance du poids au minimum 2 fois par semaine et même tous les jours suivant la sévérité de la maladie ;
- automédication : éviter l'automédication (cf. partie « traitements » de l'interrogatoire) ;
- gestion du stress (l'anxiété des patients, légitime en période d'épidémie, peut être minimisée par la poursuite d'une activité physique, le maintien d'un contact avec la famille et les amis en ligne ou au téléphone, la prise de distance avec la couverture médiatique de la pandémie, et la pratique d'une activité intellectuelle ou manuelle distrayante).

→ **Bilan biologique** : Demander au patient son bilan biologique récent et contrôler les anomalies éventuelles : BNP / NTproBNP, hypokaliémie, hyponatrémie, insuffisance rénale, dysthyroïdie, anémie, INR si anticoagulants.

Represcrire un bilan biologique, avec un prélèvement à domicile, avec notamment un dosage du BNP / NTproBNP , de la créatininémie + calcul du DFG et de la kaliémie si le dernier bilan est trop ancien.

Organisation du suivi du patient insuffisant cardiaque symptomatique pendant la circulation active du Sars-CoV-2

Gravité faible

Les patients présentant une insuffisance cardiaque symptomatique de gravité faible sont les patients présentant les symptômes suivants :

- Dyspnée NYHA < ou égale à 2.
- Prise de poids de moins de 3 kg.

Le médecin traitant ou le cardiologue réalisera une consultation (privilégier la téléconsultation) au cours de laquelle il pourra demander un bilan biologique avec notamment un dosage du BNP ou du NTproBNP.

Une majoration des diurétiques peut être décidée en téléconsultation par le médecin traitant ou le cardiologue en cas de majoration de la dyspnée et/ou une prise de poids de moins de 3 kg ou si alerte déclenchée par télésurveillance avec réévaluation en téléconsultation 3 jours après.

En absence de signes évocateurs du COVID-19 (fièvre, frissons, signes respiratoires hauts ou bas, courbatures, etc.), une prise en charge spécifique par le cardiologue ou par le centre hospitalier dans lequel le patient est suivi sera indiquée chez les patients n'ayant pas répondu à la majoration des diurétiques per os.

En cas de signes évocateurs du COVID-19, au moindre doute, un test de dépistage doit être réalisé et le risque de décompensation cardiaque doit être évalué.

Gravité modérée

Les patients présentant une insuffisance cardiaque symptomatique de gravité modérée sont les patients présentant les symptômes suivants :

- Majoration de la dyspnée.
- Prise de poids de plus de 3 kg en 2/3 jours et/ou œdèmes inhabituels des membres inférieurs
- Malaise ou sensation inhabituelle d'arythmie ou de palpitations.
- Déséquilibre tensionnel.
- Anomalie biologique significative : majoration du BNP et/ou du NTproBNP, dégradation de la fonction rénale, dyskaliémie.

Soit le médecin traitant ou le cardiologue pourra réaliser une téléconsultation +/- accompagnée d'un examen physique avec notamment mesure de la SpO₂, mené par une IDE à domicile sur ordonnance avec directives données par le médecin, soit il réalisera une consultation en présentiel au cours de laquelle il pourra demander les examens nécessaires au diagnostic (bilan biologique à domicile avec dosage du BNP ou du NTproBNP, ECG +/- échographie cardiaque, etc.).

Une majoration des diurétiques peut être décidée en téléconsultation ou en présentiel par le médecin traitant ou le cardiologue en cas de symptômes de gravité modérée ou si alerte déclenchée par télésurveillance avec réévaluation en téléconsultation ou en présentiel 3 jours après.

En absence de signes évocateurs de COVID-19 (fièvre, frissons, signes respiratoires hauts ou bas, courbatures, etc.), une prise en charge spécifique par le cardiologue ou par le centre hospitalier dans lequel le patient est suivi sera indiquée chez les patients n'ayant pas répondu à la majoration des diurétiques per os.

En cas de signes évocateurs de COVID-19, au moindre doute, un test de dépistage doit être réalisé et le risque de décompensation cardiaque doit être évalué.

Gravité élevée

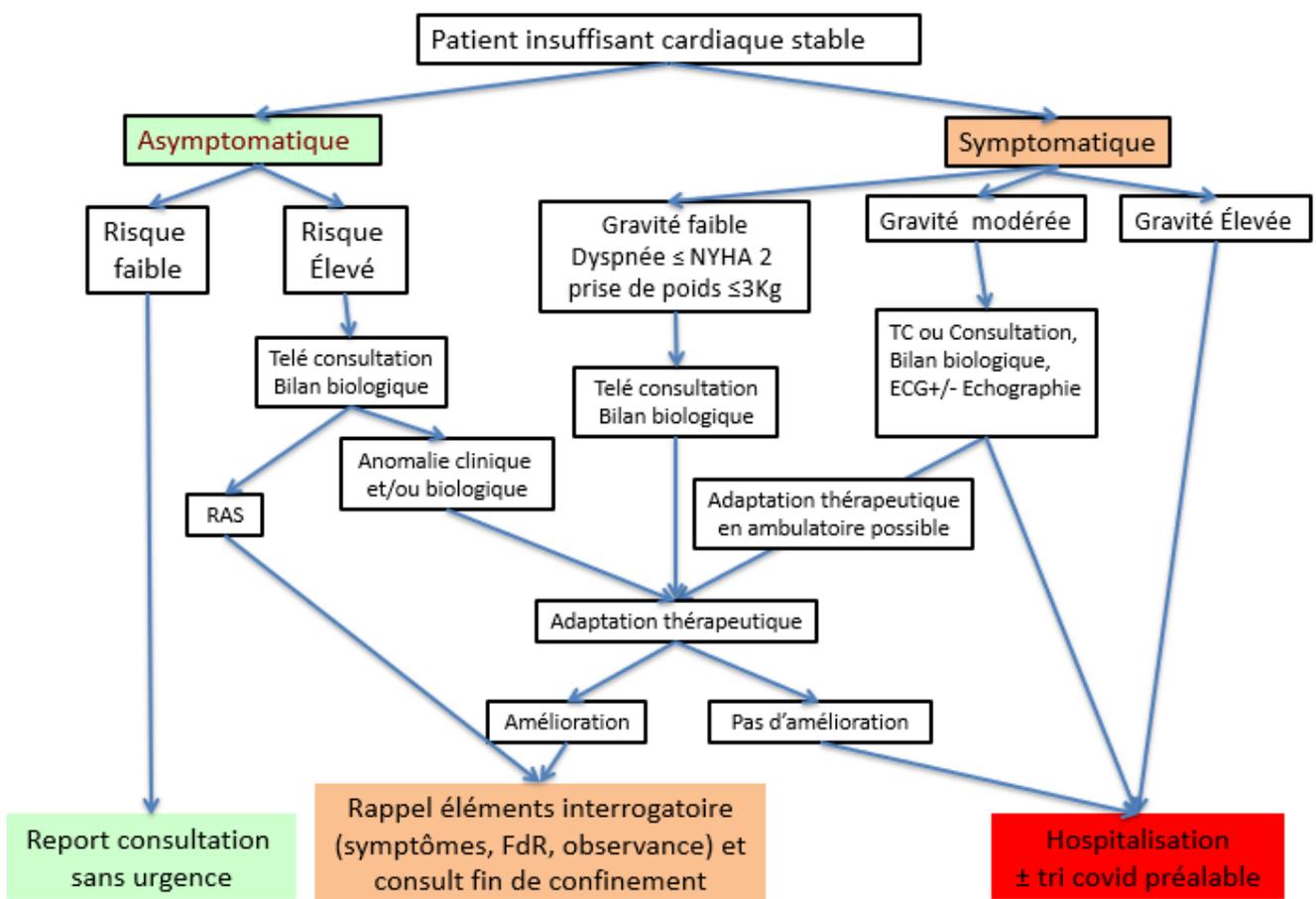
Les patients présentant une insuffisance cardiaque symptomatique de gravité élevée sont les patients présentant les symptômes suivants :

- Détresse respiratoire, polypnée (FR > 20/min), cyanose, dyspnée inhabituelle stade NYHA III IV ou orthopnée, saturation < 90 %.
- Troubles de la conscience, confusion, marbrures, impotence fonctionnelle totale.
- Malaise avec perte de connaissance.

- Fièvre.
- Tachycardie mal tolérée.
- Hémoptysie
- Expectorations mousseuses
- Douleur d'angor typique ou douleur thoracique prolongée inhabituelle ou intense

Ces patients nécessitent une prise en charge spécifique par le SAMU. Par défaut, ils sont considérés comme suspects de COVID-19. Ils doivent être adressés aux urgences pour effectuer un test de dépistage, suivi d'une hospitalisation.

Si le patient présente des signes de décompensation cardiaque sur cardiopathie ischémique : cf. Fiche « Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Suivi des personnes atteintes de syndrome coronarien chronique » Haute Autorité de santé – avril 2020³.



Risque faible : pas d'hospitalisation dans l'année précédente, FEVG>45% si ICFEa

Risque élevé : hospitalisation < 6 mois, FEVG < 45 % si ICFEa ou patient en cours d'incrémentations thérapeutiques.

FEVG : fraction d'éjection ventriculaire gauche - **ICFEp** : insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée - **ICFEa** : insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée - **TC** : téléconsultation

3 Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Suivi des patients atteints de syndrome coronarien chronique [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178293/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-suivi-des-personnes-atteintes-de-syndrome-coronarien-chronique

Ressources utiles (à la date du 17 novembre 2020)

Liens utiles et informations à relayer :

Pour les professionnels :

Haute Autorité de santé :

Réponses rapides dans le cadre du COVID-19-Téléconsultation et télésoin

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168867/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-teleconsultation-et-telesoin

Réponses rapides dans le cadre du COVID-19- Suivi des personnes atteintes de syndrome coronarien chronique

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178293/fr/suivi-des-personnes-atteintes-de-syndrome-coronarien-chronique

Réponses rapides dans le cadre du COVID-19- Accompagner les patients ayant une maladie chronique somatique

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168634/fr/accompagner-les-patients-ayant-une-maladie-chronique-somatique

Avis n°2020.0034/AC/SEESP du 20 mai 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au maintien de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière 2020/2021 dans le contexte de l'épidémie de COVID-19 en France

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3186689/fr/avis-n2020-0034/ac/seesp-du-20-mai-2020-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-au-maintien-de-la-campagne-de-vaccination-contre-la-grippe-saisonniere-2020/2021-dans-le-contexte-de-l-epidemie-de-covid-19-en-france

Haut Conseil de la Santé Publique : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapports>

Société Française de Cardiologie : <https://sfc cardio.fr/page/bibliographies-sfc-sur-le-covid-19>

Conseil national de l'ordre des médecins : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/continuité-soins-pandémie>

ARS Ile de France : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

CNAM : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/mesures-exceptionnelles-liees-au-covid-19-une-faq-pour-les-professionnels-de-sante>

Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/>

Pour les usagers/patients

France Assos Santé <https://www.france-assos-sante.org/>

Alliance du Cœur <http://www.alliancecoeur.fr/>

Références bibliographiques (à la date du 17 novembre 2020)

1. Agence régionale de santé Ile-de-France. Cardiologie : reprise de l'activité. Recommandations régionales COVID-19. Période de déconfinement. Version n°3 du 28/05/2020. Paris: ARS IdF; 2020.

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-Reprise-cardiologie-13-Recommandations-ARSIDF.pdf>

2. Barrios V, Cosin-Sales J, Bravo M, Escobar C, Gamez JM, Huelmos A, et al. Telemedicine consultation for the clinical cardiologists in the era of COVID-19: present and future. Consensus document of the Spanish Society of Cardiology. Rev Esp Cardiol 2020.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2020.06.032>

3. Behrouzi B, Araujo Campoverde MV, Liang K, Talbot HK, Bogoch II, McGeer A, et al. Influenza vaccination to reduce cardiovascular morbidity and mortality in patients with COVID-19. JACC 2020;76(15):1777-94.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2020.08.028>

4. Brons M, Koudstaal S, Asselbergs FW. Algorithms used in telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure: A systematic review. Eur J Cardiovasc Nurs 2018;17(7):580-8.

<http://dx.doi.org/10.1177/1474515118786838>

5. Caisse nationale de l'assurance maladie. Mesures exceptionnelles liées à la Covid-19 : une FAQ pour les professionnels de santé [En ligne]. Paris: CNAM; 2020.

<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/mesures-exceptionnelles-liees-la-covid-19-une-faq-pour-les-professionnels-de-sante>

6. Driggin E, Madhavan MV, Bikdeli B, Chuich T, Laracy J, Bondi-Zoccai G, et al. Cardiovascular considerations for patients, health care workers, and health systems during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. J Am Coll Cardiol 2020.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2020.03.031>

7. European Society of Cardiology. ESC guidance for the diagnosis and management of cv disease during the covid-19 pandemic. Last updated on 10 June 2020. Sophia Antipolis: ESC; 2020.

<https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Education-General/Topic%20pages/Covid-19/ESC%20Guidance%20Document/ESC-Guidance-COVID-19-Pandemic.pdf>

8. European Society of Cardiology, Heart Failure Association, Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2016;37(27):2129-200.

<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>

9. Gorodeski EZ, Goyal P, Cox ZL, Thibodeau JT, Reay RE, Rasmusson K, et al. Virtual Visits for Care of Patients with Heart Failure in the Era of COVID-19: A Statement from the Heart Failure Society of America. J Card Fail 2020;26(6):448-56.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2020.04.008>

10. Han Y, Zeng H, Jiang H, Yang Y, Yuan Z, Cheng X, et al. CSC expert consensus on principles of clinical management of patients with severe emergent cardiovascular diseases during the COVID-19 epidemic. Circulation 2020.

<http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047011>

11. Haut conseil de la santé publique. Avis provisoire du 14 mars 2020. Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères. Paris: HCSP; 2020.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=775>

12. Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à la reprise de l'activité professionnelle des personnes à risque de forme grave de Covid-19 et mesures barrières spécifiques du 19 juin 2020. Paris: HCSP; 2020.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=869>

13. Haut conseil de la santé publique. Avis relatif aux mesures d'accompagnement de la reprise d'une activité physique adaptée (APA) des personnes atteintes de maladies chroniques et des personnes âgées du 2 juillet 2020. Paris: HCSP; 2020.

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=875>

14. Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à l'actualisation des recommandations thérapeutiques dans le Covid-19 du 17 juin 2020. Paris: HCSP; 2020.

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=866>

15. Haute Autorité de Santé. Insuffisance cardiaque. Guide du parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf

16. Khera A, Baum SJ, Gluckman TJ, Gulati M, Martin SS, Michos ED, et al. Continuity of care and outpatient management for patients with and at high risk for cardiovascular disease during the COVID-

19 pandemic: a scientific statement from the American Society for Preventive Cardiology. Am J Prev Cardiol 2020;1:100009.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajpc.2020.100009>

17. Kobayashi M, Voors AA, Girerd N, Billotte M, Anker SD, Cleland JG, et al. Heart failure etiologies and clinical factors precipitating for worsening heart failure: Findings from BIOSTAT-CHF. Eur J Intern Med 2020;71:62-9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2019.10.017>

18. Li B, Yang J, Zhao F, Zhi L, Wang X, Liu L, et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. Clin Res Cardiol 2020.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00392-020-01626-9>

19. Modin D, Jorgensen ME, Gislason G, Jensen JS, Kober L, Claggett B, et al. Influenza vaccine in heart failure [Editorial]. Circulation 2019;139(5):575-86.

<http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.036788>

20. Patel AB, Verma A. COVID-19 and angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers: What is the evidence? JAMA 2020.

<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.4812>

21. Société française de cardiologie. Bien vivre avec une insuffisance cardiaque. Quoi manger ? [En ligne]. Paris: GICC; 2020.

<https://giccardio.fr/patient/bien-vivre-avec-une-insuffisance-cardiaque/quoi-manger>

22. Société française de cardiologie, Groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies. COVID 19 : quelques messages simples du GICC. Communiqué, version du 16 mars 2020 Paris: GICC; 2020.

<https://sfcardio.fr/actualite/covid-19-quelques-messages-simples-du-gicc>

Méthode d'élaboration et avertissement

La méthode retenue pour cette réponse rapide est basée sur une synthèse narrative des données disponibles les plus pertinentes, les recommandations nationales et internationales, ainsi que sur une consultation des parties prenantes (par voie électronique).

Ce document a été élaboré collégalement entre la Haute Autorité de santé et :

- Le Pr Thibaud Damy ;
- Le Dr Éric Perchicot, en s'appuyant sur les recommandations du bureau du Syndicat national des cardiologues.

La version finale a été relue le Pr Thibaud Damy et le Dr Éric Perchicot.

Elle a été adressée au Dr Binon, président du CNP cardiovasculaire et à Mr Philippe Thébault, président de l'association Alliance du Cœur.

Validation par délégation par la présidente de la HAS en date du 20 novembre 2020

Liste des participants

Pr Thibaud Damy, service de cardiologie, CHU Henri Mondor, Créteil

Dr Éric Perchicot, cardiologue libéral, Cavaillon

Dr Vincent Pradeau, cardiologue libéral, Bordeaux

Dr Thierry Carrière, cardiologue libéral, Strasbourg

Dr Pierre Marette, cardiologue libéral, Nantes

Dr Frédéric Mouquet, cardiologue libéral, Lille

Dr Thierry Garban, cardiologue libéral, Nantes

Dr Marc Villaceque, cardiologue libéral, Nîmes

Dr Anne-Claire de Pastre – Chef de projet - Service Évaluation de la Pertinence des Soins et Amélioration des Pratiques et des Parcours - Haute Autorité de santé

Dr Stéphanie Dieterlé – Chef de projet - Service Évaluation de la Pertinence des Soins et Amélioration des Pratiques et des Parcours - Haute Autorité de santé

Mireille Cecchin – Documentaliste – Haute Autorité de santé

Juliette Chazareng – Assistante documentaliste – Haute Autorité de santé

Ces réponses rapides sont élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication, elles sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Ces réponses rapides sont fondées sur ce qui apparaît souhaitable ou nécessaire au moment où elles sont formulées. Elles ne prennent pas en compte les capacités d'approvisionnement en équipements de protection individuelle.