



Résumé

Guide de prise en charge multidisciplinaire et intégrée de l'insuffisance cardiaque



Septembre 2018

Le Heart Failure Policy Network¹ est une plateforme indépendante et multidisciplinaire, qui a été rendu possible grâce au soutien financier de Novartis Pharma. Le contenu produit par le HFPN ne privilégie en aucune manière un traitement ou une thérapeutique spécifique. Il relève de la responsabilité de ses membres, qui en sont propriétaires et exercent un plein contrôle éditorial. Tous ses membres sont bénévoles.

¹Réseau d'action pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

Résumé

Insuffisance cardiaque

1^e

cause des hospitalisations non prévues

1 sur 5

c'est le nombre de personnes qui souffriront d'IC à un moment dans leur vie

+50%

l'augmentation du nombre d'hospitalisations prévue au cours des 25 prochaines années

Pratique optimale de la prise en charge

↓ 30%

de réduction du nombre d'hospitalisations

L'insuffisance cardiaque (IC) est un défi pour la viabilité du système des soins de santé.

- **L'IC est une affection fréquente.** Elle survient lorsque que le cœur s'affaiblit ou perd de sa souplesse,¹ ce qui altère sa capacité à pomper une quantité suffisante de sang dans tout l'organisme.²
- **Au moins 15 millions d'Européens vivent avec une IC.**³ Un sur cinq d'entre nous souffrira d'IC à un moment donné de sa vie.⁴
- **L'IC représente une lourde charge.**^{5,6} La qualité de vie et la survie des patients restent médiocres – moins bonnes que pour la plupart des cancers fréquents.⁷
- **L'IC est la principale cause des ré-hospitalisations non prévues.**⁸ C'est aussi la cause la plus fréquente d'hospitalisation pour les personnes âgées de plus de 65 ans.⁹
- **La charge que représente l'IC va augmenter.** Ceci s'explique en partie par le vieillissement de la population et l'amélioration des chances de survie pour des maladies cardiovasculaires aiguës et chroniques.^{10,11}
- **On prévoit que les hospitalisations dues à l'IC augmenteront de 50%** au cours des 25 prochaines années.⁹



Même si le pronostic reste médiocre, une prise en charge adaptée et efficace améliore nettement les conditions de vie des personnes souffrant d'IC.

- **Une prise en charge et un soutien approprié peuvent permettre aux patients de gagner de nombreuses années de survie** ainsi que d'accroître leur qualité de vie.^{12,13} Une réduction des nombres de ré-hospitalisations pourrait atteindre 30%.¹⁴⁻¹⁷
- **Les soins et le soutien doivent être flexibles et adaptés aux besoins individuels et aux préférences** de la personne souffrant d'IC. Ces mesures peuvent améliorer les résultats cliniques et stimuler les patients pour les aider à mieux vivre avec leur IC et à s'autogérer.^{2,6,18}
- **Le meilleur modèle de prise en charge est un programme de gestion de l'IC :** un ensemble de soins centrés sur la personne comprenant un soutien à l'autogestion, des soins de réadaptation et de prévention, des examens de routine, ainsi qu'une prise en charge hautement spécialisée dans les cas d'urgence.^{6,19}
- **La prise en charge optimale correspond à des soins multidisciplinaires dirigé par des spécialistes,** y compris des cardiologues (idéalement, avec une subspecialité en IC) et des infirmières spécialisées en IC travaillant dans des centres dédiés à l'IC.^{6,12} Les médecins généralistes, les spécialistes en rééducation cardiaque, les kinésithérapeutes et les pharmaciens ont également un rôle essentiel à jouer.
- **Les visites à domicile et un soutien téléphonique structuré (organisée par des infirmières spécialisées dans l'IC)** sont des modèles innovants qui permettent de réduire les hospitalisations et la mortalité spécifiques à l'IC.¹⁷

Actuellement, les systèmes de santé européens sont insuffisamment préparés à la prise en charge de l'IC.

- **Les systèmes de soins de santé sont souvent aux prises avec le modèle de soins de maladie chronique,** et l'IC ne fait pas exception. La prise en charge est souvent fragmentée^{6,19} et insuffisamment encadrée par des directives.^{2,9,20}
- **Les principales difficultés et opportunités manquées se situent à cinq niveaux du parcours de la prise en charge de l'IC :** la manifestation des symptômes et le diagnostic ; la sortie de l'hôpital et le suivi ; le suivi clinique ; l'autonomisation du patient et l'autogestion, et la planification préalable des soins.
- **Nous devons mettre en œuvre de nouvelles formations et améliorer les formations existantes** si nous voulons éviter l'hospitalisation des patients. En particulier, nous manquons d'infirmières spécialisées dans l'IC,¹⁹ et nous devons mieux former et impliquer les médecins généralistes et les pharmaciens. Chaque professionnel de santé devrait pouvoir identifier les principaux symptômes.
- **Nous devons vaincre l'inertie ainsi que le peu de sensibilisation et de vigilance à tous les niveaux** parmi les décideurs, les organismes gouvernementaux, les professionnels, les patients et le grand public.

Appel à l'action

Nous invitons les gouvernements à reconnaître l'insuffisance cardiaque (IC) comme un défi de viabilité urgent pour les systèmes de santé du 21^e siècle. Les gouvernements de toute l'Europe devront :

- **Se doter d'une stratégie nationale pour l'IC,** qui doit entraîner un changement transformant le système de santé et la société, y compris la conception des scénarios du futur. Cette démarche sera entreprise en étroite collaboration avec les patients et les expert cliniciens défenseurs des droits des patients.
- **Investir dans des modèles de soins durables et spécialisés pour l'IC** autres que des soins intensifs, par exemple dans la formation des infirmières spécialisées et de centres de consultation externe spécialisés. Promouvoir la formation professionnelle ainsi que l'accréditation de spécialisations pour les médecins généralistes, les internistes, les infirmières praticiennes en soins primaires et les patients experts.
- **Garantir que les directives nationales et les filières de soins locaux intègrent la notion de la qualité dans les prestations de routine,** en collaborant avec les associations professionnelles, les groupes de défense des patients et les prestataires de soins de santé.
- **Préparer des audits publics de performance nationaux** pour rendre compte auprès des citoyens des taux de survie, de leur qualité de vie et leur vécu du système de soins et aussi des orientations des investissements et des mesures incitatives. La réduction des ré-hospitalisations sera un objectif stratégique majeur, témoignant d'une prise en charge efficace et durable de l'IC.

Les gouvernements devront mesurer et améliorer les principaux aspects de la prise en charge de l'IC. Nous invitons les gouvernements à démontrer une amélioration mesurable des normes minimales acceptables et des indicateurs principaux de la qualité, cités ci-dessous, pour tous les patients d'IC :

- **Un diagnostic posé par des spécialistes.** Il est essentiel de poser un diagnostic précis au moyen d'un échocardiogramme afin de comprendre et de traiter clairement les causes sous-jacentes de l'IC et d'en informer les patients.
- **Le dosage du peptide natriurétique (BNP).** Ce test devra constituer un outil de routine accessible à tous que ce soit en soins primaires ou secondaires.
- **Des soins hospitaliers dirigés par des spécialistes.** Les patients devront être pris en charge par un cardiologue et par des infirmières spécialisées dans l'IC.
- **Une sortie de l'hôpital avec un plan de suivi des soins** qui inclue des points de contact précis et des informations pour un suivi opportun par des spécialistes.
- **La réadaptation cardiaque, l'éducation thérapeutique et le soutien psychologique des patients.** La prise en charge de l'IC doit impliquer au maximum les patients.
- **Une évolution de la prise en charge de l'IC passant d'un environnement de soins intensifs aux soins primaires.** Cette évolution devrait être mise en place partout où c'est possible dans des conditions de sécurité de façon à ce qu'elle s'avère efficace.

Ce guide est publié avec le soutien et l'appui des organisations suivantes.



Vous pouvez consulter le Guide de la prise en charge multidisciplinaire et intégrée de l'insuffisance cardiaque ainsi que des documents complémentaires sur www.hfpolicynetwork.eu

Bibliographie

- NHS Choices. 2016. Heart Failure: Overview. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/heart-failure/> [Accessed 20/08/18]
- Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. 2014. Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Fail* 1(1): 4-25
- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. 2008. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Journal of Heart Failure* 10(10): 933-89
- Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP, et al. 2002. Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. *Circulation* 106(24): 3068-72
- Jeon YH, Kraus SG, Jowsey T, et al. 2010. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res* 10: 77
- Ponikowski P, Voors A, Anker S, et al. 2016. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 37(27): 2129-200
- Mamas MA, Sperin M, Watson MC, et al. 2017. Do patients have worse outcomes in heart failure than in cancer? A primary care-based cohort study with 10-year follow-up in Scotland. *Eur J Heart Fail* 19(9): 1095-104
- Gheorghiadu M, Vaduganathan M, Fonarow GC, et al. 2013. Rehospitalization for Heart Failure: Problems and Perspectives. *Journal of the American College of Cardiology* 61(4): 391-403
- Cowie M, Anker S, Cleland J, et al. 2014. Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization. *ESC Heart Failure* 1(2): 110-45
- National Institute for Health and Care Excellence. 2010. *Chronic heart failure in adults: management*. London: NICE
- Frankenstein L, Fröhlich H, Cleland J. 2015. Multidisciplinary approach for patients hospitalized with heart failure. *Revista Española de Cardiología (English edition)* 68(10): 885-91
- McDonagh T, Blue L, Clark A, et al. 2011. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *European Journal of Heart Failure* 13(3): 235-41
- National Institute for Health and Care Excellence. 2018. *Chronic heart failure: Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care (update)*. Draft for consultation. London: NICE
- McAlister F, Stewart S, Ferrua S, et al. 2004. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 44(4): 810-9
- Comin-Colet J, Verdu-Rotellar J, Vela E, et al. 2014. Efficacy of an integrated hospital-primary care program for heart failure: a population-based analysis of 56,742 patients. *Revista Española de Cardiología (English edition)* 67(4): 283-93
- Comin-Colet J, Enjuanes C, Verdu-Rotellar JM, et al. 2016. Impact on clinical events and healthcare costs of adding telemedicine to multidisciplinary disease management programmes for heart failure: Results of a randomized controlled trial. *J Telemed Telecare* 22(5): 282-95
- Feltner C, Jones C, Cene C, et al. 2014. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 160(11): 774-84
- Ekman I, Wolf A, Olsson LE, et al. 2012. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Eur Heart J* 33(9): 1112-9
- Glogowska M, Simmonds R, McLachlan S, et al. 2015. Managing patients with heart failure: a qualitative study of multidisciplinary teams with specialist heart failure nurses. *Ann Fam Med* 13(5): 466-71
- Cleland JGF, Swedberg K, Follath F, et al. 2003. The EuroHeart Failure survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe Part 1: patient characteristics and diagnosis. *European Heart Journal* 24(5): 442-63
- NHS England. Integrated care and support [online]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/> [Accessed 26/07/18]
- Jaarsma T, Stromberg A. 2014. Heart failure clinics are still useful (more than ever?). *Can J Cardiol* 30(3): 272-5
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2016. *Management of chronic heart failure*. Edinburgh: SIGN
- Bradley EH, Sipsma H, Horwitz LJ, et al. 2015. Hospital strategy uptake and reductions in unplanned readmission rates for patients with heart failure: a prospective study. *J Gen Intern Med* 30(5): 605-11

Le Heart Failure Policy Network¹ est une plateforme indépendante et multidisciplinaire, qui a été rendu possible grâce au soutien financier de Novartis Pharma. Le contenu produit par le HFPN ne privilégie en aucune manière un traitement ou une thérapeutique spécifique. Il relève de la responsabilité de ses membres, qui en sont propriétaires et exercent un plein contrôle éditorial. Tous ses membres sont bénévoles.

¹ Réseau d'action pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

En quoi consiste la prise en charge multidisciplinaire et intégrée de l'insuffisance cardiaque ?

La prise en charge multidisciplinaire et intégrée consiste à donner les meilleurs soins possibles

Les soins intégrés ont été définis comme la mise en place d'équipes multidisciplinaires visant à promouvoir une prise en charge coordonnée et centrée sur la personne, adaptée aux besoins et aux préférences du patient, de sa famille et ses aidants.²¹ Une prise en charge efficace de l'IC devra garantir la prise en charge des comorbidités, des besoins spécifiques et d'une assistance variant en fonction des environnements des soins, elle se fera au mieux avec la participation de spécialistes de l'IC.⁶ Les membres des équipes doivent travailler en étroite collaboration – y compris avec le patient – dans un esprit de respect mutuel, de communication transparente et avec une répartition claire des responsabilités.¹⁹ Ceci est particulièrement important quand une personne insuffisante cardiaque passe d'un environnement de soins à un autre.

La prise en charge multidisciplinaire et intégrée évolue en fonction du patient

Pour chaque personne vivant avec une IC, le parcours est différent. On distingue néanmoins trois phases caractéristiques : diagnostic ; prise en charge et suivi, et la vie avec l'IC.^{2,22} La dernière phase correspond à la pratique, dans la durée, de personnes qui apprennent à vivre avec leur maladie et à la gérer individuellement. En fonction de la progression de leur maladie, les personnes peuvent connaître des épisodes nécessitant un retour en soins intensifs ou une surveillance médicale renforcée.

Le guide de la prise en charge multidisciplinaire et intégrée de l'insuffisance cardiaque a été élaboré par le Secrétariat du Heart Failure Policy Network en collaboration avec le Groupe consultatif chargé du Projet 2018, qui comprend des défenseurs des patients, des cardiologues et des représentants d'associations professionnelles. Le Heart Failure Policy Network souhaite remercier et reconnaître leur contribution ainsi que celui de tous les membres du réseau et des auteurs d'études de cas qui ont fourni leur temps et leurs idées.



Vous pouvez consulter le Guide de la prise en charge multidisciplinaire et intégrée de l'insuffisance cardiaque ainsi que des documents complémentaires sur www.hfpolicynetwork.eu

Figure 1. Parcours de prise en charge multidisciplinaire et intégrée de l'insuffisance cardiaque : composantes clés de la qualité

La transition coordonnée d'un environnement de soins vers un autre est nécessaire selon les moments des crises et la variabilité des besoins, durant tous les contextes et étapes du parcours du patient.^{2,6}

