

L'insuffisance cardiaque est partout



Vous connaissez les chiffres : 1,5 million d'insuffisants cardiaques en France avec 70 000 décès par an : l'insuffisance cardiaque est la première cause d'hospitalisation évitable.

Vous savez que l'inertie médicamenteuse est un problème majeur. Or, après une décompensation cardiaque :

- seulement 45,8 % des patients inscrits dans le programme Prado-IC ont la trithérapie (diurétique, bêtabloquant, IEC ou ARA2) versus 38,1 % chez les patient témoins ;
- 55,9 % des patients Prado-IC sont vus par un cardiologue dans les deux mois, versus 33,7 % des patients témoins.

Ce constat n'est pas nouveau, mais tout s'accélère dans l'insuffisance cardiaque en 2021 :

- de nouvelles recommandations ESC proposent un nouveau schéma de prise en charge avec une quadrithérapie dès la sortie de l'hôpital avec bêtabloquants, sacubitil/valsartan ou IEC/Ara 2, antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes, gliflozine ;
- l'AMM et l'indication de remboursement bientôt pour les gliflozines avec un niveau de preuve maximum de IA pour l'ESC ;
- le colloque Optim-IC, présenté au ministère sous l'impulsion de Thibault Damy et de plusieurs structures dont le SNC, affirme la place centrale du cardiologue notamment du cardiologue de ville.
- de nouvelles recommandations HAS sont en cours d'élaboration ;
- la CNAM, dans son rapport charges/produits, réalise une enquête de 17

pages sur l'insuffisance cardiaque et propose d'aider les acteurs du parcours grâce à des outils de « datavisualisation » comprenant des indicateurs sur la mortalité, le taux d'hospitalisation et de ré-hospitalisation, le taux de réadaptation cardiaque pour un territoire et probablement pour la patientèle du médecin ;

- parce qu'ils jugent insuffisante la prise en charge médicale des patients en ambulatoire, les hôpitaux publics innovent avec de nouveaux protocoles permettant aux infirmières de faire la titration des médicaments en présentiel ou en téléexpertise, des IDE de coordination, des numéros d'accès directs de prises en charge ou encore la télésurveillance. Tout ceci fragilisera à terme le rôle du cardiologue de ville dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

Si le traitement de la décompensation cardiaque aiguë est le rôle des établissements, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique reste le domaine du cardiologue libéral, notamment pour optimiser au mieux le traitement et prévenir les complications.

A l'heure où l'accès aux soins est de plus en plus difficile pour nos concitoyens et où les réponses politiques vont toutes dans le même sens, à savoir une montée en « compétence » de l'ensemble des professionnels de santé selon la logique de l'escalier du député (et néanmoins docteur) Cyrille Isaac-Sibille, le cardiologue de ville doit se consacrer à des tâches complexes à forte plus-value, et devra probablement s'investir davantage dans l'insuffisance cardiaque que dans les bilans préopératoires ou l'HTA sous monothérapie.

Si l'insuffisance cardiaque est partout, elle doit surtout et avant tout, être prise en charge dans nos cabinets.

Marc Villacèque. *Président du Syndicat National des Cardiologues*