

Le dossier – L'insuffisance cardiaque demain

Le parcours de soins des insuffisants cardiaques : le point de vue du cardiologue libéral

RÉSUMÉ : La prise en charge ambulatoire de l'insuffisance cardiaque nécessite la disponibilité du cardiologue libéral pour instaurer le traitement et débiter le bilan étiologique, pour la prise en charge des patients après une hospitalisation et pour l'optimisation des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. La disponibilité limitée des professionnels de santé et l'augmentation du nombre de patients nécessitent de fluidifier les relations interprofessionnelles et d'adapter la prise en charge à la sévérité des patients, tout en réfléchissant à de nouvelles organisations.



F. ZORES, F. MOUQUET

¹ Groupe Médical Spécialisé, STRASBOURG.

² Service de Cardiologie, Hôpital privé Le Bois, LILLE.

L'insuffisance cardiaque (IC) est un syndrome fréquent, chronique, grave et coûteux. La mise en place et l'optimisation des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, la gestion ambulatoire de l'IC décompensée pour éviter l'hospitalisation et la prise en charge des patients après une hospitalisation constituent les défis et le rôle de la cardiologie libérale. Deux objectifs complémentaires devraient constamment guider cette prise en charge :

- offrir au patient un traitement optimal tout au long de l'évolution de sa maladie ;
- limiter les hospitalisations itératives qui grèvent le pronostic du patient et les coûts de la pathologie pour le système de santé.

Du fait de la disponibilité limitée des professionnels de santé et de l'augmentation du nombre de patients, atteindre ces objectifs nécessite de coordonner la relation ville-hôpital, de fluidifier les relations interprofessionnelles et d'adapter la prise en charge à la sévérité des patients.

Étapes clés et écueils de la prise en charge actuelle

1. Un diagnostic initial souvent tardif

La reconnaissance précoce des symptômes est primordiale pour instaurer dès que possible un traitement et planifier une prise en charge. Le GICC (Groupe Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathie) de la Société Française de Cardiologie a récemment proposé un acronyme rappelant les signes d'alerte qui devraient faire suspecter une IC : Essoufflement – Palpitations – Œdème des membres inférieurs – Fatigue (EPOF).

La promotion d'EPOF est une première étape afin que les patients alertent leur médecin généraliste (MG) qui pourra évoquer une IC. Il doit s'ensuivre un recours rapide à un cardiologue, tout au plus dans les 2 semaines suivant la mise en évidence du tableau d'IC [1]. Il appartient aux cardiologues de ville de répondre présents pour la réalisation d'une échocardiographie qui confirmera

Le dossier – L'insuffisance cardiaque demain

le diagnostic et permettra de définir la prise en charge. Car bien que la présentation clinique soit parfois similaire, seule l'échocardiographie permet de différencier IC à FEVG préservée (ICFEP) ou altérée (ICFEA), dont la prise en charge et le parcours de soins sont radicalement différents. Pour autant, le recours au cardiologue semble tardif. Au Québec, le diagnostic d'IC est posé par un cardiologue dans 39 % des cas ; pour les autres patients, 33 % auront vu un cardiologue dans les 3 ans, mais 28 % ne verront jamais de cardiologue dans les 3 ans suivant le diagnostic [2].

2. Décompensation cardiaque : détection tardive, hospitalisation fréquente

Le patient souffrant d'IC décompensée tarde à consulter, en raison d'une sous-estimation des symptômes de congestion (œdème et prise de poids) et d'une adaptation des activités quotidiennes minimisant la gêne fonctionnelle [3]. Le recours au médecin ne survient que lorsque les symptômes deviennent trop invalidants ou qu'un proche s'alarme de la dyspnée, de l'œdème ou de la diminution des activités [4].

Les services d'urgence prennent en charge 65 % des patients hospitalisés pour IC [5] ; la moitié est déjà suivie pour IC [6]. Pour ces patients hospitalisés, le premier contact est majoritairement fait auprès du MG ou d'une unité d'urgence (SAMU ou service d'urgence) directement contactée par le patient ou un proche (40 % pour chacun de ces deux cas) ; le cardiologue n'est contacté en première intention que dans 10 % des cas [5].

3. Assurer le suivi des patients sortant d'hospitalisation

La phase de transition post-hospitalière est une période à haut risque de réhospitalisation : 1 patient sur 5 était réhospitalisé 30 jours après une première hospitalisation pour IC en France en 2009 [7].

Tout patient IC sortant de l'hôpital doit avoir un plan de suivi avec une consultation chez le MG dans la semaine suivant la sortie, et chez le cardiologue dans les 2 à 4 semaines. Actuellement, le suivi médical post-hospitalisation n'est pas assez standardisé et la consultation chez le cardiologue est souvent trop tardive. Un mois après la sortie, moins de 1/3 des patients aura vu un cardiologue, et 1/4 n'aura même pas vu de MG [7, 8]. À 1 an de l'hospitalisation, 40 % des patients n'auront pas vu de cardiologue [7] ! Une nouvelle étude est parue en 2020 avec quasiment les mêmes chiffres [9]...

Pourtant une prise en charge précoce permet de diminuer le risque de réhospitalisation et la mortalité [10, 11]. Elle est l'occasion d'évaluer le niveau de congestion, diffuser des messages éducatifs, réévaluer les traitements et adapter les posologies, programmer les examens ou procédures recommandées suite à l'hospitalisation, et définir ou redéfinir le parcours de soins à court et moyen terme [9]. Le cardiologue de ville y a un rôle primordial : la prise en charge coordonnée entre MG et cardiologue est plus efficace que par le MG seul, notamment en raison d'une utilisation plus fréquente des traitements par bêtabloquants et IEC [11].

Mais le nombre important de patients hospitalisés pour IC rend difficile un suivi standardisé pour l'ensemble de la population concernée. De plus, le risque de réhospitalisation précoce est un risque individuel plus qu'une phase temporelle arbitraire de 7, 14 ou 21 jours pendant laquelle tous les patients seraient identiquement à risque. Il est donc primordial d'identifier les patients à haut risque de récurrence, devant être vus rapidement, et de les différencier des patients à moindre risque pour lesquels une consultation plus tardive n'est pas synonyme de perte de chance. Cette stratification doit s'appuyer sur des scores pronostiques et sur une collaboration hôpital-ville permettant de sécuriser le retour à domicile des patients les plus à risque, et il est indispensable que les cardiologues de ville assurent la prise en charge rapide de ces patients dont le pronostic, pour certains, est plus sombre que la majorité des cancers.

4. Un traitement souvent non optimal

Le traitement de l'ICFEP n'est pas codifié, et repose sur la prise en charge de la cause de la décompensation et des comorbidités. Il n'en est pas de même pour le traitement de l'ICFEA [12]. À 18 mois d'une hospitalisation pour IC, en France, à peine 67 % des patients

	NYHA I	NYHA II	NYHA III
Fréquence des consultations en cas d'IC stable	Médecin traitant : au moins 2 fois/an Cardiologue : 1 fois/an	Médecin traitant : au moins 4 fois/an Cardiologue : 2 fois/an	Médecin traitant : 4-12 fois/an Cardiologue : 4-12 fois/an
Consultations supplémentaires	Événement intercurrent : décompensation, complication, détérioration de l'état clinique		
Au décours d'une décompensation	Consultation par le médecin traitant dans la semaine après la sortie d'hospitalisation Consultation de contrôle par le cardiologue : 1 semaine à 2 mois après la sortie Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution		
Traitements	IEC + β -bloquant : titration progressive par médecin ayant l'expérience de l'IC chronique après avis du cardiologue Antialdostérone après avis cardiologique		

Tableau I : Prise en charge de l'insuffisance cardiaque selon le parcours de soins de l'HAS 2014.

ont une association bêtabloquant-IEC ; si 53 % de ces patients ont plus de 50 % de la dose maximale, à peine 16 % sont à la dose maximale [12]. Les doses prescrites de bêtabloquants, IEC et antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes sont souvent loin de la dose maximale des essais, diminuant le bénéfice en termes de réduction de la mortalité [13, 14]. Le parcours de soins de l'IC publié en 2014 par l'HAS rappelle que la prise en charge des patients symptomatiques, dès le stade NYHA II, repose sur au moins deux consultations cardiologiques annuelles (**tableau I**). Ces deux consultations doivent systématiquement être l'occasion de majorer le traitement de l'IC si les doses maximales ne sont pas atteintes.

Afin d'améliorer la qualité du traitement, on pourrait s'appuyer, comme au Québec, sur les compétences d'infirmières spécialement formées, et dont l'efficacité sur la titration du traitement, et consécutivement sur le pronostic des patients, est démontrée [15, 16]. L'émergence des infirmiers de pratique avancée (IPA) ou le recours à la délégation de tâches au travers de protocoles sous couvert de l'article 51 sont des éléments pouvant permettre d'élargir le cercle des professionnels de santé capables d'assurer la titration du traitement.

Refonte du parcours de soins : objectif, acteurs et organisation

Le suivi de l'IC est complexe en raison de la multiplicité des intervenants (MG, cardiologue, infirmiers libéraux [IDEL], pharmaciens, éducateur en activité physique adaptée en santé, kinésithérapeute, diététicien...) dont la coordination est souvent dépendante des habitudes locales et du bon vouloir de chacun. Pour les patients les plus sévères, l'impact sur le pronostic est majeur.

S'il est souhaitable que tous les professionnels de santé au contact de patients IC reçoivent une formation pour le diagnos-

tic et la prise en charge de l'IC, il faut rappeler que cette pathologie n'est pas la seule pathologie fréquente et chronique nécessitant un suivi rapproché et spécifique. Demander à tous les MG et tous les IDEL de se former spécifiquement à l'IC n'est pas une solution réaliste. À l'heure où l'IC pourrait devenir le prototype du paiement au parcours de soins, il est urgent que la communauté cardiologique dans son ensemble et libérale en particulier se saisisse de ce sujet pour proposer des modèles d'organisation. Il faut en outre faire face à un défi démographique : en 10 ans, en France, la prévalence de l'IC a augmenté de 30 %, mais le nombre de cardiologues n'a crû que de 8 %. Il faut donc réfléchir à la répartition des tâches afin de permettre une adéquation entre besoins des patients et compétences des intervenants.

Le décret du 28 février 2017 a créé un acte infirmier permettant aux IDEL, sur prescription médicale, de faire l'éducation du patient et/ou de son entourage, de vérifier l'observance des traitements et des mesures hygiéno-diététiques, de contrôler les constantes cliniques et l'état général, et de participer au dépistage des complications de l'IC et des traitements. La réalisation de cet acte n'est possible que par des IDEL formés à l'IC, et le GICC (Groupe Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathies) a mis en place un programme de formation validant en ce sens. Cet acte infirmier est une pierre de plus dans la prise en charge post-hospitalière des patients, à côté des consultations classiques, de la télésurveillance (qui est abordée par ailleurs) ou du programme PRADO.

Même si chaque organisation locale devra s'adapter aux contraintes démographiques (médicales, paramédicales et populationnelles) et géographiques, il faut établir une trame commune afin d'ébaucher une organisation type qui intégrerait 2 éléments clés :

– un outil de synthèse informatique personnalisable pour chaque patient ;

– placer le patient au centre de l'organisation afin qu'il puisse lui-même solliciter les différents intervenants et être actif dans le parcours de soins défini avec lui.

La mise en place d'équipes multidisciplinaires et de programmes de prise en charge de l'IC est primordiale, comprenant suivis médical et psychologique, réentraînement et éducation thérapeutique (ETP). Ces points sont majeurs afin d'aider les patients à prendre en charge leur maladie, maintenir une bonne qualité de vie tout au long de son évolution et reconnaître les symptômes de décompensation pour diminuer le retard de consultation et le recours à l'hospitalisation. Pourtant ETP et réadaptation sont sous-utilisées alors qu'elles apportent un bénéfice pronostique net. Le GICC et le GERS (Groupe Exercice Réadaptation Sport) ont proposé des moyens de développer l'accès et l'adhésion à la réadaptation qui ne concerne que 10 % des patients IC. Les recommandations du GICC sur le sujet ont été publiées en septembre 2019 [17]. Le registre ODIN a rappelé l'impact majeur de l'ETP sur le pronostic [18], mais cet outil indispensable reste souvent cantonné à quelques unités hospitalières en raison de l'absence de financement pérenne.

Ces équipes pluridisciplinaires doivent s'appuyer sur un spécialiste en IC. Le principe n'est pas de centraliser tous les patients IC autour d'un seul cardiologue au détriment des autres cardiologues libéraux, mais de pouvoir bénéficier d'un avis ponctuel pour les patients les plus sévères. Tout comme il semble normal qu'une angioplastie coronaire ou la pose d'un défibrillateur soient réalisées par un spécialiste identifié sur la base d'une formation spécifique et d'une activité annuelle minimale, comment ne pas admettre que la prise en charge d'une pathologie complexe et chronique comme l'IC ne puisse parfois nécessiter le recours à un spécialiste ? En l'absence, en France, de spécialisation d'*insuffisant cardiologue*, le GICC a mis en ligne sur son site un annuaire des praticiens

Le dossier – L'insuffisance cardiaque demain

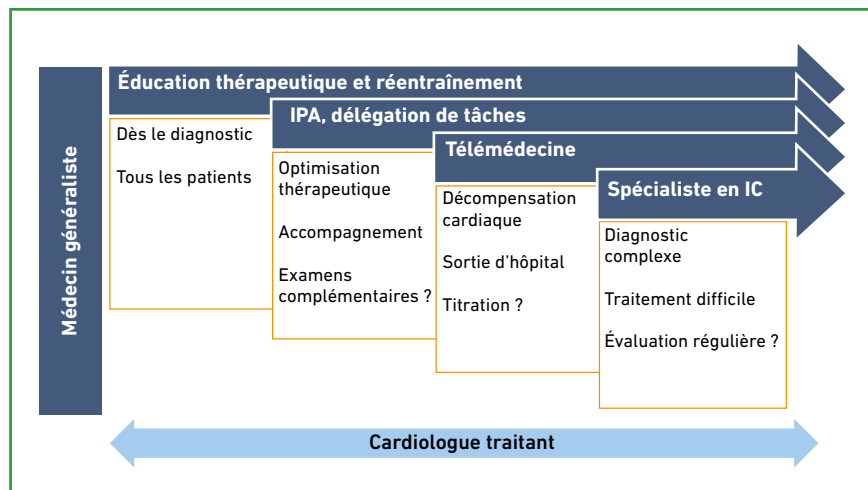


Fig. 1 : Proposition d'éléments du parcours de soins.

ayant une expertise en IC. La prise en charge par un cardiologue spécialisé en IC des patients les plus complexes, et son expertise ponctuelle pour les autres patients, est un moyen d'améliorer le pronostic des patients [19]. Cet avis ponctuel est complémentaire de la prise en charge du cardiologue libéral habituel du patient.

Le CHU reste le centre de référence pour les patients sévères nécessitant une assistance cardiaque ou une transplantation, mais la plus grande partie du parcours peut se faire, selon les organisations régionales, hors des murs hospitalo-universitaires.

Les rapprochements locaux entre MG et cardiologues libéraux, idéalement associés à un spécialiste en IC apportant une expertise sur les dossiers complexes et s'assurant de la prise en charge optimale des patients, doivent voir le jour sous peine d'être imposés par les tutelles. Sans être nécessairement formalisés sous forme de CPTS tant voulu par l'administration, ils sont un élément important de l'amélioration de la prise en charge, par exemple en assurant la possibilité à tout patient sortant d'hospitalisation de pouvoir être vu par l'un des cardiologues du groupement, dans un délai correspondant à son profil de risque. L'inclusion de

pharmaciens, IDEL, kinésithérapeutes, psychologues, enseignants en activité physique adaptée permettrait de tendre vers une prise en charge plus diversifiée et de proposer des programmes de réentraînement et d'ETP, tout en initiant éventuellement des expérimentations de délégation de tâches notamment sur le plan de la titration de traitement de fond (fig. 1). Ces derniers éléments sont cependant plus complexes à mettre en œuvre et nécessitent encore de lourds investissements en temps et en énergie en raison des contraintes administratives.

Conclusion

Le parcours de soins de l'IC en ville reste perfectible. L'objectif du cardiologue libéral doit être de diminuer les recours à l'hospitalisation en assurant la prise en charge rapide des patients suspects d'IC ou sortant d'hospitalisation, et d'optimiser le traitement, qu'il soit pharmacologique ou non, notamment par l'éducation thérapeutique et l'activité physique.

L'augmentation du nombre de patients et la raréfaction du temps médical imposent de penser à de nouvelles organisations, calquées sur une organisation type mais adaptées aux multiples contraintes locales. L'absence d'initia-

tive volontaire de la cardiologie libérale l'exposerait à une organisation imposée par les tutelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. HOWLETT JG, CHAN M, EZEKOWITZ JA *et al.* The Canadian Cardiovascular Society Heart Failure Companion: Bridging Guidelines to Your Practice. *Can J Cardiol*, 2016;32:296-310.
2. FELDMAN DE, XIAO Y, BERNATSKY S *et al.* Consultation with cardiologists for persons with new-onset chronic heart failure: A population-based study. *Can J Cardiol*, 2009;25:690-694.
3. AHMAD FS, FRENCH B, BOWLES KH *et al.* Incorporating patient-centered factors into heart failure readmission risk prediction: A mixed-methods study. *Am Heart J*, 2018;200:75-82.
4. TAYLOR CJ, HOBBS FDR, MARSHALL T *et al.* From breathless to failure: symptom onset and diagnostic meaning in patients with heart failure—a qualitative study. *BMJ Open*, 2017;7:e013648.
5. LOGEART D, ISNARD R, RESCHE-RIGON M *et al.* Current aspects of the spectrum of acute heart failure syndromes in a real-life setting: the OFICA study. *Eur J Heart Fail*, 2013;15:465-476.
6. CHOUHED T, MANZO-SILBERMAN S, PESCHANSKI N *et al.* Management of suspected acute heart failure dyspnea in the emergency department: results from the French prospective multicenter DeFSSICA survey. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 2016;24:112.
7. TUPPIN P, CUERQ A, DE PERETTI C *et al.* First hospitalization for heart failure in France in 2009: Patient characteristics and 30-day follow-up. *Arch Cardiovasc Dis*, 2013;106:570-585.
8. TUPPIN P, CUERQ A, DE PERETTI C *et al.* Two-year outcome of patients after a first hospitalization for heart failure: A national observational study. *Arch Cardiovasc Dis*, 2014;107:158-168.
9. FELDMAN S, LESUFFLEUR T, OLIÉ V *et al.* Outpatient healthcare utilization 30 days before and after hospitalization for heart failure in France: Contribution of the national healthcare database. *Arch Cardiovasc Dis*, 2020;113:401-419.
10. METRA MARCO, GHEORGHIADÉ MIHAI, BONOW ROBERT O *et al.* Postdischarge Assessment After a Heart Failure Hospitalization. *Circulation*, 2010;122:1782-1785.

11. LEE DOUGLAS S, STUKEL THÉRÈSE A, AUSTIN PETER C *et al.* Improved Outcomes With Early Collaborative Care of Ambulatory Heart Failure Patients Discharged From the Emergency Department. *Circulation*, 2010;122:1806-1814.
12. COHEN SOLAL A, LEURS I, ASSYAG P *et al.* Optimization of heart Failure medical Treatment after hospital discharge according to left ventricular Ejection fraction: The FUTURE survey. *Arch Cardiovasc Dis*, 2012;105:355-365.
13. CHIN KL, SKIBA M, TONKIN A *et al.* The treatment gap in patients with chronic systolic heart failure: a systematic review of evidence-based prescribing in practice. *Heart Fail Rev*, 2016;21:675-697.
14. KOMAJDA M, COWIE MR, TAVAZZI L *et al.* Physicians' guideline adherence is associated with better prognosis in outpatients with heart failure with reduced ejection fraction: the QUALIFY international registry. *Eur J Heart Fail*, 2017;19:1414-1423.
15. DRISCOLL A, CURREY J, TONKIN A *et al.* Nurse-led titration of angiotensin converting enzyme inhibitors, beta-adrenergic blocking agents, and angiotensin receptor blockers for people with heart failure with reduced ejection fraction. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet], 2015 [cité 10 avr 2019];(12):CD009889.
16. GÜDER G, STÖRK S, GELBRICH G, BRENNER S *et al.* Nurse-coordinated collaborative disease management improves the quality of guideline-recommended heart failure therapy, patient-reported outcomes, and left ventricular remodelling. *Eur J Heart Fail*. 2015;17:442-452.
17. ZORES F, ILIOU MC, GELLEN B *et al.* Physical activity for patients with heart failure: Position paper from the heart failure (GICC) and cardiac rehabilitation (GERS-P) Working Groups of the French Society of Cardiology. *Arch Cardiovasc Dis*, 2019;112:723-731.
18. JUILLIÈRE Y, JOURDAIN P, SUTY-SELTON C *et al.* Therapeutic patient education and all-cause mortality in patients with chronic heart failure: A propensity analysis. *Int J Cardiol*, 2013;168:388-395.
19. SAVARESE G, VEDIN O, D'AMARIO D *et al.* Prevalence and Prognostic Implications of Longitudinal Ejection Fraction Change in Heart Failure. *JACC Heart Fail*, 2019;7:306-317.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.