

I Revues générales

Décompensation cardiaque : améliorer le parcours

RÉSUMÉ : La prise en charge de l'insuffisance cardiaque représente l'un des grands défis pour le système de santé. Si aucune mesure n'est prise, les hospitalisations fréquentes et récurrentes ne feront que croître, avec des répercussions importantes en termes de coûts de santé publique et de fonctionnement du système de santé. L'enjeu de l'amélioration du parcours du patient insuffisant cardiaque consiste à adapter le système de santé à la réalité des besoins des patients dans une logique à la fois préventive et thérapeutique, afin d'améliorer la qualité de vie, de prévenir les décompensations et de contourner autant que possible les services d'urgences déjà saturés. Les besoins et les actions à mettre en œuvre ont été répertoriés et de nombreuses solutions de terrain sont déjà expérimentées. Les nouvelles unités d'insuffisance cardiaque, véritables structures de coordination et de prise en charge globale du patient insuffisant cardiaque, sont ainsi parmi les plus innovantes par leur mode de fonctionnement.



F. BEAUVAIS

Cardiologue praticien hospitalier
Centre d'éducation et de réadaptation cardiaque
ambulatoire
Cellule d'expertise et de coordination pour
l'insuffisance cardiaque sévère
Service de cardiologie, Hôpital Lariboisière, PARIS.

Chaque année, en France, l'insuffisance cardiaque entraîne près de 200 000 hospitalisations pour lesquelles la moitié des patients passent par les services d'urgences. Touchant déjà plus d'un million de patients, cette pathologie va augmenter dans les années à venir avec une estimation de 25 % tous les quatre ans, du fait du vieillissement de la population. Si aucune mesure n'est prise, ces hospitalisations fréquentes et récurrentes ne feront que croître, avec des répercussions importantes en termes de coûts de santé publique et de fonctionnement du système de santé et d'impacts sur la qualité de vie des patients. Il est donc impératif d'agir d'autant que **des thérapeutiques efficaces existent.**

Un premier travail de réflexion globale a été mené par des soignants de tout type – cardiologues, infirmiers, pharmaciens, diététiciens, kinésithérapeutes, gériatres, médecins généra-

listes, médecins spécialistes – et les associations de patients concernés. Les fruits de cette réflexion ont été regroupés dans le livre blanc "Plaidoyer pour une prise en charge de l'insuffisance cardiaque" [1]. Par la suite, le programme national Optim'IC [2], sous l'égide d'un comité national et de comités régionaux rassemblant les principales sociétés savantes et associations de patients, a mobilisé acteurs et décideurs de santé afin **d'identifier des axes d'amélioration du parcours de soins.** Plus de 100 professionnels et acteurs de santé sur le plan national et dans les territoires se sont rencontrés, ont échangé et ont travaillé à la construction de **propositions d'actions concrètes** rassemblées dans une note de position présentée lors d'un colloque institutionnel au ministère des Solidarités et de la Santé.

Plusieurs initiatives d'amélioration du parcours de soins ont ainsi émergé.

Revue générale

Pourquoi améliorer le parcours ?

Malgré les progrès thérapeutiques certains, le nombre de décompensations cardiaques reste élevé avec un impact lourd en termes d'hospitalisations et de qualité de vie des patients. Un certain nombre de freins ont pu être identifiés à toutes les étapes du parcours du patient insuffisant cardiaque.

>>> Dès le stade infraclinique, on constate un **déficit de repérage des patients à risque susceptibles** d'évoluer vers l'insuffisance cardiaque. Indépendamment de toutes les pathologies cardiaques qui peuvent aller jusqu'à l'insuffisance cardiaque, de nombreuses autres pathologies également à risque n'ont pas de dépistage ciblé ni de prise en charge préventive adaptée, en particulier l'hypertension artérielle, le diabète, l'insuffisance rénale, mais aussi les cancers et les maladies systémiques. L'absence ou l'insuffisance de relation interdisciplinaire entre les différentes spécialités pourraient expliquer en partie cet état de fait.

>>> Au stade clinique, la **méconnaissance des symptômes** entraîne un retard de consultation par le patient. Dans l'étude ICPS2 [3] ayant évalué le parcours des patients hospitalisés pour décompensation cardiaque, la moitié des patients présentaient des symptômes depuis plus de 15 jours, voire plus de deux mois avant leur hospitalisation pour un tiers des patients. Quand le patient consulte enfin, de nombreux professionnels de santé pourtant en première ligne (médecin traitant, pharmacien, infirmier libéral), mais **peu formés à l'insuffisance cardiaque** adressent les patients au cardiologue retardant encore la mise en route d'une prise en charge adaptée. Près de 40 % des patients disaient avoir consulté leur médecin traitant dans le mois précédant leur hospitalisation [3], et 17,5 % des patients ont consulté leur cardiologue [4]. Toujours avant l'hospitalisation, seuls 15,8 % des patients ont bénéficié d'un dosage de BNP/NTproBNP et la moitié des patients d'une délivrance ponctuelle de diurétique de l'anse [4].

>>> Tous ces freins initiaux retardent la mise en route d'un traitement efficace qui pourrait empêcher la dégradation inéluctable vers la décompensation cardiaque aggravée.

Au stade de décompensation cardiaque aggravée, l'état du patient exige une prise en charge en urgence dans une structure adaptée. Là encore des obstacles sont rencontrés. Devant **l'absence ou l'insuffisance d'identification des structures spécialisées et/ou de relation privilégiée avec les équipes**, le patient est adressé ou se rend directement au service d'urgences de son secteur. Et pour différentes raisons, tous les patients ne vont pas être orientés vers les unités de cardiologie et de nombreux patients vont être hospitalisés dans les services de médecine interne et de gériatrie.

>>> Au cours de l'hospitalisation, la suite de la prise en charge se heurte encore à des difficultés. **La mise en pratique des recommandations actuelles** [5, 6] (fig. 1), concernant la titration des trai-

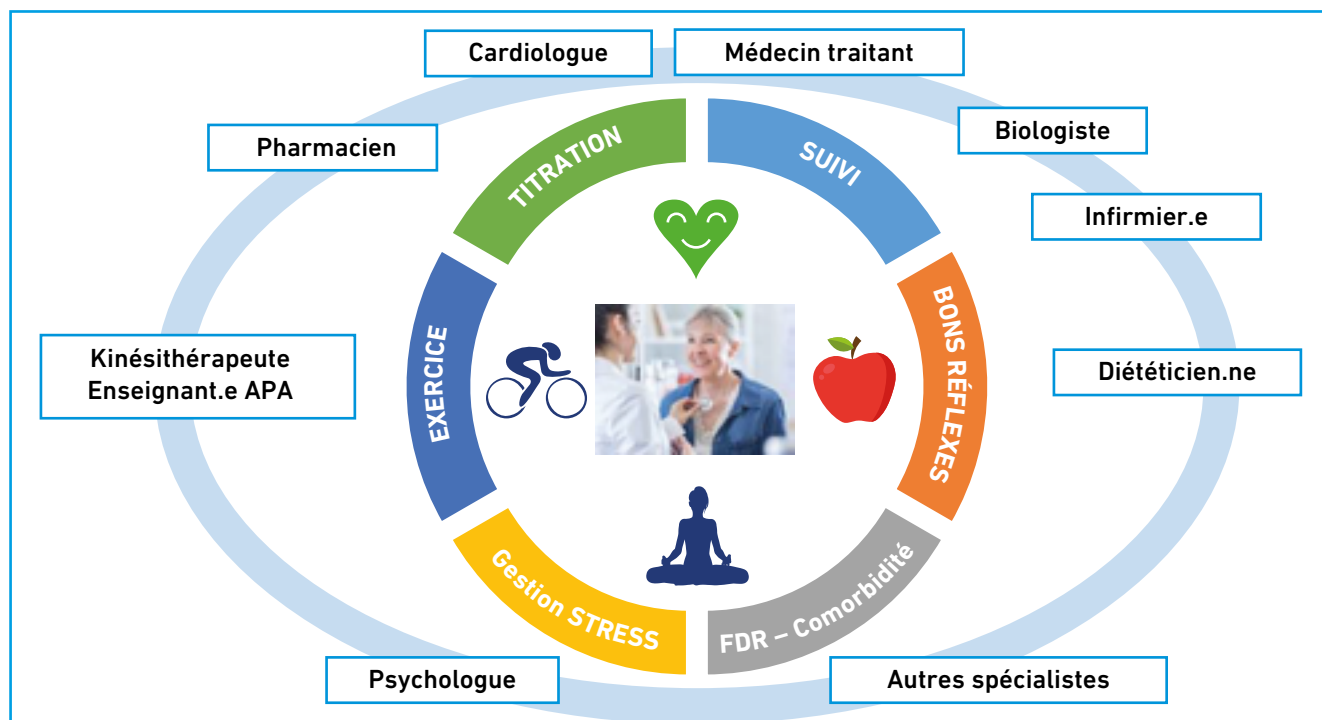


Fig. 1 : Les acteurs du parcours de soins.

tements et le suivi par une équipe multidisciplinaire pour tous les aspects éducatifs et psychologiques – annonce de la maladie, signes d’alertes, alimentation contrôlée en sel, activité physique adaptée – **sont compliqués à mettre en œuvre**. Pour rappel, la mise à jour en 2023 des dernières recommandations de l’ESC [7] recommande de titrer à la dose optimale sur six semaines, l’ensemble des quatre classes thérapeutiques (IEC ou ARA2 ou sacubitril/valsartan, bêta-bloquants, MRA et gliflozines). En pratique, moins de 15 % des patients insuffisants cardiaques sont envoyés vers une unité de réadaptation cardiaque [3, 4], les médecins généralistes et cardiologues sont souvent peu disponibles et certains intervenants libéraux (diététiciens, enseignants en activité physique adaptée, psychologues) ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Seule la moitié des patients sont vus par leur médecin généraliste dans les 14 jours qui suivent leur hospitalisation et un tiers des patients consultent leur cardiologue dans les 60 jours [4].

>>> En conséquence, la titration des traitements n’est pas faite ou trop tardive et l’accompagnement de la maladie est souvent insuffisant et incomplet. Dans les dernières études observationnelles, on constate des taux de prescriptions et des taux de doses optimales atteintes en deçà des recommandations actuelles. Ainsi même si les deux tiers des patients sont IEC/ARA2/sacubitril/valsartan et bêta-bloquants, moins de 50 % des patients sont sous MRA [4], et moins de 10 % des patients bénéficient des doses optimales de tous ces traitements [8]. Par ailleurs, un tiers des patients ne savent pas qu’ils ont une insuffisance cardiaque à la sortie de leur hospitalisation [3] et/ou rencontrent des difficultés pour la mise en pratique d’une alimentation contrôlée en sel [9] ou d’une activité physique adaptée [3]. Enfin, le “fardeau” physique, psychologique et socioprofessionnel semble souvent négligé [10]. L’absence d’optimisation thérapeutique, l’ignorance, le manque d’écoute et de motivation favo-

rise l’inobservance des différentes thérapeutiques pourtant efficaces et majore le risque d’une nouvelle décompensation.

Les actions concrètes à mettre en œuvre (tableau I)

L’enjeu de l’amélioration du parcours du patient insuffisant cardiaque est d’adapter le système de santé à la réalité des besoins des patients dans une logique à la fois préventive et thérapeutique, afin d’améliorer la qualité de vie, de prévenir les décompensations, de contourner autant que possible les services d’urgences déjà saturés.

Chaque obstacle doit être franchi et il est essentiel d’agir à tous les niveaux : repérage et prévention chez les patients à risque d’insuffisance cardiaque, dépistage et diagnostic précoce d’une décompensation cardiaque, mise en route précoce du traitement avant dégradation, titration rapide des traitements, accompagnement éducatif et psychologique, suivi rapproché des patients les plus sévères, prise en charge précoce des décompensations pour éviter les hospitalisations avec hébergement et facilitation d’accès à une hospitalisation spécialisée sans passer par les urgences.

Les deux premiers points soulevés nécessitent **l’information de la popu-**

lation, l’implication et la formation de tous les acteurs de soins autour du patient – médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, biologistes et médecins spécialistes – et **l’optimisation du financement** des différents acteurs en élargissant aux diététiciens, éducateurs en activité physique adaptés et psychologues.

Tous les autres points nécessitent **l’optimisation des organisations existantes** – acteurs libéraux/centres de santé, structures hospitalières, centres de réadaptation cardiaque – et la **création de nouveaux modes de prise en charge précoce et adaptée** : création d’unités insuffisance cardiaque spécialisées avec du **personnel spécifiquement formé et dédié**, mise en place de nouveaux protocoles en hospitalisation ambulatoire (HDJ) ou en hospitalisation à domicile (HAD).

La création d’une filière de soins identifiée et visible sur tout le territoire est indispensable pour orienter les patients vers les **structures dédiées (fig. 2)** afin qu’ils puissent bénéficier d’une offre de soin adaptée à leur sévérité et à leurs besoins. Cela se fera en développant un maillage territorial, notamment avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les unités hospitalières dédiées et des unités de réadaptation.

Les besoins pour une meilleure prise en charge	Les actions à mettre en œuvre
1. Repérage et prévention chez les patients à risque 2. Dépistage et diagnostic précoce 3. Mise en route précoce du traitement 4. Titration rapide des traitements 5. Annonce, éducation et accompagnement des patients 6. Suivi rapproché des patients les plus sévères. 7. Prise en charge précoce des décompensations pour éviter l’hospitalisation. 8. Facilitation d’accès à une hospitalisation spécialisée sans passer par les urgences	1. Information de la population, campagne de dépistage 2. Formation de tous les acteurs de soins et création de nouveaux métiers. 3. Création et utilisation de nouveaux outils 4. Création de nouveaux modes de prise en charge 5. Création de nouvelles organisations multidisciplinaires 6. Identification et visibilité des différentes filières 7. Coordination et la communication entre tous les acteurs 8. Optimisation du financement

Tableau I : Amélioration du parcours de soins : identification des besoins et proposition concrètes.

Revue générale

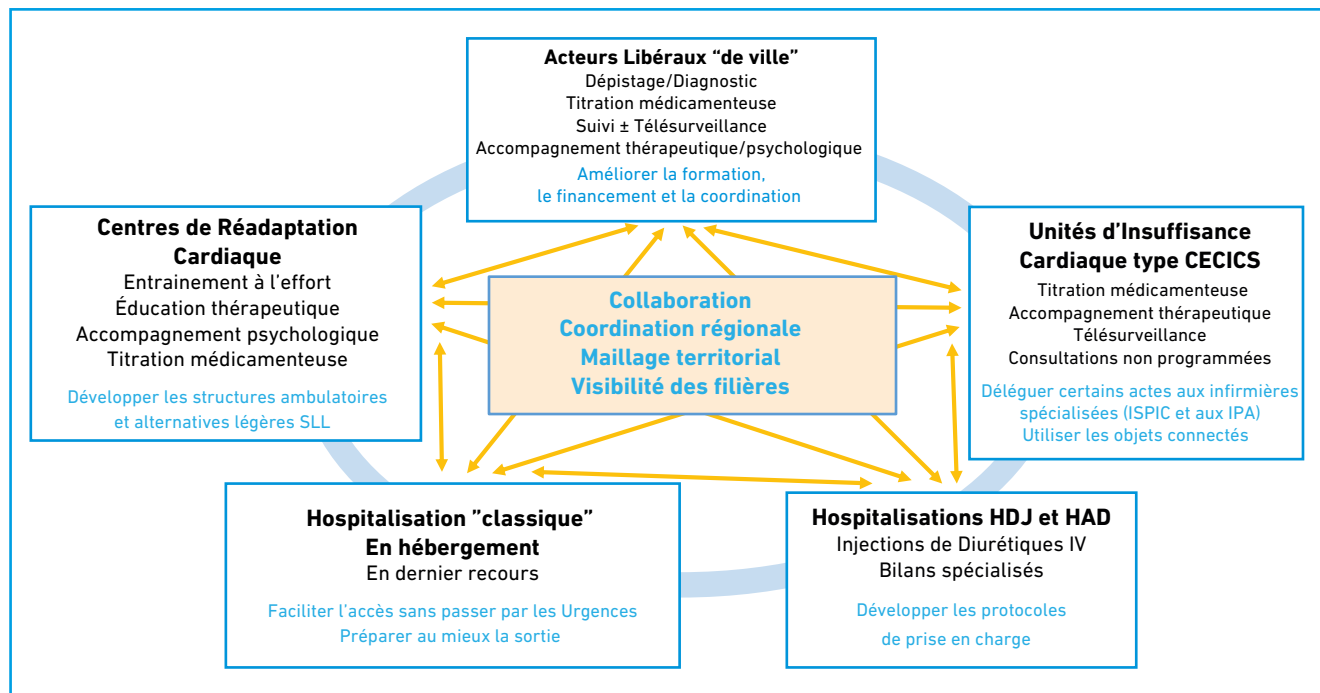


Fig. 2 : Amélioration du parcours de soins : les organisations et les filières à développer.

La création et l'utilisation de nouveaux outils doivent être encouragées. Les outils d'e-santé comme la télésurveillance, la téléconsultation, la télé-expertise ont montré leur intérêt pour le suivi des patients. Entrée dans le droit commun, la télésurveillance peut maintenant être prise en charge par l'assurance maladie [11]. D'autres outils doivent être développés pour faciliter la prise en charge par les différents acteurs : feuille de route à la sortie d'hospitalisation, algorithmes de gravité...

Enfin la **coordination et la communication entre tous les acteurs** de la ville et de l'hôpital sont des éléments clés pour la réussite des différents projets.

Les solutions d'amélioration du parcours

Les structures dédiées à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque sont en cours de développement et certains modèles de fonctionnement sont expérimentés sur le plan locorégional. En

Île-de-France, les structures intrahospitalières **Cecics** (cellules d'expertise et de coordination pour l'insuffisance cardiaque sévère) (fig. 3) ont ainsi été créées, reposant sur un protocole de coopération [12] et financées dans le cadre du dispositif de l'article 51 (financement spécifique des organisations de santé innovantes dans le cadre d'une expérimentation sur une période donnée).

L'objectif principal des unités Cecics est d'assurer une **prise en charge globale et coordonnée** du patient insuffisant cardiaque sévère pour améliorer la survie et la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques sévères et limiter les hospitalisations, en assurant une optimisation rapide des traitements, un accompagnement thérapeutique éducatif et une télésurveillance, en agissant

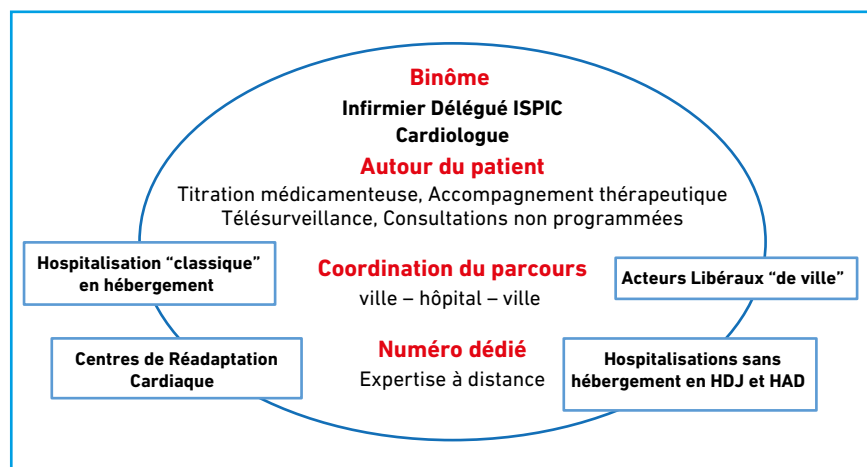


Fig. 3 : Amélioration du parcours de soins : les unités d'insuffisance cardiaque CECICS.

sant rapidement en cas d'alerte par des consultations non programmées, et en améliorant la coordination avec les professionnels intervenant autour du patient. Chaque unité Cecics vient en soutien à plusieurs étapes du parcours de soins du patient : en ville par sa relation avec les professionnels (pharmacien, infirmier, médecin traitant, cardiologue, gériatre), en amont de l'entrée à l'hôpital en cas de décompensation afin d'éviter le passage aux urgences ; dans l'hôpital pour une orientation directe dans la filière spécialisée ; à la sortie de l'hôpital pour une orientation optimisée vers les professionnels de santé du patient. La prise en charge précoce ambulatoire des décompensations cardiaques est rendue possible par l'accès rapide à des consultations non programmées avec la possibilité d'injections de diurétiques intraveineux dans le cadre d'hospitalisations de jour (HDJ) et/ou en hospitalisation à domicile (HAD) [13].

Chaque cellule Cecics est composée au minimum d'un **cardiologue délégué** et d'un **infirmier délégué** spécialisé dans l'insuffisance cardiaque (Ispic). Les Ispic sont formés (DIU insuffisance cardiaque, compagnonnage médical) et dans le cadre du protocole de coopération sont autorisés à titrer les traitements de l'insuffisance cardiaque, à assurer la télésurveillance et à recevoir en consultation urgente les patients présentant des signes de décompensation cardiaque. Les modalités de financement de cette expérimentation reposent sur la création d'un forfait par patient (trois catégories de patients : très sévères, sévères, instables) qui vient en complément du forfait Étapes de télésurveillance médicale et d'éducation du patient insuffisant cardiaque.

Une première évaluation intermédiaire de ce dispositif expérimental montre déjà des effets perçus comme positifs sur la qualité de la prise en charge des patients. La structuration permise par les Cecics contribuerait à une réduction des délais de prise en charge, une augmentation du nombre de patients pris en

charge, une optimisation des traitements en un temps réduit, une stabilisation des patients graves, une détection plus précoce des décompensations qui contribueraient à éviter des réhospitalisations ou des passages aux urgences.

Les cardiologues délégués comme les Ispic délégués s'accordent sur la grande satisfaction des patients pris en charge – suivi “rapproché”, présence et disponibilité des équipes, mise à disposition d'un numéro unique, relation de proximité entre le patient et l'Ispic délégué – avec un réel impact sur leur qualité de vie. Des effets positifs sur les pratiques professionnelles et les compétences sont également ressentis par les infirmiers délégués : valorisation, montée en compétences, expertise, autonomie, nouvelles responsabilités, amélioration de la relation avec le patient.

Ces premiers résultats sont donc très satisfaisants : des patients rassurés et très satisfaits ; des infirmiers valorisés par leurs nouvelles compétences, avec un impact sur l'attractivité de la profession ; un gain de temps important pour les cardiologues ; et enfin, des flux mieux gérés en cardiologie et aux urgences, et un fonctionnement très motivant qui rapproche les médecins et les paramédicaux.

Les Structures libérales légères (SLL), autre protocole expérimental

POINTS FORTS

- Un défi pour le système de santé : diminuer les hospitalisations.
- La création de structures dédiées : les unités d'insuffisance cardiaque.
- Le développement de nouveaux métiers : délégation d'actes médicaux auprès des infirmiers spécialisés.
- L'utilisation d'outils innovants : télésurveillance, objets connectés.
- L'amélioration de la communication : partage des formations et des informations pour tous les acteurs du parcours.

“article 51”, s'adressent à la prise en charge des patients insuffisants cardiaques moins sévères. Organisation souple et flexible cette structure permet une prise en charge pluriprofessionnelle (cardiologues, infirmier diplômé en éducation thérapeutique, kinésithérapeute, diététicien, psychologue, éducateur sportif) dont le modèle économique repose sur deux types de forfait par patient. Là encore, l'évaluation médico-économique est en cours.

La mise en commun des solutions qui fonctionnent est une autre piste d'amélioration de la prise en charge des patients. Lors du congrès des Journées francophones de l'insuffisance cardiaque et des cardiomyopathies (JFIC-CAT) organisé par le Groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies (GICC), le Conseil national professionnel cardiovasculaire (CNPCV) et ses organisations membres ont lancé la première édition des Trophées de l'insuffisance cardiaque Outil'ic, sous le haut patronage de la Cnam. Innovation en santé numérique, en nouveaux métiers, en organisation de soins, ces outils proposent un réel changement de paradigme de la gestion des patients insuffisants cardiaques. Les Trophées Outil'IC favorisent l'émergence de pratiques communes innovantes et la diffusion d'outils opérationnels pensés par les professionnels de santé. L'objectif est de fédérer l'ensemble des acteurs concernés pour mieux articuler

Revue générale

soins primaires, médecine spécialisée de ville et prise en charge hospitalière afin notamment de développer des filières de soins efficaces pour mieux prévenir l'insuffisance cardiaque et améliorer la prise en charge et le suivi des patients. Les premiers trophées ont été remportés en septembre 2023 et sont désormais en ligne et prêts à être utilisés sur les sites <https://giccardio.fr> et <https://vaincrelin-suffisancecardiaque.org>.

Enfin, la campagne de communication de la Cnam auprès du grand public, déployée depuis 2022, participe à la sensibilisation des patients, aidants et acteurs de soins à deux niveaux : d'une part en insistant sur la détection des symptômes de la maladie autour des quatre signes EPOF (essoufflement, prise de poids, œdèmes des membres inférieurs et fatigue) et, d'autre part, en engageant des actions visant à améliorer les habitudes de vie des patients diagnostiqués via le dispositif de prévention Epon (exercice physique régulier, surveillance régulière du poids corporel, observance optimale au traitement et nutrition).

Conclusion

L'amélioration du parcours de soins des patients insuffisants cardiaques est un véritable challenge à relever. Grâce à la motivation et à l'implication de nombreux acteurs, plusieurs initiatives régionales de prise en charge ont émergé ou sont en cours d'expérimentation. Toutes ces solutions sont adaptées pour répondre au mieux aux besoins

des patients en fonction de son stade de gravité et de ses comorbidités. Les nouvelles unités d'insuffisance cardiaque sur le modèle Cecics, véritables structures de prise en charge globale et de coordination sont ainsi parmi les plus innovantes par leur mode de fonctionnement. L'évaluation médico-économique permettra, espérons-le, de démontrer prochainement le bénéfice médical et économique de ces structures.

BIBLIOGRAPHIE

1. DAMY T, BEAUVAIS F, MULLER P *et al.*, Livre blanc de l'insuffisance cardiaque sous l'égide du GICC (Groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies) de la Société française de cardiologie. 2021.
2. Programme OPTIM'IC Optimisation du parcours de soins du patient insuffisant cardiaque <https://programmeoptimic.com/>
3. BEAUVAIS F *et al.* First symptoms and health care pathways in hospitalized patients with acute heart failure: ICPS2 survey. A report from the Heart Failure Working Group (GICC) of the French Society of Cardiology. *Clin Cardiol*, 2021;44:1144-1150.
4. Données issues de l'Outil de diagnostic territorial (ODT) de l'IC (développé par l'Assurance maladie), France entière. Repérage des patients en 2019, puis suivi longitudinal du 1^{er}/1/2020 au 31/12/2021.
5. 2014 Haute Autorité de santé : Guide du parcours de soins "Insuffisance cardiaque".
6. McDONAGH TA, METRA M, ADAMO M *et al.* ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 2021;42:3599-3726.
7. McDONAGH TA, METRA M, ADAMO M *et al.* Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 2023; 44:3627-3639.
8. GREENE SJ *et al.* Titration of medical therapy for heart failure with reduced ejection fraction. *JACC*, 2019;73:2365-2383.
9. DAMY T, BENEDYGA V, PEZEL T *et al.* Prescription, compliance, and burden associated with salt-restricted diets in heart failure patients: results from the french national OFICSel Observatory. *Nutrients*, 2022;14:308.
10. EFHICAS : Étude du fardeau et du handicap portés par le patient insuffisant cardiaque et son aidant dans la société. En cours de publication.
11. ÉTAPES : Télésurveillance médicale du patient insuffisant cardiaque chronique. Inscription d'une activité de télésurveillance médicale sous forme générique sur la liste mentionnée à l'article L.162-52 du code de la Sécurité sociale. Adopté par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé le 21 mars 2023.
12. CECICS article 51 : JO 31.12.2029 - Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'autorisation du protocole de coopération "Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier".
13. GIRERD N, MEWTON N, TARTIERE J.-M. Practical outpatient management of worsening chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 2022;24, 750-761.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.