

Parcours de soin du patient insuffisant cardiaque : focus sur les dernières recommandations européennes

Dr Philippe Meurin

POINTS FORTS

Les dernières recommandations européennes concernant la prise en charge du patient insuffisant cardiaque ont été présentées et publiées en Mai 2016¹. Ce document est d'une grande richesse. Comme on s'y attendait, un nouveau point a été fait à propos des traitements médicamenteux, électriques, mécaniques... et ces aspects ont déjà été largement discutés et expliqués.

Les nouveautés concernant le parcours de soins du patient insuffisant cardiaque ont été moins commentées. Il faut cependant les détailler : il a été bien démontré qu'une prise en charge pluridisciplinaire réduit très largement (d'environ 25 %) la mortalité d'une part et les récidives d'hospitalisations d'autre part^{1,2}.

ORGANISATION DU RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

Il est établi qu'un relais très précoce hôpital/ville, idéalement dans la semaine qui suit la sortie, permet une nette réduction du risque de ré-hospitalisation précoce³. En France, ceci sera sans

En bref

- L'organisation des soins et la coordination entre professionnels est fondamentale.
- En particulier dans l'insuffisance cardiaque qui est une maladie chronique, la bonne médecine comporte impérativement un volet médico-social et éducatif.
- La réadaptation cardiaque jouit d'une recommandation de grade IA : la plus élevée possible.

doute formalisé à moyen terme grâce au PRADO (Programme d'Aide au Retour à Domicile) mis en place par l'assurance maladie : des conseillers spécialisés vont, à la demande du cardiologue hospitalier, se rendre au lit du patient hospitalisé et l'aider à organiser sa sortie, en vérifiant en particulier que des rendez-vous avec le médecin généraliste et le cardiologue de ville ont bien été pris. Il devrait aussi y avoir pendant cette période un pourcentage plus élevé de patients adressés directement en centre de réadaptation cardiaque (moins de 10 % aujourd'hui), puisque cette option permet une amélioration du pronostic fonctionnel et vital (Recommandation de grade IA¹).

PARCOURS DE SOINS EN DEHORS DES SUITES D'HOSPITALISATION

En ce qui concerne le personnel médi-

cal, pour la majorité des patients la prise en charge devrait continuer à s'articuler autour de 2 praticiens : le médecin généraliste (éducation thérapeutique, surveillance clinique et biologique, titration des médicaments) et le cardiologue généraliste (premier diagnostic positif et étiologique, bilan initial, instauration et titration des médicaments, surveillance clinique, biologique, échographique et électrique, éducation thérapeutique, décision de resynchronisation ou d'implantation d'un défibrillateur...).

Ce couple pourra /devra se faire aider d'autres praticiens (rythmologue, cardiologue réadaptateur, médecin du travail, gériatre, médecin de soins palliatifs...).

Mais il faut insister sur la nécessité de mettre en place des unités comportant un cardiologue spécialisé en insuffisance cardiaque. Son activité pourrait associer des consultations simples pour

avis et un hôpital de jour multidisciplinaire pour bilan, titration, décisions difficiles... Il est en effet difficile de décider du bon moment de mise en place d'une assistance ventriculaire gauche ou de proposition de mise sur liste de greffe. Il n'est pas non plus évident de savoir chez qui rechercher une amylose, à qui proposer un bilan génétique... Ces cardiologues spécialisés en insuffisance cardiaque existent déjà, mais surtout dans les grands centres, et leur répartition sur le territoire est hétérogène. Les experts européens estiment les besoins à au moins 1 praticien/100 000 habitants³, soit 600 en France : 10 % des cardiologues Français ! Nous en sommes encore loin. Dans certains pays européens comme la Grande Bretagne, il existe déjà un diplôme/une accréditation pour cette sous-spécialité de la cardiologie.

Les experts européens suggèrent aussi une sous spécialité pour les infirmières (besoin là aussi estimé à 1/100 000 habitants) qui pourrait seconder le médecin généraliste et les cardiologues, mais pas seulement. Ce/cette professionnel(le) devrait jouir d'une certaine autonomie pour la surveillance (visites à domicile, contacts téléphoniques, organisation du télé-monitoring...), l'organisation de séances d'éducation thérapeutique, et, peut-être, pour l'adaptation/titration de certaines drogues. Il semble en effet logique de laisser une infirmière spécialisée moduler au moins les doses de diurétiques dans un premier temps, et peut-être d'autres molécules de manière plus difficile dans un deuxième temps. •

RÉFÉRENCES

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2016. May 20.
2. Mac Alister FA, Stewart S, Ferrua S, Mc Murray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission : a systematic review of randomized trials. *J. Am. Coll. Cardiol*. 2004;44(4):810-9.
3. McDonagh TA, Blue L, Clark AL et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *Eur J Heart Fail* 2011;13:235-41.
4. Guide du parcours de soins. Insuffisance cardiaque HAS 2014

Correspondance

Dr Philippe MEURIN
 Centre de rééducation cardiaque de la Brie
 Les Grands Prés
 27 rue St Christine
 77174 VILLENEUVE ST DENIS

FIGURE 1. Traitement et suivi de l'IC (d'après 4).

