

REVUES GÉNÉRALES

Insuffisance cardiaque

État des lieux et enjeux de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque en France

RÉSUMÉ : L'insuffisance cardiaque est une pathologie grave dont l'épidémiologie est importante à connaître. Les données de grands registres français émanant de l'Assurance Maladie et des registres de la société savante confirment que l'âge moyen des patients approche 80 ans, que la mortalité globale diminue mais que les réhospitalisations augmentent, aggravant le surcoût de la maladie. Les classes médicamenteuses demeurent assez mal prescrites en sortie d'hôpital, sauf en cas de prise en charge cardiologique spécialisée. Toutefois, dans tous les cas, les posologies restent largement sous-maximales. Il importe de développer la prise en charge multidisciplinaire.



→ Y. JUILLIÈRE¹, Ph. TUPPIN²,
A. GABET³, A. CUERQ²,
V. OLIÉ³, Ch. DE PERETTI³,
A. FAGOT-CAMPAGNA²

¹ Service de Cardiologie, Institut lorrain
du cœur et des vaisseaux,
CHU Nancy-Brabois,
VANDŒUVRE-LÈS-NANCY.

² Caisse nationale de l'assurance
maladie des travailleurs salariés
(CNAMTS), PARIS.

³ Institut de veille sanitaire,
SAINT-AURICE.

L'insuffisance cardiaque est un syndrome complexe, atteignant à la fois la systole et la diastole, le cœur droit et le cœur gauche, et se manifestant de manière aiguë ou chronique. Elle est induite par un très grand nombre d'étiologies et favorisée par de nombreuses comorbidités. Elle est responsable de multiples complications et d'un excès de morbi-mortalité, largement supérieur à celui lié à la plupart des cancers.

Données européennes

À l'échelon européen, les dernières données des registres Euro Heart Failure Survey montrent une mortalité annuelle toutes causes de 17,4 % pour les patients ayant été hospitalisés et de 7,2 % pour les patients ambulatoires [1]. En matière de mortalité toutes causes ou d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, les chiffres sont respectivement de 35,8 % et de 17,6 %. Toutefois, au cours des 10 dernières années, toutes les études ont montré une diminution de la morta-

lité globale dans les pays industrialisés alors que, parallèlement, le nombre de réhospitalisations augmente, contrairement à ce que l'on constate pour la pathologie coronaire ou la pathologie vasculaire cérébrale [2]. L'âge des patients est extrêmement élevé, avec une prévalence de l'insuffisance cardiaque qui ne fait que croître en fonction de l'âge. Le corollaire de cet âge élevé est la présence de comorbidités nombreuses, très handicapantes (démence, diabète, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale chronique, BPCO...), qui compliquent énormément la prise en charge globale des patients insuffisants cardiaques. Enfin, la fréquence de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée s'accroît avec l'âge, avec une mortalité peut-être inférieure à celle de l'insuffisance cardiaque systolique, mais avec une morbidité et notamment des taux d'hospitalisations largement similaires. Or, les recommandations sont très encadrées concernant l'insuffisance cardiaque à fonction systolique altérée mais n'existent pas pour l'insuffisance cardiaque à fonction systolique

REVUES GÉNÉRALES

Insuffisance cardiaque

préservée. Toutefois, l'insuffisance cardiaque systolique demeure globalement plus grave que l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée, et au sein de chaque type, le fait d'avoir déjà été hospitalisé pour décompensation aggrave le pronostic de manière importante [3]. Et c'est finalement le problème posé par les hospitalisations et les réhospitalisations qui est source du coût financier extrêmement élevé lié à l'insuffisance cardiaque.

Données françaises

Concernant la France, nous avons une idée du profil de l'insuffisance cardiaque pour ces dernières années. Ces données sont issues de registres provenant de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), de l'Institut de veille sanitaire et de la Société Française de Cardiologie.

1. Période 2002-2008

Entre 2002 et 2008, le taux de patients insuffisants cardiaques standardisés pour 100 000 personnes augmente progressivement de 210 en 2002 à 231 en 2008, soit 9,8 % d'augmentation [4]. L'âge moyen ne fait également qu'augmenter pour atteindre, en 2008, l'âge de 79 ans. Ces données sont tout à fait comparables à celles que l'on retrouve dans des registres régionaux tels que le registre ETICS réalisé dans la Somme. Il existe une forte disparité selon les régions en France, avec une augmentation de 10 à 30 % du taux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque dans les régions du Nord et une baisse de 5 à 20 % pour les régions du Sud [4]. La prévalence de l'insuffisance cardiaque est de 2,3 % et tombe à 1,6 % si on ne considère pas les cardiopathies ischémiques. En comparaison, la prévalence de la cardiopathie ischémique est de 3,7 % et chute à 3 % si on ne considère pas les patients avec insuffisance cardiaque [5].

2. Période 2009-2012

Au sein des registres de la CNAMTS, l'analyse des patients hospitalisés pour la première fois pour insuffisance cardiaque en France en 2009 (n = 69 958) [6] montre une incidence moyenne de 0,5 %, mais cette incidence est croissante en fonction de l'âge pour atteindre des chiffres de l'ordre de 3,5 % au-delà de 90 ans. Certes, l'incidence est très forte pour les âges très élevés, mais la proportion de patients concernés demeure faible lorsqu'on dépasse l'âge de 85 ans. De nouveau, il existe une forte disparité en fonction des régions, avec une incidence beaucoup plus élevée dans les régions du Nord que dans les régions du Sud. La mortalité pendant l'hospitalisation et à 30 jours après celle-ci est de 11 % (6,5 % pendant l'hospitalisation et 4,5 % pendant les 30 jours après la sortie). Sur le plan du suivi à long terme de cette cohorte très importante de patients [7], on constate qu'à 2 ans, 40 % des patients sont décédés et 85 % des patients sont décédés ou ont été réhospitalisés. Ce qui est frappant, c'est que ces données sont extrêmement superposables aux données que l'on avait en 1994, soit il y a 20 ans, dans l'étude EPICAL réalisée en Lorraine [8]. La seule différence est que les patients ont maintenant 15 ans de plus de moyenne d'âge.

En 2010 [9], le taux standardisé sur l'âge (par rapport à la population française de 2006) de la mortalité, tous âges confondus, pour l'insuffisance cardiaque en cause de décès principal est de 31,1 % (36,4 % pour les hommes et 28,0 % pour les femmes) pour un chiffre européen de 37,0 % (42,6 % pour les hommes et 33,3 % pour les femmes). Ce chiffre varie de 1,8 % pour les patients de moins de 65 ans à 183,0 % pour les plus de 65 ans. Le taux pour l'insuffisance cardiaque en cause de décès associé est, bien sûr, plus élevé : il est de 96,8 % pour une valeur de 113,8 % en Europe. Ce chiffre de

mortalité de 31,1 % ne fait que décroître régulièrement depuis 2000 où il était de 46,0 %, soit une diminution de 32,4 %. Cette diminution concerne autant les hommes que les femmes, que le diagnostic d'insuffisance cardiaque soit considéré comme la cause principale ou associée du décès [9].

Lorsqu'on s'intéresse aux hospitalisations, on constate, en France comme dans les autres pays industrialisés, une tendance à la diminution des hospitalisations pour insuffisance cardiaque entre 2000 et 2012. En revanche, il apparaît une recrudescence des réhospitalisations pour insuffisance cardiaque, majorant le coût de la pathologie et justifiant que l'on prenne en compte cet élément dans l'évaluation de l'efficacité des thérapeutiques [10].

On possède également des données de registres de la Société Française de Cardiologie. Ainsi, dans le registre ODIN, couvrant une période d'inclusion de 2007 à 2010 avec plus de 3 230 patients inclus, la moyenne d'âge apparaît plus basse (68 ans) : ceci est lié au fait que ce registre s'intéressait à l'effet de l'éducation thérapeutique, cette discipline n'étant souvent proposée qu'aux patients plus jeunes [11]. La mortalité globale est de 20 % à 2 ans. Néanmoins, on constate que plus l'âge avance, plus la mortalité s'aggrave, et ce quel que soit le type d'insuffisance cardiaque. En revanche, la mortalité demeure similaire lorsque l'on compare les patients avec insuffisance cardiaque systolique aux patients avec insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée [12].

Le registre OFICA de l'insuffisance cardiaque aiguë réalisé en 2009 sur une journée du mois de mars [13] a inclus 1 650 patients parmi 170 structures hospitalières. C'était une insuffisance cardiaque *de novo* dans 37 % des cas, et l'étiologie était principalement représentée par 48 % d'insuffisance

cardiaque aiguë décompensée et 38 % d'œdème aigu du poumon. La fraction d'éjection moyenne était de 42 % et la population était composée, pour 55 % des cas, d'insuffisance cardiaque systolique. La mortalité hospitalière était de 8,3 % pour l'insuffisance cardiaque systolique et de 5,3 % pour l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée. La mortalité globale à 1 an était de 28,6 %.

La prescription médicamenteuse

Dès le milieu des années 2000, les études IMPACT-RECO I et II réalisées en France auprès des cardiologues ont montré que la prescription des principales classes médicamenteuses réduisant la mortalité étaient prescrites de façon satisfaisante (98 % pour les bloqueurs du système rénine-angiotensine et 70 % pour les bêtabloquants) [14]. Néanmoins, et comme à l'échelle européenne, la posologie de ces classes médicamenteuses était largement sous-maximale, avec environ 60 % des inhibiteurs de l'enzyme de conversion et 25 % des bêtabloquants prescrits à la moitié de la posologie recommandée. Cela peut s'expliquer par la moyenne d'âge des patients traités, ceux-ci étant souvent beaucoup plus âgés que dans les grands essais.

Néanmoins, l'étude du registre de la CNAMTS sur les 70 000 patients ayant été hospitalisés pour un premier épisode d'insuffisance cardiaque [6] montre que 36,7 % des patients reçoivent, 30 jours après la sortie, l'association bêtabloquant-diurétique-inhibiteur du système rénine-angiotensine, ce qui est bien évidemment très peu. Cela peut s'expliquer par l'âge élevé des patients, qui peut entraîner un certain nombre de contre-indications ou d'intolérances et le fait que l'on ne connaît pas la part de patients présentant une insuffisance cardiaque

POINTS FORTS

- ➞ La mortalité globale de l'insuffisance cardiaque diminue progressivement.
- ➞ Les réhospitalisations en nombre croissant demeurent le problème économique majeur de la pathologie.
- ➞ Les médicaments recommandés sont mal prescrits, surtout en termes de posologie maximale.
- ➞ Le développement de prises en charge multidisciplinaires doit s'accroître.

à fonction systolique préservée au sein de cette population, c'est-à-dire les gens pour lesquels il n'y a pas actuellement de recommandation. Toutefois, lorsque l'on regarde la prescription de la même triple association chez les patients de moins de 55 ans, où il est fort probable que la majorité d'entre eux ont une insuffisance cardiaque à fonction systolique altérée avec nécessité d'appliquer des recommandations très strictes, on constate que le pourcentage de prescription atteint péniblement 47 %. Cela veut dire qu'en France, en 2009, la moitié des patients de moins de 55 ans hospitalisés pour un premier épisode d'insuffisance cardiaque sortent de l'hôpital sans la triple association thérapeutique recommandée !

On peut se tourner à nouveau vers le registre ODIN [12]. Ces patients sont pris en charge par des cardiologues intéressés par l'insuffisance cardiaque. On constate alors que la prescription est meilleure, avec 90 % des patients prenant un bloqueur du système rénine-angiotensine et 80 % un bêtabloquant. Toutefois, les posologies restent des posologies globalement à demi-dose de celles recommandées. Il y a un impact de l'âge sur cette prescription puisque la posologie prescrite est d'autant plus faible que le patient est âgé. En revanche, le type d'insuffisance cardiaque n'influence aucunement la posologie de prescription.

Pour conclure, quels sont les enjeux ?

Si les patients tirent un bénéfice incontestable des différentes drogues, comme en témoigne la réduction de mortalité globale, il apparaît qu'il persiste un problème aigu de réhospitalisations avec des médicaments encore insuffisamment prescrits. Il faut donc se tourner vers les prises en charge multidisciplinaires pour améliorer la prise en charge des patients et leur éducation. C'est toute l'importance du développement de l'éducation thérapeutique dans les centres français [10], du développement des cliniques d'insuffisance cardiaque [15] ou des réseaux ainsi que de l'initiative de la CNAMTS avec le développement du programme PRADO IC. Celui-ci instaure l'intervention d'un conseiller de l'Assurance Maladie pour programmer, à la sortie de l'hospitalisation, le retour à domicile du patient entouré par un binôme infirmière-médecin traitant en collaboration avec le cardiologue.

Bibliographie

1. MAGGIONI AP, DAHLSTRÖM U, FILIPPATOS G *et al.* EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Eur J Heart Fail*, 2013;15:808-817.

REVUES GÉNÉRALES

Insuffisance cardiaque

2. LIU L, EISEN HJ. Epidemiology of heart failure and scope of the problem. *Cardiol Clin*, 2014;32:1-8.
3. BELLO NA, CLAGGETT B, DESAI AS *et al.* Influence of previous heart failure hospitalization on cardiovascular events in pts with reduced and preserved ejection fraction (CHARM study). *Circ Heart Fail*, 2014;7:590-595.
4. PÉREL C, CHIN F, TUPPIN P *et al.* Taux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en 2008 et évolutions en 2002-2008, France. *Bull Epidémiol Hebd*, 2012;41:466-470.
5. DE PERETTI, PÉREL C, TUPPIN P *et al.* Prévalences et statut fonctionnel des cardiopathies ischémiques et de l'insuffisance cardiaque dans la population adulte: apports des enquêtes déclaratives "Handicap-Santé". *Bull Epidémiol Hebd*, 2014;9-10:172-181.
6. 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.
7. 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.
8. ZANNAD F, BRIANCON S, JUILLIÈRE Y *et al.* Incidence, clinical and etiologic features, and outcomes of advanced chronic heart failure: the EPICAL study. *J Am Coll Cardiol*, 1999;33:734-742.
9. GABET A, LAMARCHE-VADEL A, CHIN F *et al.* Mortalité due à l'insuffisance cardiaque en France, évolutions 2000-2010. *Bull Epidémiol Hebd*, 2014;21-22:386-394.
10. GABET A, JUILLIÈRE Y, LAMARCHE-VADEL A *et al.* National trends in rate of patients hospitalized for heart failure and heart failure mortality in France, 2000-2012. *Eur J Heart Fail*, 2015;17:583-590.
11. 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.
12. JUILLIÈRE Y, SUTY-SELTON C, RIAnt E *et al.* Prescription of cardiovascular drugs in the French ODIN cohort of heart failure patients according to age and type of chronic heart failure. *Arch Cardiovasc Dis*, 2014;107:21-32.
13. 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.
14. DE GROOTE P, ISNARD R, ASSYAG P *et al.* Is the gap between guidelines and clinical practice in heart failure treatment being filled? Insights from the IMPACT RECO survey. *Eur J Heart Fail*, 2007;9:1205-1211.
15. ZUILY S, JOURDAIN P, DECUP D *et al.* Impact of heart failure management unit on heart failure-related readmission rate and mortality. *Arch Cardiovasc Dis*, 2010;103:90-96.

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

www.realites-cardiologiques.com



+ riche + interactif + proche de vous