NUMÉRO THÉMATIQUE – Insuffisance cardiaque

Éditorial

L'insuffisance cardiaque mérite une révolution culturelle !

M. GALINIER
Fédération des Services de Cardiologie, CHU Toulouse-Rangueil, TOULOUSE ; Université Paul Sabatier-Toulouse III ; Faculté de Médecine, TOULOUSE.

Les progrès permanents du traitement de l'insuffisance cardiaque, qui s'associent à une complexification de sa prise en charge, nécessitent une meilleure organisation des soins pour en faire bénéficier un maximum de patients, comme elle existe déjà dans certains pays européens. Maladie complexe, à la fois chronique et grave, d'évolution variable, parfois rapidement mortelle, aux nombreuses comorbidités, dont la prévalence ne cesse de croître du fait du vieillissement de la population, l'insuffisance cardiaque nécessite en effet une prise en charge rigoureuse, holistique et non en silos compartimentés, imposant une collaboration étroite autour du même patient de la médecine de ville et des centres hospitaliers privés ou publics.

Les décompensations rythmant le cours évolutif de cette pathologie (qui constitue la principale cause d'hospitalisation des sujets de plus de 65 ans), une organisation nationale doit être mise en place pour encadrer le parcours de soins de nos patients, avec des centres dédiés à l'insuffisance cardiaque, basés sur une approche pluriprofessionnelle spécialisée, comportant cardiologue et équipe paramédicale, où des infirmiers spécialistes joueront un rôle déterminant, connectés avec les acteurs médicaux de terrain et les patients, devenus partenaires de soins grâce à l'éducation thérapeutique, à l'aide de la télémédecine.

Ainsi, une nouvelle organisation de prise en charge des patients insuffisants cardiaques s'impose, comportant différents niveaux de soins constituant autant de structures pyramidales que de régions françaises. La base doit rester confiée aux médecins généralistes de plus en plus regroupés au sein de CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) où pourront intervenir des infirmières de pratique avancée, aidés par la cardiologie ambulatoire avec des consultations cardiologiques, la réalisation des échocardiographies, et si nécessaire le recours aux spécialistes en insuffisance cardiaque grâce à la téléconsultation. Ce niveau de soins assurera la prévention, le dépistage et le diagnostic de la maladie, en s'appuyant sur le dosage des biomarqueurs, ainsi que le suivi ambulatoire des formes légères à modérées d'insuffisance cardiaque, guidé à distance par l'expertise des centres de télésurveillance, les infirmières libérales, de pratique avancée et spécialisées en insuffisance cardiaque interagissant en réseau.

NUMÉRO THÉMATIQUE – Insuffisance cardiaque

Les niveaux supérieurs seront hospitaliers, assurant la prise en charge des patients décompensés, leurs explorations et leurs traitements. Deux types de centres travaillant en réseau devront mailler le territoire. Les hôpitaux généraux et les cliniques constitueront le premier niveau, confié aux cardiologues de ces structures intéressées par l'insuffisance cardiaque. Ils assureront le traitement des décompensations modérées à sévères de patients souvent polypathologiques, volontiers âgés, pouvant nécessiter l'expertise d'autres spécialités ou un avis gériatrique, ainsi que l'implantation des stimulateurs multisites et défibrillateurs si les médecins sont également formés à la rythmologie.

Le sommet de la pyramide, le deuxième niveau hospitalier, correspond aux centres hospitaliers universitaires ayant l'expertise en assistance circulatoire, aiguë et chronique, ainsi qu'en transplantation cardiaque assurant la prise en charge médico-chirurgicale des patients en insuffisance cardiaque avancée. Des équipes pluriprofessionnelles, comportant au moins un cardiologue, des infirmiers spécialisés en insuffisance cardiaque, un diététicien, un pharmacien et un kinésithérapeute, ayant un accès aisé à un plateau d'imagerie, constitueront l'ossature de ces deux types de centres hospitaliers dédiés à l'insuffisance cardiaque. Elles assureront la prise en charge initiale des décompensations, si nécessaire au sein des USIC (unités de soins intensifs cardiologiques) pour les patients les plus sévères, la consultation d'annonce, l'optimisation des traitements de fond, la prise en charge des comorbidités comme la correction d'une carence martiale, en veillant à la qualité du rapport de sortie adressé aux médecins de terrain, en utilisant une *check-list* si nécessaire, l'éducation thérapeutique débutée dès la phase hospitalière, la planification de la sortie avec orientation si besoin vers un centre de réadaptation cardiologique et la coordination du suivi clinique, biologique et thérapeutique en s'aidant de la télésurveillance.

Les entrées directes dans ces centres seront favorisées, notamment celles des patients télésurveillés, pour désengorger les services de porte et accélérer l'accès aux soins. Les patients en insuffisance cardiaque avancée devront être identifiés et adressés précocement au centre de référence pour faire l'objet d'une expertise médico-chirurgicale grâce à des réunions de concertation pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires, permettant de choisir l'option thérapeutique la plus adaptée. Pour les patients en phase terminale, ces centres devront assurer le recours aux soins palliatifs aidés par une équipe mobile spécialisée. Ces centres dédiés à l'insuffisance cardiaque comporteront une USIC de niveau approprié, une unité d'hospitalisation traditionnelle de taille adaptée, souvent associée à une unité de rythmologie, et favoriseront une approche ambulatoire avec une unité d'hospitalisation de jour, permettant le suivi et le traitement des patients les plus sévères, des consultations de titration rapprochée et pluriprofessionnelles, grâce au forfait de prestation intermédiaire, et une structure d'éducation thérapeutique et de télésurveillance. Ils seront des lieux privilégiés de recherche clinique.

Au sein des centres de niveau 2 où sera assurée la formation des futurs cardiologues, les enseignants devront veiller à ce que leurs élèves soient formés, durant leurs 3 ans de phase d'approfondissement, à l'insuffisance cardiaque. Ces nouvelles générations qui irrigueront ensuite les hôpitaux généraux et les cliniques assureront alors le premier niveau de prise en charge hospitalière de ces patients, pouvant être aidés par leurs collègues internistes ou gériatres intéressés par la cardiologie, travaillant en collaboration et en connexion avec les centres de référence médico-chirurgicaux grâce à la téléexpertise.