



Optimisation du parcours de soins
du patient **insuffisant cardiaque**

NOTE
DE POSITION

VERSION
COURTE





SOMMAIRE

Édito du Professeur Thibaud Damy	5
Introduction et méthodologie	6
Le comité d'experts pluridisciplinaires sur le plan national	7
Les coordonnateurs régionaux	7
L'ensemble des acteurs mobilisés au sein des territoires	8
État des lieux	11
Les pistes d'améliorations	12
⊙ Orientation 1 : systématiser le dépistage précoce de l'insuffisance cardiaque et de ses comorbidités	13
⊙ Orientation 2 : optimiser les parcours autour de filières territoriales	14
⊙ Orientation 3 : mieux partager l'information pour limiter les pertes de chances d'accès aux soins	15
⊙ Orientation 4 : faire du financement au parcours un succès pour les patients et les soignants	17
Effets attendus	18
Références	19



ÉDITO

Professeur Thibaud Damy

Professeur des universités-praticien hospitalier
Cardiologue au CHU Henri-Mondor de Créteil
Président du projet institutionnel Optim'IC

L'insuffisance cardiaque est une pathologie chronique dont la prévalence et la mortalité demeurent souvent méconnues, alors qu'elle concerne directement ou indirectement plus de 3 millions de Français, qu'ils soient patients ou proches aidants.

Parmi eux, **les plus de 60 ans sont particulièrement concernés**, ce qui, dans la transition démographique en cours, conduit à une demande croissante de soins. Si nous voulons y répondre avec efficacité et réalisme économique, nous sommes appelés à faire évoluer et optimiser notre modèle actuel de prise en charge le plus rapidement possible pour faire face et maintenir une qualité de prise en charge sur tout le territoire.

Le travail de réflexion et d'échange, engagé au titre du programme Optim'IC, constitue donc une étape décisive pour préparer l'avenir.

Il a été mené avec l'ensemble des parties prenantes intervenant dans la prise en charge des personnes insuffisantes cardiaques – **professionnels et acteurs de santé, sociétés savantes, associations de patients**. Il s'inspire de la connaissance et des expériences menées sur le plan des territoires, maillons de proximité irremplaçables, **pour aboutir à la formulation d'orientations claires, portées par un ensemble d'actions concrètes.**

Les bénéfices à venir de ce programme sont multiples. Ils visent principalement à l'amélioration de la qualité des soins, et de la survie des patients, qui passent aussi par le renforcement de la mobilisation des professionnels de santé et favorisent l'optimisation des coûts des soins.

Pour y parvenir, il est nécessaire que chacun **puisse prendre conscience de l'importance de l'insuffisance cardiaque dans notre pays** et s'interroge sur ce qu'il peut concrètement faire pour accompagner et soutenir la mise en place de ces propositions.

Avec l'ensemble des participants du programme Optim'IC, nous espérons que la démarche engagée trouvera dans les mois qui viennent l'attention et l'écho qu'elle mérite, de façon à lui donner une résonance en phase avec les besoins actuels et futurs de notre système de santé, et plus largement de toute la société.



Le programme Optim'IC a pour ambition de faire émerger des orientations et des axes de progrès permettant d'identifier les mesures et les conditions nécessaires à l'amélioration du parcours de soins des patients insuffisants cardiaques. Il est né d'un constat partagé quant à la nécessité de faire évoluer la prise en charge actuelle pour répondre aux enjeux de santé actuels et futurs.

Optim'IC est une démarche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, placée sous l'égide d'un comité national et de comités régionaux rassemblant les principales sociétés savantes et associations de patients impliquées dans l'insuffisance cardiaque (IC) : la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), le Collège National de Biochimie – Biologie Moléculaire Médicale (CNBBMM), le Collège de la Pharmacie d'Officine et de la Pharmacie Hospitalière (CPOPH), le Syndicat National des Cardiologues (SNC), le Collège National des Cardiologues Français (CNCF), la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), ainsi que les associations de patients Alliance du Cœur, France Rein, l'association pour le Soutien à l'Insuffisance Cardiaque (SIC), l'Association Vie Et Cœur (AVEC) et l'Association pour les Patients Insuffisants Cardiaques (ASPIC).

Ce programme rassemble également de nombreux autres acteurs privés dont l'engagement témoigne de l'importance du sujet. La mobilisation de plus de 100 professionnels et acteurs de santé sur le plan national et dans les territoires a permis de construire des propositions d'actions concrètes, rassemblées dans la présente note de position.

Celles-ci constituent une feuille de route à court et moyen terme. Les prochains mois permettront de les mettre en œuvre avec l'ensemble des acteurs concernés.

MÉTHODOLOGIE

Les réflexions ont été menées sur le plan national, dans le cadre d'un comité d'experts pluridisciplinaire, nourries et enrichies sur le plan territorial à travers les travaux de six comités régionaux. Chacun de ces comités s'est réuni deux fois entre le 1^{er} octobre 2020 et le 20 avril 2021.

À des fins d'ouverture et de transversalité, ces comités pluridisciplinaires et pluriprofessionnels regroupaient les différentes parties prenantes de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques : cardiologues hospitaliers et libéraux, médecins généralistes, gériatres, pharmaciens, infirmiers, biologistes, représentants de fédérations hospitalières et institutionnels territoriaux, économistes, représentants associatifs...

3 axes de travail ont été investigués pour :

- ① créer de l'intérêt autour de l'insuffisance cardiaque et de ses comorbidités, en vue de produire et de favoriser la coopération entre les acteurs, autour d'un langage et d'outils partagés ;
- ② favoriser l'universalité de la prise en charge autour d'un ou plusieurs modèles communs, adaptés aux territoires et exploitant pleinement les expérimentations actuelles ;
- ③ assurer la soutenabilité de la prise en charge, dans un contexte démographique tendu, et inscrire le parcours de l'insuffisance cardiaque comme élément structurant du système de santé.

LE COMITÉ D'EXPERTS PLURIDISCIPLINAIRES SUR LE PLAN NATIONAL LES 1^{ER} OCTOBRE 2020 ET 11 FÉVRIER 2021 :

Pr Thibaud DAMY : Professeur des universités, praticien hospitalier, cardiologue au centre hospitalier universitaire (CHU) Henri-Mondor de Créteil-Président du projet institutionnel Optim'IC

Dr Florence BEAUVAIS : Cardiologie et maladies vasculaires, AP-HP HU hôpital Lariboisière, Paris

Dr Isabelle BORGET : Économiste de la santé, pharmacienne, Paris

Pr Michel GALINIER : Responsable de l'unité d'insuffisance cardiaque du CHU de Toulouse - Cardiologie et maladies vasculaires

Pr Nicolas GIRERD : Cardiologie, Centre d'Investigations Cliniques (CIC), CHRU Nancy

M. Franck LAUREYNS : Directeur de la stratégie, des affaires médicales et de la communication du Centre Hospitalier de Douai

M. Antoine MALONE : Responsable, Pôle Prospective-Europe-International, à la Fédération Hospitalière de France (FHF)

Dr Frédéric MOUQUET : Cardiologue libéral SNC, Lille

Dr Xavier POURRAT : Pharmacien, praticien hospitalier - CHRU de Tours

Pr Hervé PUY : Docteur en médecine et ès sciences (MD-PhD) - Biochimie et Biologie Moléculaire Université de Paris - Directeur médical Département Médical Universitaire (DMU) BioGeM - APHP Nord

Dr Roger RUA : Médecin libéral, spécialisé en médecine du sport, Rueil-Malmaison

Dr Pierre SABOURET : Cardiologie et maladies vasculaires à l'hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

M. Philippe THÉBAULT : Président Alliance du Cœur, Paris

Mme Véronique THORÉ : Infirmière diplômée d'État - Directrice Institut de Formation

d'Aides-Soignants (IFAS) CHRU Nancy et coordinatrice pédagogique IFSI CHRU Nancy Brabois

Pr Jean-Noël TROCHU : Cardiologie et maladies vasculaires, CHU de Nantes

Mme Cécile VANDEVIVÈRE : Directrice de la communication et des relations extérieures de France Rein, Paris

M. Jean LÉONARD : Président de l'Association pour les Patients Insuffisants Cardiaques (ASPIC)

M. Steven MACARI : Président de l'Association Vie Et Cœur (AVEC)

M. Philippe MULLER : Président de l'association pour le Soutien à l'Insuffisance Cardiaque (SIC)

Mme Valérie MULLER : Vice-Présidente de l'association pour le Soutien à l'Insuffisance Cardiaque (SIC)

LES COORDONNATEURS RÉGIONAUX DES COMITÉS DE TRAVAIL :

Pr Marie-France SERONDE : Cardiologue hospitalier, CHU Besançon - Présidente du projet institutionnel Optim'IC région Franche-Comté

Pr Michel GALINIER : Cardiologie et maladies vasculaires - Responsable de l'unité d'insuffisance cardiaque du CHU de Toulouse - Président du projet institutionnel Optim'IC de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées

Pr Jean-Noël TROCHU : Cardiologie et maladies vasculaires, CHU de Nantes - Président du projet institutionnel Optim'IC de la région Loire-Atlantique

Pr Franck PAGANELLI : Cardiologue hospitalier, Hôpital Nord APHM, Marseille - Président du projet institutionnel Optim'IC de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Dr Patrick KHANOYAN : Cardiologue hospitalier Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), Fondation Hôpital Saint-Joseph Marseille -

Président du projet institutionnel Optim'IC région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Dr Frédéric MOUQUET : Cardiologue libéral SNC - Président du projet institutionnel Optim'IC de Lille

Dr Pascal DE GROOTE : Cardiologue hospitalier - Président du projet institutionnel Optim'IC de Lille
Dr Nataliya HRYNCHYSHYN : Cardiologue, CHU Bicêtre - Présidente du projet institutionnel Optim'IC de la région Île-de-France
Pr Patrick JOURDAIN : Cardiologue, CHU Bicêtre - Président du projet institutionnel Optim'IC de la région Île-de-France

L'ENSEMBLE DES ACTEURS MOBILISÉS AU SEIN DES TERRITOIRES

⦿ Membres du comité régional Optim'IC de Franche-Comté : 19/11/2020 et 08/04/2021

Dr Julie BERTHOU-CONTRERAS : Pharmacienne Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT), CHU de Besançon
Dr Lisbeth CART : Cardiologue hospitalier au CHU Besançon et Groupe Hospitalier de la Haute-Saône
Dr Rémy CONTRERAS : Pharmacien, hôpital Nord Franche-Comté
Mme Perrine CROIZIER : Chargée de mission Responsabilité populationnelle FHF
Pr Jean-Paul FEUGEAS : Biologiste, CHU de Besançon
Dr Séverine KOEBERLÉ : Gériatre, CHU de Besançon
Mme Florence LACROIX : Infirmière diplômée d'État, CHU Besançon
Dr Loïc MARCELIS : Cardiologue hospitalier, centre hospitalier de Dole
Dr Thierry MOUHAT : Cardiologue mixte Montbéliard et hôpital Nord Franche-Comté
Dr Gabriel NAPPORN : Cardiologue, centre hospitalier de Dole, Réseau Dolois d'éducation des Insuffisants Cardiaques et polyclinique du Parc de Dole
M. Bernard PERRIGUEY : Alliance du Cœur, Franche-Comté
Mme Myriam PILLOT : Infirmière diplômée d'État, CHU Besançon
Dr Jean-François ROCH : Directeur Médical et e-santé Dispositif d'appui à la coordination de Franche Comté (DAC)
Dr Philippe SELLES : Département d'Information Médicale (DIM), Hôpital Nord Franche Comté
M. Philippe THÉBAULT : Président Alliance du Cœur

⦿ Membres du comité régional Optim'IC de Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées : 12/11/2020 et 07/04/2021

Pr Michel GALINIER : Responsable de l'unité d'insuffisance cardiaque du CHU de Toulouse - Cardiologie et maladies vasculaires - Président du projet institutionnel Optim'IC de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées
Pr Jérôme AUSSEIL : Biologiste, CHRU de Toulouse
Mme Sandrine AYOT-MAZON : Infirmière diplômée d'État Centre de Prise en charge de l'Insuffisance Cardiaque (CEPIC) et télésurveillance IC, CHRU de Toulouse
Dr Bérangère BACHELET : Pharmacienne, CHU de Toulouse
Mme Ghislaine GALTIER : Infirmière diplômée d'État CEPIC et télésurveillance IC, CHRU de Toulouse
Dr François LABASTE : PH Anesthésiste - réanimateur, Unité d'anesthésie en chirurgie cardio-vasculaire, CHU Rangueil, Toulouse
Dr Marc LABRUNÉE : Médecin rééducateur à la polyclinique de Tarbes
M. Jean LEONARD : Président de l'Association pour les Patients Insuffisant Cardiaque (ASPIC)
M. Philippe THÉBAULT : Président Alliance du Cœur
Dr Olivier TOULZA : Gériatre au CHRU de Toulouse
Dr Marc VILLACEQUE : Cardiologue libéral à Nîmes - Président du Syndicat National des Cardiologues

⦿ Membres du comité régional Optim'IC de la Loire-Atlantique : 05/11/2020 et 01/04/2021

Pr Jean-Noël TROCHU : Cardiologie et maladies vasculaires, CHU de Nantes - Président du projet institutionnel Optim'IC de la région Loire-Atlantique
Dr Jean-Yves BAZIN : Médecin généraliste libéral, Couffé
Dr Isabelle BORGET : Économiste de la Santé, pharmacien, Paris
Dr Hélène CAILLON : Biologiste, CHU de Nantes
Dr Pascal CHEVALET : Gériatre, CHU de Nantes
Dr Erwan CORBINEAU : Pharmacien, CHU de Nantes
Dr Anne FOURQUIER : Médecin Hospitalisation à Domicile (HAD), Nantes & Région - Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)
Dr Thierry GARBAN : Cardiologue mixte et représentant régional du Syndicat National des Cardiologues
Dr Anne-Laure LAPRERIE : Médecin réseau, CHU de Nantes
Pr Damien MASSON : Biologiste, CHU de Nantes
Dr Jean-Claude MAUPETIT : Pharmacien au CHU de Nantes, OMEDIT
Dr Bruno PAVY : Cardiologue Soins de Suite et Réadaptation (SSR), CH Loire Vendée Océan, site de Machecoul
Mme Julie REDUREAU : Infirmière de Pratique Avancée (IPA), cardiologie au CHU de Nantes
M. Philippe THÉBAULT : Président Alliance du Cœur

⦿ Membres du comité régional Optim'IC de Provence-Alpes-Côte d'Azur : 09/12/2020 et 20/04/2021

Pr Franck PAGANELLI : Cardiologue hospitalier, hôpital Nord APHM, Marseille - Président du projet institutionnel Optim'IC de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur
Dr Patrick KHANOYAN : Cardiologue hospitalier (ESPIC), Fondation Hôpital Saint-Joseph Marseille - Président du projet institutionnel Optim'IC région Provence-Alpes-Côte d'Azur
Dr François BÉRENGIER : Médecin généraliste, Marseille
Dr Isabelle BORGET : Économiste de la Santé, pharmacienne, Paris
Mme Jocelyne CANDEL : Infirmière coordinatrice, Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer
Dr Michaël GHEZ : DIM, Fondation Hôpital Saint-Joseph, Marseille
Pr Régis GUIEU : Biochimiste, hôpital de la Timone APHM, Marseille
Mme Patricia GUIGUES : Cadre de santé de l'HAD, Fondation Hôpital Saint-Joseph, Marseille
Mme Estelle HERDT : Cadre supérieur de santé SSR Forcalquier
Pr Stéphane HONORÉ : Pharmacien hospitalier, hôpital de la Timone APHM, Marseille
Dr Carole LABAT : Pharmacienne des hôpitaux OMEDIT PACA-Corse - Agence Régionale de Santé (ARS) de PACA
Mme Mathilde LE CAIGNEC : Infirmière coordination, CHI Toulon - La Seyne-sur-Mer
Dr Odile REYNAUD-LÉVY : Gériatre, hôpital Sainte-Marguerite APHM, Marseille
Dr Nicolas SAVON : Cardiologue libéral, Marseille
Dr Lamia TARTIÈRE : Cardiologue SSR, hôpital Léon Berard, Hyères
Dr Jean-Michel TARTIÈRE : Cardiologue hospitalier, CHI Toulon - La Seyne-sur-Mer
Dr Didier THÉRY : Médecin généraliste, Marseille
Dr Didier ZANINI : Médecin responsable HAD, hôpital de la Conception APHM, Marseille

🕒 **Membres du comité régional Optim'IC d'Île-de-France :**
03/12/2020 et 06/04/2021

Dr Nataliya HRYNCHYSHYN : Cardiologue, CHU Bicêtre - Présidente du projet institutionnel Optim'IC de la région Île-de-France
Pr Patrick JOURDAIN : Cardiologue, CHU Bicêtre - Président du projet institutionnel Optim'IC de la région Île-de-France
Dr Sophie BATAILLE : Référente cardiologie et BPCO, ARS d'Île-de-France
Dr Dominique BONNET-ZAMPONI : Gériatre, OMEDIT Île-de-France et chercheuse à l'Institut Pierre-Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP)
Dr Albane DEGRASSAT-THÉAS : Économiste de la santé, pharmacien
Dr Yasmine HASSANI : Pharmacienne, OMEDIT Île-de-France
Dr Flora KETZ : Gériatre, hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine
Dr Thierry LAPERCHE : Cardiologue, Centre Cardiologique du Nord
Dr Taina LOUISSAINT : Médecin HAD, APHP
Dr Dany Michel MARCADET : Cardiologue, SLL Cœur et Santé
Pr Katell PEOCH : Biologiste et biochimiste, hôpitaux Bichat et Beaujon, Paris
Dr Clémence ROIG : Cardiologue, Institut Mutualiste Montsouris, Paris
Dr Gérard ROUSSEY : Médecin généraliste, Paris
Dr Chloé TESMOINGT : Pharmacien, hôpital Bichat, Paris
M. Philippe THÉBAULT : Président Alliance du Cœur

🕒 **Membres du comité régional Optim'IC des Hauts-de-France :**
10/12/2020 et 08/04/2021

Dr Frédéric MOUQUET : Cardiologue libéral SNC - Président du projet institutionnel Optim'IC de Lille
Dr Pascal DE GROOTE : Cardiologue hospitalier - Président du projet institutionnel Optim'IC de Lille
Dr Sara BALAGNY : Médecin responsable de l'HAD au CHU de Lille
Dr Valentin CARLIER : Interne en cinquième semestre de gériatrie
Dr Cynthia CHOQUET : Pharmacienne, OMEDIT Hauts-de-France
Dr Damien CMIELEWSKI : Médecin-conseil de l'Assurance Maladie de Lille-Douai, référent Programme de Retour au Domicile (PRADO) Insuffisance Cardiaque
Dr Guillaume DE GEETER : Cardiologue libéral à Valenciennes et à la clinique Vauban
Dr Maximilien DE BROUCKER : Pharmacien, Groupe Hospitalier Seclin Carvin, Seclin
Dr Mathieu DE GRAAF : Pharmacien, OMEDIT Hauts-de-France
Dr Roméo DSCHANOU : Gériatre, centre hospitalier d'Arras, médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)
Dr Adrien GHENASSIA : Médecin de santé publique, DIM Groupe Ramsay, Lille
Mme Marie-Paule MASSERON : Représentante de l'association Alliance du Cœur, Association Nationale des Cardiaques Congénitaux
Pr Bernard SABLONNIÈRE : Professeur de biochimie à la Faculté de médecine, biologiste au CHU de Lille
Dr Amandine SECQ : Cardiologue en Centre de Réadaptation Cardiaque, clinique de la Mitterie
Dr Didier THEIS : Médecin de santé publique, DIM du CHU de Lille et responsable du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Lille Métropole Flandre intérieure - Président de la Société Francophone d'Information médicale
Dr Vincent VAN BOCKSTAEL : Médecin à la direction de la stratégie, ARS Hauts-de-France

1

ÉTAT DES LIEUX : L'INSUFFISANCE CARDIAQUE, UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE GRAVE, FRÉQUENTE ET UN VÉRITABLE ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

L'insuffisance cardiaque peut être définie comme l'incapacité de la pompe cardiaque à assurer un débit circulatoire adapté aux besoins métaboliques de l'organisme, entraînant progressivement une diminution des capacités fonctionnelles. Son évolution n'est pas linéaire et se caractérise souvent par l'alternance de phases de stabilité en plateau et de pics de décompensation qui rendent complexe sa prise en charge.

PRÉVALENCE ET ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

L'insuffisance cardiaque concerne 1,5 million de patients en France¹, avec 120 000 nouveaux cas dépistés chaque année² et est responsable de près de 70 000 décès par an^{1,3}. Cette pathologie est responsable de 165 000 hospitalisations annuelles avec hébergement, avec⁴ :

- 🕒 45 % de réhospitalisations dans l'année qui suit le diagnostic ou la décompensation ;
- 🕒 25 % trois mois après hospitalisation pour décompensation aiguë d'insuffisance cardiaque ;
- 🕒 29 % de décès dans l'année.

Les plus de 60 ans sont les plus concernés : l'insuffisance cardiaque est la 1^{re} cause d'hospitalisation avec hébergement au sein de cette population⁵, par ailleurs appelée à augmenter très fortement d'ici 2040⁶. L'insuffisance cardiaque représente 2,8 milliards d'euros de dépenses annuelles (soit 1,37 % du total des dépenses de santé)⁷, dont la moitié imputable aux épisodes aigus, avec une progression de 4,6 % par an essentiellement liée aux hospitalisations (7 880 euros/an et par patient avec épisode aigu, et 2 200 euros sans épisode aigu). L'hospitalisation est le premier poste de dépenses⁵, l'insuffisance cardiaque représentant par ailleurs la moitié des séjours d'hospitalisation (avec hébergement) potentiellement évitables (HPE)⁸.

POINTS CLÉS À RETENIR DES ÉCHANGES MENÉS DANS LE CADRE DU PROGRAMME OPTIM'IC

Faute d'être intégrée dans un parcours clairement délimité, l'insuffisance cardiaque pâtit trop souvent d'un déficit d'anticipation et de ruptures dans les soins, ce qui engendre des pertes de chances en termes de prise en charge, des réhospitalisations qui pourraient être évitées, un impact négatif sur la qualité de vie et des coûts élevés. Actuellement, sa prise en charge se heurte à :

- 🕒 **un diagnostic souvent tardif** : l'insuffisance cardiaque n'est généralement diagnostiquée que lors de la survenue d'une décompensation, sans que les signes avant-coureurs aient pu être décelés et correctement pris en compte ;
- 🕒 **une approche principalement hospitalière conventionnelle** : la décompensation conduit à une hospitalisation en urgence, qui mobilise d'importantes ressources expertes avec un déficit d'accès aux antécédents cliniques du patient et aux informations pertinentes ;
- 🕒 **une optimisation nécessaire de la prise en charge collaborative** : en amont comme en sortie d'hôpital, le suivi est rarement mis en place et la coordination ville-hôpital reste à améliorer ;
- 🕒 **une connaissance encore insuffisante de sa maladie par le patient** : il y a nécessité à accompagner le patient dans l'appropriation de sa pathologie de sorte qu'il en devienne acteur.

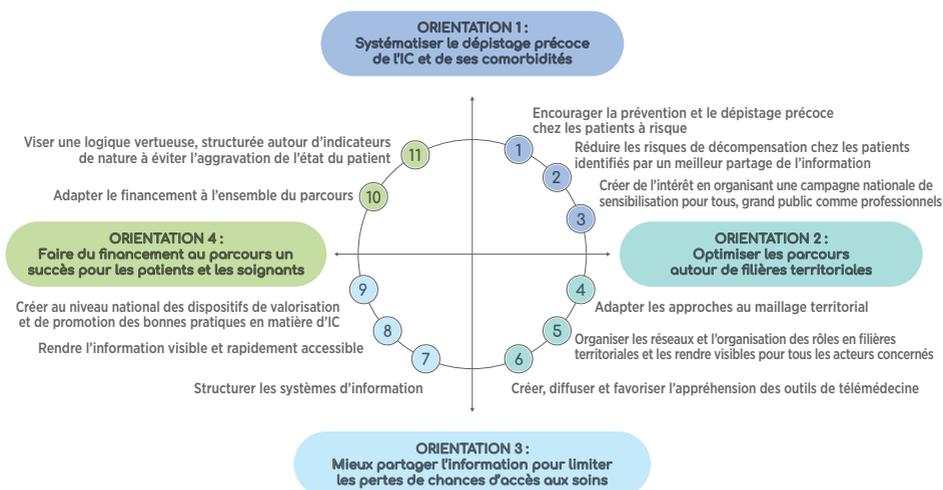
LES PISTES D'AMÉLIORATIONS IDENTIFIÉES : QUATRE ORIENTATIONS ET ONZE PROPOSITIONS À COURT ET MOYEN TERME

En effet, l'inscription de l'insuffisance cardiaque dans un parcours de soins spécifique, à l'image de ce qui existe pour le cancer par exemple, constituerait l'élément central de l'optimisation de la prise en charge et faciliterait une meilleure articulation entre tous les maillons de la chaîne.

Les actions s'articulent autour de quatre orientations :

- ① **systematiser le dépistage précoce** de l'insuffisance cardiaque et de ses comorbidités ;
- ② **optimiser les parcours** autour de filières territoriales ;
- ③ **mieux partager l'information** pour limiter les pertes de chances d'accès aux soins ;
- ④ **faire du financement au parcours un succès** pour les patients et les soignants.

Un éventail de mesures complémentaires est proposé pour chacune des orientations. La combinaison des différentes mesures est de nature à permettre la mise en place d'un mode d'organisation plus soutenable, susceptible d'améliorer significativement les conditions de prise en charge.



Certaines de ces mesures sont du ressort d'une politique nationale de santé publique (ex : campagne de dépistage), d'autres relèvent de la mise en place d'un schéma régional (ex : maillage territorial, actions de formation...).

ORIENTATION 1 : SYSTÉMATISER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE ET DE SES COMORBIDITÉS

Action ① : Encourager la prévention et le dépistage précoce chez les patients à risque

La prévention et le dépistage précoce chez le patient à risque sont apparus comme des éléments clés du dispositif. Pour permettre leur systématisation, plusieurs actions prioritaires sont proposées.

⑤ Mieux repérer et suivre les patients à risque :

- en surveillant spécifiquement certaines populations potentiellement plus exposées à l'insuffisance cardiaque (patients en affection de longue durée (ALD), résidents d'Ehpad, patients à risque cardiovasculaire (hypertension artérielle, infarctus, diabète, cardiopathie congénitale...)) ;
- en mobilisant les données disponibles, notamment celles de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ce qui suppose de lever certains freins administratifs ou juridiques pour permettre l'accès aux données ;

⑥ adapter/ajuster les normes et les seuils biologiques afin de permettre aux analyses de mieux jouer leur rôle d'alerte, voire étendre le champ des marqueurs concernés ;

⑦ dépister systématiquement l'ensemble des comorbidités de l'insuffisance cardiaque qui aggravent les symptômes, allongent les hospitalisations et impactent la qualité de vie des patients. Par exemple, la carence martiale est l'une des plus fréquentes comorbidités de l'insuffisance cardiaque et une récente cible thérapeutique à considérer selon les recommandations de la Société Européenne de Cardiologie (ESC) ;

⑧ profiter des potentiels offerts par l'intelligence artificielle pour, à partir de plateformes locales de centralisation des données et d'algorithmes spécifiques, déclencher des alertes et développer une médecine plus prédictive à grande échelle.

Action ② : Réduire le risque de décompensation chez les patients identifiés par un meilleur partage de l'information

En complément du dépistage systématique, il apparaît essentiel d'améliorer la prévention des décompensations. Celle-ci pourrait reposer notamment sur :

⑨ la création d'un livret individuel de l'insuffisant cardiaque, regroupant l'ensemble des informations nécessaires (à la fois recueil d'informations, aide-mémoire et passeport), sous différents formats (digital/ papier) et pouvant être partagé avec les proches, s'inspirant notamment des modèles existants* ;

⑩ l'installation chez les patients à risque d'objets connectés simples (ex : balance) pour transmettre en continu les données et déclencher les alertes, intégrés dans un cadre plus vaste de télésurveillance ;

⑪ une procédure de sortie d'hospitalisation prévoyant des éléments clés comme le diagnostic de l'insuffisance cardiaque, une feuille de route de sortie (courrier de sortie, agenda, objectifs de prise en charge...), l'accompagnement thérapeutique du patient, etc.

Action ③ : Créer de l'intérêt en développant une campagne nationale de sensibilisation pour tous, grand public comme professionnels

Afin d'accroître la prise de conscience et susciter une plus forte mobilisation autour du dépistage et de la prévention des décompensations, il apparaîtrait pertinent de :

* Modèles existants : Livret du patient développé à Besançon, extension du livret PRADO en cours à Lille.

- ④ **inscrire l'insuffisance cardiaque, en tant que maladie chronique**, dans le cadre d'une politique explicite de santé publique, en soulignant notamment le parcours de vie qu'elle implique (y compris dans la gestion de la fin de vie) ;
- ④ **organiser des campagnes nationales et locales de sensibilisation** différenciées (grand public, professionnels) favorisant une appropriation par tous, en profitant notamment de temps forts tels que la Journée du cœur ou la Semaine de la sécurité des patients ;
- ④ **faciliter l'accès à l'information et à la formation** (*Massive Open Online Course* - MOOC, ateliers locaux, etc.) pour soutenir la mobilisation des professionnels.

ORIENTATION 2 : OPTIMISER LES PARCOURS AUTOUR DE FILIÈRES TERRITORIALES

Action ① : Adapter les approches au maillage des territoires

L'impulsion et le cadre de prise en charge de l'insuffisance cardiaque semblent relever d'une démarche nationale qui passe par la définition d'un **schéma directeur national** avec une hiérarchisation selon le niveau de gravité. Pour autant, les consultations et échanges ont fait ressortir l'importance d'adapter la trame de ce schéma aux **spécificités de chaque bassin/territoire de santé**, pour s'ajuster au mieux aux besoins des patients et des ressources disponibles.

Dans un premier temps :

- ④ les Agences Régionales de Santé (ARS), avec l'appui des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**, pourraient être incitées à réaliser un diagnostic territorial des situations d'insuffisance cardiaque et un état des lieux des ressources disponibles ;
- ④ l'identification et la désignation de référents IC régionaux (ou de structures référentes) seraient également de nature à optimiser le suivi du parcours des patients.

Action ② : Organiser les parcours de soins et les rôles en filières territoriales et les rendre visibles pour tous les acteurs concernés

Pour aller au-delà de l'organisation actuelle, basée le plus souvent sur des liens informels, des dispositifs locaux pourraient reposer sur :

- ④ **des schémas régionaux de parcours**, établissant des réseaux adaptés aux spécificités territoriales et visant à optimiser les liens ville - hôpital/clinique/HAD avec notamment la désignation d'un interlocuteur privilégié ;
- ④ **un modèle de coordination type**, articulé autour des rôles du **cardiologue de ville, du médecin généraliste et, dans certains cas, du gériatre ou gérontologue, du pharmacien d'officine et de l'infirmier et de l'HAD**. Par principe, les patients insuffisants cardiaques (dépistés précocement ou ayant déjà fait une décompensation) seraient prioritairement pris en charge par les praticiens de ville, afin de réserver les ressources hospitalières avec hébergement pour les cas les plus complexes, l'HAD étant appelée à intervenir en évitement des hospitalisations avec hébergement et notamment dans toutes les situations qui conduisent à des réhospitalisations fréquentes. Il est à noter que le gériatre peut intervenir à différents moments de la prise en charge du patient insuffisant cardiaque : en Ehpad, en médecine générale, avec le médecin coordonnateur d'Ehpad en HAD, avec le gériatre hospitalier, au sein des hôpitaux de jour de gériatrie. Depuis quelques années, des unités de cardio-gériatrie se développent afin d'offrir une réponse globale à une population vieillissante en augmentation, particulièrement touchée par l'insuffisance cardiaque.

Ce modèle de coordination type s'appuierait sur l'écosystème local impliquant les CPTS**, le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)***, ainsi que les professions paramédicales (diététiciens, kinésithérapeutes...) et les HAD. Son action pourrait être complétée et soutenue par :

- ④ **la création de cellules de coordination expertes** au sein desquelles les infirmiers et, le cas échéant les IPA, bénéficieraient d'une autonomie d'action étendue – avec, le cas échéant, un rôle accru en Ehpad ;
- ④ **la création d'espaces collaboratifs**, type hôpital de jour ou Clinique de l'Insuffisance Cardiaque, pour délivrer aux patients une gamme étendue de soins ainsi que des conseils en matière d'accompagnement thérapeutique.

Le réseau pourrait conduire à la mise en place d'une **charte territoriale** de prise en charge, de nature à favoriser l'engagement de tous les acteurs.

Action ③ : Créer, diffuser et favoriser l'appropriation des outils d'e-santé

Le développement de la **télesurveillance et de la télémedecine** est très adapté à cette pathologie et à l'optimisation des parcours et des traitements. Elles peuvent concourir à une meilleure coordination entre les acteurs de 1^{er}-2^e recours et de 2^e-3^e recours, avec la possibilité, dans le cas de la télésurveillance, de réaliser si besoin des consultations non programmées.

Le recours à ces technologies devrait contribuer à stimuler l'intérêt et à fédérer la communauté autour de l'insuffisance cardiaque. Au-delà, cela favoriserait la collecte et la génération de données pertinentes (type PROMs, Patient-reported outcomes measures), leur utilisation (intelligence artificielle), en lien avec les tests biologiques et avec une cohérence renforcée au plan national.

ORIENTATION 3 : MIEUX PARTAGER L'INFORMATION POUR LIMITER LES PERTES DE CHANCES D'ACCÈS AUX SOINS

À l'heure actuelle, les informations demeurent hétérogènes et ne sont pas suffisamment visibles. Il en résulte que chaque professionnel n'a qu'une vision partielle de la situation du patient, ce qui peut faire obstacle à son inscription réelle dans un parcours de soins suivi.

Action ① : Structurer les systèmes d'information

L'optimisation de la prise en charge du patient insuffisant cardiaque dans son parcours passe par la possibilité, pour tout professionnel impliqué, de disposer en temps utile et aisément des informations pertinentes. À ce titre, plusieurs mesures peuvent être envisagées :

Sur le plan national :

- ④ **la création d'un circuit d'informations rapides** (Hot-line) sur l'insuffisance cardiaque et sur les bons réflexes, éventuellement sur le modèle de celui développé pour les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) ;
- ④ **la mise à jour d'une base nationale de données biologiques.**

** Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé répondant à des problématiques communes. À fin juin, on recensait en France 578 projets de CPTS (Objectif : 1000 d'ici 2022).

***Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) est une structure visant à fluidifier les parcours de santé complexes et organiser les prises en charge dans les territoires avec les professionnels habituels.

Sur le plan régional :

- ④ **la mutualisation des ressources d'information pour favoriser l'orientation des patients** vers un interlocuteur compétent : bases de données régionales (annuaire) des personnes/structures ressources (associations de patients, espaces collaboratifs...);
- ④ **le développement plus systématique de plateformes régionales de centralisation des données**, renseignées par les professionnels (ville et hôpital), les patients et avec le support d'objets connectés.

Action ② : Rendre l'information visible et rapidement accessible

L'amélioration des conditions du dialogue et de la communication entre les différents acteurs de la prise en charge est un élément clé dans le suivi des patients. À ce titre, il est préconisé :

- ④ **d'inventorier les systèmes et outils existants** de communication (Prédice, Globule...), de coordination (expériences eTICSS, en Bourgogne-Franche-Comté, Entr'Actes ou SPICO), et d'échange (TERR-eSANTÉ, en Île-de-France), utilisés par les professionnels d'un même territoire ;
- ④ **d'organiser leur interopérabilité**, de façon à éviter les ruptures de communication et favoriser la transmission de l'information.

Parallèlement, il apparaît important d'encourager l'inscription des informations dans le **Dossier Médical Partagé** (DMP), et éventuellement d'envisager d'autres modèles plus informels de transmission des informations de base, par messagerie sécurisée notamment (ex : notification d'admission ou de sortie d'hôpital).

Pour simplifier l'information, il faut aussi **simplifier les supports**. À ce titre notamment, l'outillage de la médecine de ville pourrait s'enrichir de check-lists pratiques (ex : prévention de la décompensation). De même les patients devraient pouvoir disposer d'outils gratuits faciles à utiliser : ressources en ligne, e-programmes d'accompagnement thérapeutique, consignes...

Action ③ : Créer au niveau national des dispositifs de valorisation et de promotion des bonnes pratiques en matière d'insuffisance cardiaque

L'amélioration des connaissances des bonnes pratiques, y compris celles développées par les associations de patients, et leur diffusion se verraient ainsi renforcées à travers des **dispositifs de type « Observatoire de l'IC », « Prix de l'IC » ou des temps forts régionaux dédiés**. Parallèlement, des outils structurants sur la base de l'expérience des professionnels (autour, par exemple, de la consultation d'annonces) pourraient être créés et diffusés.

L'ensemble de ces initiatives pourraient être rassemblées sur une plateforme de ressources facile d'accès.

ORIENTATION 4 : FAIRE DU FINANCEMENT AU PARCOURS UN SUCCÈS POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS

Dans le contexte présent, il apparaît important d'ajuster le dispositif de financement afin d'améliorer les capacités de prise en charge pour l'adapter à un nombre de patients, appelé à croître fortement. Cela implique de faire évoluer le système actuel qui tend à cloisonner les acteurs et les actes, tout en veillant à préserver la qualité de la prise en charge et la reconnaissance de l'ensemble des acteurs du parcours. Et cela, d'autant que l'insuffisance cardiaque procède d'une diversité de parcours qui peuvent varier en fonction de l'âge des patients, de leurs caractéristiques socio-économiques et du degré de sévérité de la maladie.

Action ① : Adapter le financement à l'ensemble du parcours

- ④ Cela doit passer par **la reconnaissance de l'insuffisance cardiaque comme maladie chronique** en s'inspirant des expérimentations en cours sur des profils comparables (par exemple, les expérimentations réalisées au titre de l'article 51 dans le domaine du diabète ou de l'insuffisance rénale chronique).
- ④ Cela passerait aussi par le fait de pouvoir **mixer des financements populationnels et des financements à l'acte/activité** afin de valoriser le suivi du patient tout au long du parcours. Le suivi du patient au cours du parcours pourrait être valorisé au moyen de forfaits annuels qui pourraient bénéficier tant aux spécialistes qu'aux généralistes.
- ④ En tout état de cause, le mode de financement retenu devra être en mesure de couvrir la prise en charge de l'ensemble des soins, y compris s'agissant des soins liés au vieillissement.

Action ② : Viser une logique de financement vertueuse, structurée autour d'indicateurs propres à éviter l'aggravation

Un parcours mieux compris – et rendu traçable par son mode de financement – serait de nature à générer un cercle vertueux pour tous : un patient mieux suivi, des ressources soignantes organisées et utilisées de manière plus efficiente et des finances publiques mieux allouées.

- ④ À ce titre notamment, **il est proposé d'enrichir la palette d'indicateurs propres au financement, portant notamment sur la qualité**. Pour ce faire, les échelles de qualité de vie de la Haute Autorité de Santé pourraient être utilisées ou, comme le proposent notamment les associations, des enquêtes de satisfaction pourraient être réalisées auprès des patients. Parallèlement, les futurs indicateurs du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficacité des Soins (CAQES) 2022 de l'Assurance Maladie (indicateur de prescriptions d'Inhibiteur Enzyme de Conversion (IEC) ; indicateur de réhospitalisations) sont autant de marqueurs de la qualité de prise en charge à accompagner.
- ④ Parallèlement, le financement pourra aussi prendre appui sur **les effets positifs du parcours, objectivés notamment par le nombre d'hospitalisations évitées**. Celles-ci constituent en effet une part importante des dépenses annuelles. Le suivi des demandes et prises en charge en HAD serait également un précieux indicateur.
- ④ Enfin, l'évolution du système pourrait **inclure des formes d'incitations financières pour les professionnels qui œuvrent à l'amélioration de la qualité**, avec, par exemple, l'inclusion de l'insuffisance cardiaque dans la formation des médecins généralistes au titre de la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Au-delà, ces formes d'incitation pourraient être étendues aussi à des institutions telles que les Ehpad, notamment afin d'éviter le recours trop systématique à l'hospitalisation conventionnelle source de rupture et de pertes de repères pour les personnes âgées.

La mise en œuvre de l'ensemble des propositions identifiées devrait concourir à :

➤ **L'amélioration de la qualité des soins et de la survie des patients en situation d'insuffisance cardiaque :**

- en réduisant le niveau de gravité ;
- en permettant une prise en charge plus réactive, mieux coordonnée, sans perte d'information ni rupture des soins ;
- en renforçant les compétences et l'organisation des professionnels de santé, notamment par une meilleure appropriation des bonnes pratiques ;
- en réduisant les inégalités territoriales ;
- en contribuant à une meilleure visibilité et reconnaissance de la pathologie, gages d'une meilleure prévention.

➤ **L'amélioration de la qualité de vie du patient :**

- en prévenant au maximum les décompensations et hospitalisations associées, en fluidifiant son parcours et en améliorant la qualité de l'ensemble des aspects de sa prise en charge ;
- en lui permettant de disposer de la meilleure prise en charge possible selon les particularités du territoire (dispositifs, ressources...) ;
- en réduisant les séjours dans des services d'hospitalisation avec hébergement (lorsque l'hospitalisation en HAD est possible), source de pertes des repères quotidiens dans la population âgée.

➤ **Le renforcement de la mobilisation des professionnels de santé :**

- en facilitant l'accès à des informations fiables et pertinentes ;
- en améliorant le dialogue et la concertation entre les différents acteurs ;
- en valorisant financièrement la contribution de chacun dans le parcours, sur la base de critères d'évaluation de la qualité ;
- en restituant la place de l'hospitalisation et la recherche de solutions substitutives.

➤ **L'optimisation du coût des soins :**

- en atténuant le nombre de patients en errance thérapeutique ;
- en réduisant les épisodes d'hospitalisation avec hébergement ainsi que les effets secondaires sur l'état physique et psychologique des populations les plus fragiles ;
- en minimisant la multiplication des actes et analyses médicales ;
- en assurant une utilisation mieux ajustée des ressources (compétences, disponibilités, etc.) notamment de l'hébergement hospitalier ;
- en améliorant les possibilités de faire face à la vague démographique de patients à venir.

À terme, le programme est à même de produire des bénéfices partagés par tous : les patients, les professionnels de santé et, plus largement, la collectivité.

- 1 : Cardio-online. Un tiers des patients sortant d'hospitalisation pour décompensation cardiaque n'ont pas conscience d'être insuffisants cardiaques. <https://www.cardio-online.fr/Actualites/Depeches/Un-patient-sur-trois-hospitalise-pour-decompensation-cardiaque-sort-sans-savoir-etre-insuffisant-cardiaque>. Mise à jour le mardi 11 septembre 2018. Consulté le 28 mai 2021.
- 2 : VIDAL. Insuffisance cardiaque. <https://www.vidal.fr/maladies/coeur-circulation-veines/insuffisance-cardiaque-chronique.html>. Mise à jour le jeudi 08 avril 2021. Consulté le 28 mai 2021.
- 3 : L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. DREES.
- 4 : Agence Régionale de Santé - IDF-2019-12-30-017 - ARRÊTÉ DIRNOV-2019/13 relatif au projet d'expérimentation PARCOURS DES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES SÉVÈRES.
- 5 : Galinier M. et *al.* NT-proBNP. L'ange gardien de l'insuffisant cardiaque ? *Cardiology pratique*. Cahier 2 - N° 1083 - 1er juin 2015.
- 6 : Estimations : 19 millions de français de plus de 65 ans (contre 12 aujourd'hui). Les tableaux de l'économie française, INSEE, 2018.
- 7 : Comptes de la santé, DREES, 2018.
- 8 : Cardio-online. La lutte contre les réhospitalisations, priorité pour améliorer la pertinence du parcours insuffisance cardiaque (Cnam) : <https://www.cardio-online.fr/Actualites/Depeches/lutte-contre-rehospitalisations-priorite-pour-ameliorer-pertinence-parcours-insuffisance-cardiaque>. Publié le vendredi 28 juin 2019. Consultée le 27 mai 2021.



Optim'IC

Optimisation du parcours de soins
du patient **insuffisant cardiaque**