

Annexe à l'appel à manifestation d'intérêt sur
l'insuffisance cardiaque :
Rencontres de l'insuffisance cardiaque du 5 octobre 2023



Sommaire

.....	1
Introduction	3
I. Contexte de l'insuffisance cardiaque dans le Bas-Rhin	4
1. Données générales.....	4
2. Densité des professionnels de santé libéraux.....	4
3. Données de suivi des patients.....	4
II. Points de rupture dans le parcours de soins de l'insuffisance cardiaque	6
1. Présentation des différents points de rupture.....	6
2. Illustration des points de rupture à partir du diagnostic territorial de l'insuffisance cardiaque dans le Bas-Rhin.....	6
III. Les ateliers	7
Atelier n° 1 – Diagnostic : comment développer le dépistage et le diagnostic de l'insuffisance cardiaque ?	7
1. Améliorer la connaissance de l'insuffisance cardiaque par les patients et leur entourage....	7
2. Améliorer la formation des professionnels de santé.....	9
3. Améliorer le repérage et l'orientation des patients.....	10
Atelier n° 2 – Prévention : comment améliorer la prévention de l'insuffisance cardiaque ?	13
1. Recourir aux solutions numériques.....	13
2. Développer l'éducation thérapeutique et l'activité physique adaptée.....	13
3. Informer et former les acteurs du parcours de soins et les patients.....	14
4. S'appuyer sur les évènements existants.....	16
Atelier n° 3 – Réadaptation : comment favoriser le recours à la réadaptation cardiaque de phase 2 et de phase 3 ?	17
1. L'existant.....	17
2. Accroître le recours à la réadaptation.....	17
3. Améliorer le passage d'une phase à l'autre.....	18
Atelier n° 4 - Éducation : comment faire progresser l'éducation thérapeutique et la connaissance de la maladie ?	20
1. Améliorer la connaissance de l'insuffisance cardiaque.....	20
2. Développer le recours à l'éducation thérapeutique.....	22
Atelier n° 5 - Sécurisation : comment éviter la décompensation en sortie d'hospitalisation ? 26	
1. S'appuyer sur le numérique en santé.....	26
2. Optimiser le retour à domicile des patients.....	27
3. Favoriser le recours à la réadaptation cardiaque et à l'éducation thérapeutique.....	27
4. S'appuyer sur les professionnels de santé.....	28
5. Développer la formation des professionnels de santé.....	29
6. Les évènements autour de l'insuffisance cardiaque.....	30

Introduction

Les Rencontres de l'Insuffisance Cardiaque ont été organisées à l'initiative de la CPAM du Bas-Rhin et de l'Eurométropole de Strasbourg, dans le cadre du dispositif Territoires de Santé de Demain (TSD), et en partenariat avec l'ARS, le Régime Local d'Alsace Moselle, la MSA et le Pays de Saverne.

L'élaboration de cet évènement s'est appuyée sur l'expertise d'acteurs du parcours de soins réunis au sein d'un comité dédié (cardiologues hospitaliers reconnus, infirmiers engagés sur le sujet, acteurs de prévention et de sport santé...).

Professionnels de santé hospitaliers et de médecine de ville (cardiologues, médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens), patients ou personnes de leur entourage, porteurs d'initiatives locales et institutionnels : plus de 60 personnes ont participé aux premières Rencontres de l'insuffisance cardiaque.

Ce sont donc les différents acteurs du parcours de soins d'un patient insuffisant cardiaque qui ont pu échanger, de la prévention à la réadaptation, en passant par le diagnostic, l'éducation thérapeutique et le soin.

L'objectif était double :

- d'une part, **faire connaître des dispositifs locaux existants** (télésurveillance, coopération entre cardiologues et infirmiers, réadaptation cardiaque en centre de réadaptation, réadaptation physique sport-santé, rôle des CPTS dans la prise en charge des patients de leur territoire...),
- d'autre part, **identifier des pistes d'actions pour prévenir et améliorer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque** à certains points critiques du parcours de soins du patient.

Il s'agit d'une première étape, puisque ces idées permettront demain à des professionnels ou des acteurs de santé du Bas-Rhin de développer de nouveaux dispositifs et coopérations dans leurs territoires.

I. Contexte de l'insuffisance cardiaque dans le Bas-Rhin

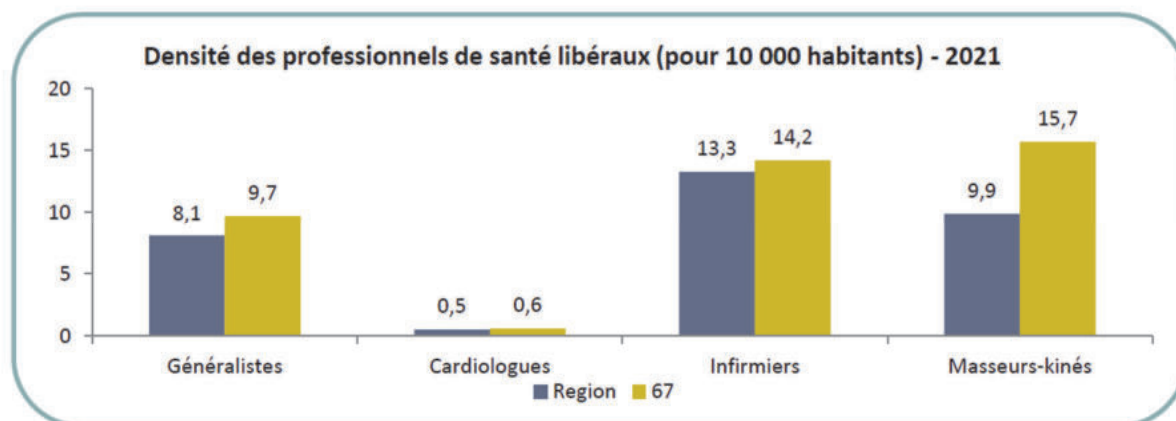
Diagnostic territorial de l'insuffisance cardiaque dans le Bas-Rhin

Source : Parcours de soins de l'insuffisance cardiaque - Diagnostic territorial élaboré par la Caisse nationale d'Assurance Maladie. Données issues du Système Nationale des Données de Santé (Bénéficiaires inter-régimes du territoire, de 18 ans et plus, insuffisants cardiaques en 2019 au sens de la Carto. CNAM. Suivi 2020/2021 des patients vivants au 01/01/2020 et hors résidents en EHPAD.)

1. Données générales

15 252 patients insuffisants cardiaques dont 51% de femmes et présentant un âge moyen de 79,2 ans (médiane : 82,0). 17% de ces patients étaient décédés au 31 décembre 2019. Le montant moyen de dépense annuelle est de 19 215 euros par patient (médiane : 12 205 euros).

2. Densité des professionnels de santé libéraux



3. Données de suivi des patients

Le suivi porte sur les patients vivants au 1er janvier 2020 hors résidents en Ehpac sur la période 2020-2021.

- Effectif : 11 684 dont 49% de femmes
- Part des patients hospitalisés en raison de leur insuffisance cardiaque : 26,1% (3 045) dont 48% de femmes

3.1. Recours aux soins pour l'ensemble des patients insuffisants cardiaques

64,3% des patients sont vaccinés contre la grippe saisonnière et 17,0% contre le pneumocoque.
88% des patients insuffisants cardiaques ont consulté un médecin généraliste (au cabinet ou à domicile) à au moins quatre reprises par an mais 7% moins de deux fois.
37% des patients n'ont bénéficié d'aucune consultation cardiologique dans l'année.

3.2. Prise en charge des patients en amont et aval de l'hospitalisation

L'hospitalisation des patients s'est faite via le service des urgences dans 60,3% des cas. Le séjour en établissement, d'une durée moyenne de 13,9 jours, a nécessité un passage en soins critiques pour 22,0% des patients.

77,7% des patients présentaient des comorbidités.

En amont de l'hospitalisation, les patients avaient consulté un médecin généraliste dans le mois précédent dans 83,5% des cas, un cardiologue pour 18,3% d'entre-eux.

En aval de l'hospitalisation, 62,9% des patients ont consulté un médecin généraliste dans les 14 jours et 36,6% un cardiologue dans les deux mois. La part des patients ayant consulté un médecin généraliste dans les 14 jours et un cardiologue dans les deux mois est 22,7%.

59,9% des patients ont bénéficié de soins infirmiers dans les 14 jours suivant la sortie d'hospitalisation. Le taux de recours à la réadaptation cardiaque en centre est inférieur à 1% que ce soit à 30 jours (0,3% des patients) ou à 3 mois (0,8%).

Le taux de réhospitalisation pour motif d'insuffisance cardiaque est 5,7% à 30 jours, de 14,7% à 3 mois et de 23,0% à 6 mois.

3.3. Taux de mortalité à fin 2021

Le taux de mortalité à deux ans est de 25,4% pour l'ensemble des patients insuffisants cardiaques et de 26,0% pour les femmes. Ce taux est de 43,7% pour les patients qui ont dû être hospitalisés.

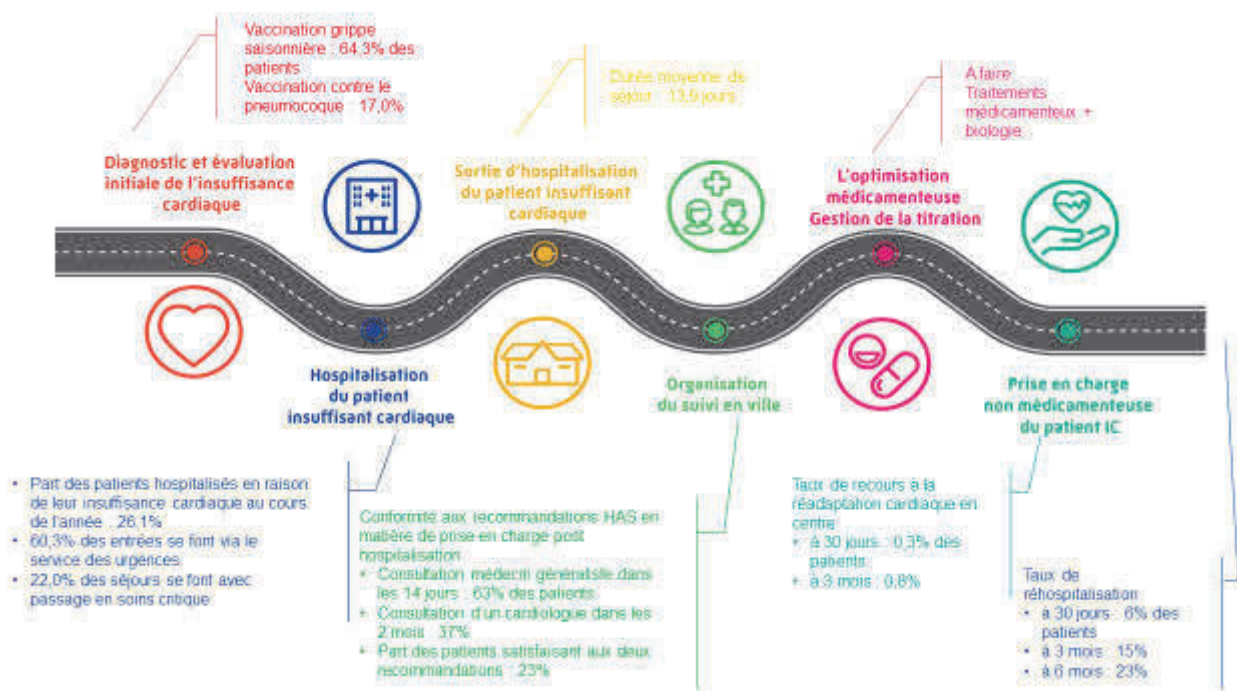
II. Points de rupture dans le parcours de soins de l'insuffisance cardiaque

1. Présentation des différents points de rupture

Les travaux des agences de santé, des sociétés savantes et les publications scientifiques nationales, internationales ont permis d'identifier des points critiques, situations à risque émaillant le parcours de soins du patient insuffisant cardiaque.



2. Illustration des points de rupture à partir du diagnostic territorial de l'insuffisance cardiaque dans le Bas-Rhin



III. Les ateliers

Atelier n° 1 – Diagnostic : comment développer le dépistage et le diagnostic de l'insuffisance cardiaque ?

Objectif : partager et identifier des actions ou pistes d'action afin de développer le dépistage et le diagnostic de l'insuffisance cardiaque.



ANDRÉ, 75 ans

Description du patient :

- André est diabétique et hypertendu.
- Il a récemment pris du poids (3kg en 72h) et se sent très essoufflé et fatigué. Il a également observé des œdèmes des membres inférieurs.
- Il n'a jamais été diagnostiqué insuffisant cardiaque.



Hygiène de vie



1. Améliorer la connaissance de l'insuffisance cardiaque par les patients et leur entourage

Des actions contribuent d'ores et déjà à aider les patients, leur entourage et plus largement le grand public à mieux identifier l'insuffisance cardiaque. Ces actions doivent être renforcées, élargies ou adaptées pour être encore plus efficaces. L'amélioration de la connaissance de la pathologie contribue à une meilleure prise en charge des patients insuffisants cardiaques.

1.1. La campagne nationale de sensibilisation à l'insuffisance cardiaque et à ses signes d'alerte

La campagne nationale de sensibilisation à l'IC et à ses signes d'alerte identifiés sous l'acronyme EPOF pour Essoufflement, Prise de poids, Œdèmes et Fatigue, vise à sensibiliser les seniors à partir de 60 ans et leur entourage (famille, aides à domicile). Elle a pour objectif d'installer le réflexe de consultation lors de l'apparition des signes d'alerte.

Cette campagne a également vocation à sensibiliser les professionnels de santé (médecins généralistes en CPTS, MSP ou CDS ; médecins spécialistes du second recours, pharmaciens, auxiliaires de santé...) à l'enjeu de la prise en charge précoce de l'insuffisance cardiaque.

Les canaux de communication utilisés pour cette campagne sont les suivants : télévision, radio, presse, réseaux sociaux, ...



Les propositions des participants ...

- Renforcer cette campagne de communication tant dans son calendrier (pérennisation) que dans les relais (pas assez de visibilité).
- Garantir un affichage visible par tous, des messages sur les boîtes de sel, paquets de cigarettes etc.
- Rendre plus accessible encore, si cela est possible, le message au grand public sur les symptômes pour permettre une identification plus simple et rapide de la pathologie. Trouver un nouveau slogan qui permettrait une « viralité du message » tel que celui sur les antibiotiques (« les antibiotiques c'est pas automatique »).
- Développer également un axe d'information au grand public sur l'identification des conduites d'adaptation du mode de vie d'un individu en raison de l'apparition d'une insuffisance cardiaque symptomatique, pour aider à distinguer ce qui relève du vieillissement physiologique de ce qui relève du vieillissement pathologique (baisse de la pratique d'une activité physique type vélo, ajout d'un coussin pour dormir, privilégier l'ascenseur alors que la personne prenait les escaliers depuis des années...).
- Proposer en complément, une campagne de communication sur le modèle de l'AVC, sur de l'autodiagnostic, de l'auto-évaluation.
- Mieux appréhender le facteur de risque génétique à l'origine de troubles cardiaques héréditaires potentiellement générateurs d'insuffisance cardiaque. Le facteur héréditaire, très important dans cette pathologie, est à mettre en avant dans les messages portés pour favoriser la réalisation d'un bilan médical d'évaluation.

1.2. La journée mondiale du cœur

La Journée mondiale du cœur, organisée chaque année le 29 septembre, vise à mieux faire connaître au grand public les facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires (mauvaise alimentation, manque d'activité physique, tabagisme et usage nocif de l'alcool) et ainsi, favoriser leur prévention.

Au cours de cette journée, des actions sont menées notamment par la fédération française de cardiologie (FFC) et ses partenaires : événements, conférences, ateliers et dépistages pour sensibiliser et informer le grand public sur l'importance de la prévention des risques cardio-vasculaires. Organisée par la société française de cardiologie et ses partenaires.

Les propositions des participants ...

- Aller plus loin et proposer pour l'insuffisance cardiaque le label du Premier Ministre dit « de grande cause nationale », sur le modèle de la santé mentale.
- Multiplier les événementiels par des professionnels de santé volontaires dans des zones à forte affluence du public (lieux de vie, centres commerciaux, hypermarchés...) et pas seulement en milieu hospitalier auprès des personnes déjà informées et/ou suivies.
- Proposer que ces manifestations se développent par territoire, à l'échelle du territoire d'une CPTS ou d'un quartier prioritaire de la ville (QPV) par exemple. Ces manifestations pourraient être animées par des professionnels de santé pour rendre la mobilisation visible et audible auprès des publics, renforçant ainsi l'importance à donner à cette pathologie et sa compréhension.
- Les manifestations visent le grand public mais ne sont pas toujours visibles de tous. Il s'agit souvent des patients déjà malades ou de leur famille qui assistent à ces journées. Il conviendrait d'élargir le recrutement aux patients à risque et leur entourage.

1.3. Autres actions

Les propositions des participants ...

- Les organismes complémentaires santé mènent des actions d'information, de prévention auprès de leurs adhérents. Ce moyen de prévention est restreint à une petite partie de la population et pourrait gagner à s'étendre.
- Des cours ou campagnes d'éducation à la santé pourraient être réalisés dans les écoles et les lycées afin d'informer l'entourage des patients à risque.

2. Améliorer la formation des professionnels de santé

Des formations sont proposées sur des thématiques en lien avec l'insuffisance cardiaque et son repérage notamment (agence nationale du DPC, m-soigner formation¹, ...) pour permettre un diagnostic précoce et une prise en charge coordonnée et pluri-professionnelle adaptée pour le suivi.

¹ « m-soigner formation » est un des organismes agréé par l'agence nationale du DPC qui propose notamment une formation « prévention et dépistage de la coronaropathie et de l'insuffisance cardiaque ».

Pour comprendre de quoi il s'agit ...

Le développement professionnel continu (DPC) s'adresse aux professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice et constitue pour eux une obligation. Il a pour objectif le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences, l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques et la prise en compte des priorités de santé publique.

L'Agence nationale du DPC² est un groupement d'intérêt public qui assure 2 missions principales : le pilotage global du dispositif de DPC pour l'ensemble des professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, et la gestion financière du dispositif de développement professionnel continu pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice.

Les propositions des participants ...

- Promouvoir ces formations auprès de l'ensemble des acteurs de soins (auxiliaires de vie, pharmaciens, infirmiers, médecins, diététiciens...), les valoriser quand cela n'est pas le cas (financement, temps de travail dédié...) afin que tous bénéficient d'un socle commun de connaissances et puissent porter le même message sur la pathologie et le rôle de chacun dans sa prise en charge pour une coordination efficace.

3. Améliorer le repérage et l'orientation des patients

3.1. Outils de repérage des patients insuffisants cardiaques

Les propositions des participants ...

- Faciliter/outiller les professionnels de santé pour le repérage des patients insuffisants cardiaque via des grilles d'évaluation. Ces grilles pourraient être utilisées notamment lors des rendez-vous prévention aux âges clés.
- Faciliter/outiller les professionnels pour prévenir les hospitalisations en s'appuyant sur des outils connectés (e-santé) sur le modèle du dispositif médical numérique de prédiction PRESAGE en gériatrie.
- Impliquer plus fortement les professionnels de santé autres que les médecins. Les pharmaciens, les infirmières et paramédicaux peuvent contribuer au dépistage et à la prévention de l'insuffisance cardiaque chez les patients à risque ou présentant des symptômes de décompensation cardiaque car ils voient régulièrement les patients.
- Recourir à des questionnaires sur les symptômes de l'insuffisance cardiaque ou grilles d'évaluation, lors de journées de dépistages (ou dans le cadre la prise en charge habituelle, et orienter le patient vers son médecin ou un cardiologue.
- Les consultations du médecin traitant ou du cardiologue permettent le dépistage et le diagnostic de l'IC via des examens complémentaires tels la biologie, l'ECG et l'échographie. Il s'agit d'un dispositif efficace mais parfois difficiles d'accès par manque de professionnels de santé sur le territoire. Il faudrait également prévoir un dépistage plus large des patients à risque d'IC.

² <https://www.agencedpc.fr/l-agence>

- Rendre le dépistage du taux de BNP³ systématique chez les patients à risque.
- S'appuyer de manière générale sur les données de l'assurance maladie ou de Mon Espace Santé pour identifier les patients à risque.
- Favoriser le recours aux objets connectés. L'utilisation des objets connectés (montre connectée par exemple) pourrait permettre d'alerter les patients grâce à une application de santé en recoupant les antécédents et l'activité physique. Exemple de génération d'une alerte en cas de dégradation de l'activité physique chez un patient à risque.

Pour comprendre de quoi il s'agit ...

L'assurance maladie met en place progressivement des rendez-vous prévention aux âges clés de la vie (18 ans, 45 ans, 60 ans et 70 ans).

Ces rendez-vous seront l'occasion de prendre un temps dédié pour améliorer sa santé et agir contre l'apparition de nombreuses maladies (certains cancers, le diabète, les maladies cardiovasculaires...). Avec les conseils d'un professionnel, chacun peut établir ses priorités et agir pour améliorer sa santé :

- Se libérer des addictions (tabac, alcool...).
- Adopter des habitudes alimentaires plus favorables à la santé.
- Intégrer l'activité physique et les mobilités actives (marche, vélo...) à son quotidien.
- Adapter son comportement à son environnement.
- Améliorer son bien-être mental...

Pour comprendre de quoi il s'agit ...

PRESAGE Care est un dispositif de télésurveillance médicale prédictive (avec 7 à 14 jours d'avance) et préventive des hospitalisations non programmées des personnes âgées de 65 ans et plus, fragile, atteintes d'une ou plusieurs pathologies chroniques.

Avis CNEDiMITS du 7 novembre 2023 publié par la Haute Autorité de Santé le 30 novembre
La commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts) a rendu un avis défavorable à la prise en charge anticipée de PRESAGE Care. Ce dispositif n'est pas présumé innovant en termes de bénéfice clinique ou de progrès dans l'organisation des soins. « Les données apportées ne permettent pas de documenter le bénéfice potentiel [...] tant sur le plan clinique qu'en matière de progrès dans l'organisation des soins ».

3.2. Orientation des patients

Lorsque les symptômes d'une insuffisance cardiaque sont identifiés, il est important de pouvoir rapidement confirmer le diagnostic pour pouvoir engager une prise en charge précoce de la pathologie. L'accès aux médecins spécialistes (cardiologues) peut s'avérer difficile en termes de délai.

³ La BNP (brain natriuretic peptide) est une hormone produite par les cellules musculaires du cœur. Elle participe à la régulation du volume sanguin éjecté par le cœur à chaque battement. En cas d'insuffisance cardiaque, le taux libéré de BNP augmente.

Les propositions des participants ...

- Réduire le délai d'accès aux médecins spécialistes pour un diagnostic précoce de l'insuffisance dès que les symptômes sont détectés grâce à des outils de type « 48h chrono ».
- Faciliter le recours aux cardiologues en recourant à la téléconsultation et la télé expertise.
- Accompagner, renforcer la mise en place de ces outils au sein des CPTS, réseaux de santé, ...
- Prévoir pour les professionnels de santé (infirmières, pharmaciens) une prise en charge par un circuit facilité en cas d'identification d'un patient présentant des symptômes d'insuffisance cardiaque.

Pour comprendre de quoi il s'agit ...

« 48 heures chrono » développé par la société Medin+, est une solution web de coordination des soins non programmés. L'objectif est de permettre à tout professionnel de santé d'un territoire d'accéder à des disponibilités de premier recours dans les 48 heures et aux médecins d'accéder à des rendez-vous de spécialistes également dans les 48 heures.

Cette solution a obtenu le prix du parcours de soin décerné par l'agence du numérique en santé (ANS) dans le cadre des Talents de la e-santé 2022.

Atelier n° 2 – Prévention : comment améliorer la prévention de l'insuffisance cardiaque ?

Cas illustratif



1. Recourir aux solutions numériques

Le numérique en santé offre aujourd'hui des solutions cependant la lisibilité des dispositifs numériques est perturbée notamment du fait de la multitude des sites existants pour trouver de l'information.

Parmi les exemples qu'il est possible de citer figure le pôle APSA propose des activités en distanciel, notamment dans la prise en charge d'éducation thérapeutique du patient où des cours de cuisine ont été dispensés en visioconférence. Le centre ELLIPSE, quant à lui, met en place un système de télé réadaptation.

Les propositions des participants ...

- Envisager un contenu personnalisé sur les offres de prévention de proximité en fonction des pathologies dans Mon espace santé, au vu des informations publiées par le patient et le professionnel sur l'espace.
- Donner plus de lisibilité sur l'offre existante.
- Proposer d'appliquer un label à des solutions répertoriées dans Mon Espace Santé, afin de créer une pédagogie autour de l'utilisation des applications.
- Créer une application ludique pour favoriser l'activité physique.

2. Développer l'éducation thérapeutique et l'activité physique adaptée

Des dispositifs organisationnels trouvent leur place sur les territoires permettant un accès simplifié aux offres de prévention.

Le dispositif Prescri'Mouv est déployé sur les territoires en Grand-Est et permet aux habitants d'avoir accès à de l'activité physique adapté (APA) en proximité. Ce dispositif est connu des habitants et des professionnels et permet un accès assez simple.

Le dispositif strasbourgeois Sport Santé sur Ordonnance permet également d'avoir accès de manière simple, en proximité à de l'activité physique adoptée pour les habitants de l'Eurométropole.

Les Maisons Sports Santé sont également des dispositifs structurant en matière de prévention qui maille les territoires.

A Saverne, l'Unité Prévention Santé permet d'avoir accès à un programme d'éducation thérapeutique sur le territoire, cependant du fait de sa situation géographique il a peu de visibilité. Cette unité possède également une association qui lui est rattachée, l'association de patient PEP'S qui permet d'offrir une poursuite au dispositif pour les patients qui le souhaitent.

D'autres dispositifs d'éducation thérapeutique dans les maisons de santé pluri professionnelles permettent d'avoir un accès de proximité à ces programmes.

La présence d'infirmière Asalée est un atout majeur pour la prévention secondaire et tertiaire cependant elles ne sont pas présentes partout de même que les infirmières de pratiques avancées.

En revanche, l'absence de prise en charge généralisée des consultations diététiques constituent un frein.

Les propositions des participants ...

- Mettre en place des financements pérennes sur des dispositifs tels que les équipes de soins primaires (ESP) qui sont des acteurs de proximité. Tout comme de nombreux dispositifs de prévention les financements ne sont pas pérennisés.
- Etendre le programme ET3P (éducation thérapeutique du patients pluri pathologique) de la Mutualité sociale agricole aux équipes de soins primaires. Ce programme n'est disponible aujourd'hui qu'au sein de certaines maisons de santé pluri professionnelles.

3. Informer et former les acteurs du parcours de soins et les patients

Il apparaît nécessaire de mieux informer/former l'ensemble des acteurs du parcours, les patients et leur entourage sur l'insuffisance cardiaque et les dispositifs de prise en charge existant sur le territoire.

En matière de prévention des risques, il existe un dispositif de e-learning accessible sur le site internet de Grand Est Addiction (GEA) destiné aux professionnels pour le repérage précoce et intervention brève (RPIB) à raison de 4 modules de 10 minutes pour induire le sevrage tabagique avec une soirée d'échanges entre professionnels de santé et des formateurs de « formateurs ». Ces sessions pluri professionnelles de sensibilisation et d'échanges vise à repérer les conduites addictives à risque du public accueilli, à les aider à en prendre conscience et à favoriser le changement de comportement.

Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) proposent notamment, pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour leur entourage des consultations anonymes et gratuites. Ces structures présentent un bon maillage territorial en Alsace.

3.1. Accroître l'implication et la coordination des acteurs du parcours

Les propositions des participants ...

- Permettre aux acteurs du parcours de soins et plus particulièrement aux médecins généralistes d'avoir une connaissance exhaustive des dispositifs et structures de prise en charge des patients insuffisants cardiaques.
- Inciter les CPTS à organiser des formations pluridisciplinaires sur les différents territoires.
- Favoriser le recours à la réadaptation cardiaque. Après un séjour à l'hôpital, si les médecins hospitaliers ne renvoient pas le patient vers un centre de réadaptation ou un autre dispositif, les médecins généralistes ne se sentent pas nécessairement légitimes à le faire ou peuvent considérer que si le patient n'a pas été orienté par des spécialistes de la pathologie c'est probablement qu'il n'existe pas de besoin.
- Informer les professionnels de santé des possibilités de valorisation de leur implication dans la prise en charge spécifique des patients insuffisants cardiaques. Ainsi, en sortie d'hospitalisation, les patients peuvent bénéficier d'une prise en charge spécifique par les infirmières libérales. Pour autant, cet acte est peu facturé.
- Cartographier les dispositifs existants. Créer un annuaire départemental des dispositifs par phase avec une cartographie.
- Créer des synergies entre les acteurs.

3.2. Impliquer les patients et le grand public

Les propositions des participants ...

- Informer les patients, le grand public sur les facteurs de risque de l'insuffisance cardiaque : comportements alimentaires, addictions, etc.
- Augmenter le nombre de personnes formées aux gestes qui sauvent, en particulier l'entourage en formant largement à l'utilisation des défibrillateurs. De nombreuses structures proposent des formations notamment l'Association de Cardiologie d'Alsace.
- Informer les patients et les acteurs du parcours de soins de l'existence, territoire par territoire, de l'offre en matière de pratique d'activité physique tels que les parcours « Par'cœur Santé ».
- Généraliser l'utilisation de termes qui parlent aux patients en fonction de leurs intérêts comme « jardiner » plutôt que de parler de « faire du sport » afin de lever les freins sur la pratique d'activité physique.
- Favoriser la sensibilisation par les professionnels de santé aux actes de prévention en préconisant par exemple la marche 3 x 20 minutes par jour/semaine, prendre les escaliers plutôt que l'ascenseur, etc
- Utiliser des termes plus concrets pour faire connaître les risques liés à l'insuffisance cardiaque.

Pour comprendre de quoi il s'agit ...

L'Association de Cardiologie d'Alsace et le RCPO⁴ Alsace ont créé des parcours d'apprentissage de la marche rapide, appelés « Par'cœur Santé ». Ces parcours se composent de panneaux ludiques, sur un parcours de 2,4 km, donnant les indications pour pratiquer la marche rapide vecteur de santé. Cinq « Par'cœur Santé » ont été implantés en Alsace sur les communes d'Obernai, Kaysersberg, Molsheim, Wissembourg et Schirmeck.

4. S'appuyer sur les évènements existants

Il existe déjà de nombreux événements et de communications sur l'insuffisance cardiaque mais pas toujours visibles. Ces événements peuvent servir de levier en matière de prévention et de dépistage de l'insuffisance cardiaque. Parmi les événements cités figurent notamment la journée mondiale du cœur (29 septembre) et le Mois sans tabac (novembre).

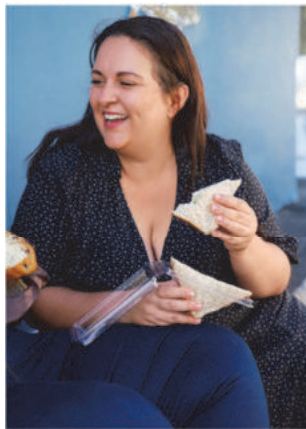
Les propositions des participants ...

- Rendre plus visibles ces événements en créant un site web qui permet de répertorier tous les dispositifs et évènements existants, notamment sur le modèle de ce qui se fait à Saverne avec la possibilité pour chaque acteur de notifier en direct son événement sur le site.
- Accroître l'implication des acteurs du parcours dans l'organisation et la participation aux événements locaux organisés par les associations telles que Alsace Cardio (Journée du cœur en avril à Strasbourg et en octobre à Colmar).

⁴ Le RCPO Alsace (Réseau Cardio Prévention Obésité) fait désormais partie du pôle Accompagnement Prévention Santé Alsace (APSA).

Atelier n° 3 – Réadaptation : comment favoriser le recours à la réadaptation cardiaque de phase 2 et de phase 3 ?

Cas illustratif



CELINE, 42 ans

Description du patient :

- Céline sort d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque dans le cadre d'une cardiopathie congénitale.
- Il s'agit d'une femme très pressée qui mange des plats cuisinés tous les midis et n'a pas le temps de faire de l'activité physique.
- Elle s'essouffle très vite et n'aime pas prendre des médicaments, elle utilise souvent l'homéopathie pour ses maux du quotidien.



1. L'existant

Il existe de nombreuses structures de phase II présentes sur le territoire : les centres de réadaptation cardiaque, les structures proposant des programmes d'éducation thérapeutique du patient. La répartition sur le territoire bas-rhinois est en revanche assez inégale et l'éloignement géographique est un frein au recours à la réadaptation.

Les structures contribuant à la réadaptation de phase III sont plus nombreuses et mieux réparties sur le territoire : maisons sport santé, clubs Cœur et santé, autres structures labellisées par le dispositif Prescri'mouv.

Parmi les raisons expliquant le faible recours à la réadaptation, il y a la volonté du patient de devenir acteur de sa santé et de participer aux programmes existants.

Sur la « bonne » durée d'un programme de réadaptation, il ressort qu'il faudrait peut-être des programmes de réadaptation personnalisés avec des durées différentes pour chaque patient : accompagnement plus ou moins long selon les personnes.

La question de la transition entre la phase II et la phase III est essentielle pour pérenniser les apports de la réadaptation.

2. Accroître le recours à la réadaptation

Les données de l'Assurance maladie montrent un faible recours à la réadaptation de phase II pour les patients insuffisants cardiaques (voir point I- 3.1.).

Les propositions des participants ...

- Proposer systématiquement la réadaptation à la sortie d'une hospitalisation.

- Engager des actions de promotion de la réadaptation auprès des médecins généralistes et cardiologues.
- Prendre des mesures incitatives à la prescription de la réadaptation cardiaque par le biais de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). L'intégration d'un indicateur en ce sens pourrait être de nature à favoriser cette bonne pratique.
- Proposer des modules d'ETP en e-learning ou des vidéos courtes sur les bonnes pratiques pour répondre notamment au frein de l'éloignement géographique.
- Faire plus de communication « grand public » sur ces programmes et notamment sur le sport santé. Les patients connaissant l'existence de ces programmes, ils pourront le cas échéant solliciter leur médecin généraliste ou cardiologue.
- Mener des campagnes d'information sur le déconditionnement (et ses symptômes) et les solutions de réentraînement à l'effort.
- Expliquer aux médecins et au grand public que le label « sport santé » est un gage de qualité. Les patients qui sont envoyés dans des associations sport santé se retrouvent avec des professionnels formés sur le sujet et compétents pour les prendre en charge. Le label « sport santé » doit rassurer.
- Valoriser les structures d'accueil non médicales après la réadaptation (type clubs Cœur et santé et structures labellisées sport santé) afin de favoriser la phase III et de la promouvoir auprès de celles et ceux qui souhaitent s'éloigner du statut de "patients" et devenir des pratiquants sport-santé/loisir.

3. Améliorer le passage d'une phase à l'autre

3.1. De la phase II à la phase III

Les patients se sentent « dorlotés » en phase II de réadaptation mais se sentent seuls pour trouver les relais nécessaires en phase III.

Les propositions des participants ...

- Mettre en place des passerelles entre les structures de phase II et III.
- Mettre en place un accompagnement du patient à l'autonomisation. Le patient doit apprendre à gérer lui-même sa maladie.
- Etablir, à destination des médecins généralistes, une liste personnalisée en fonction des territoires avec les dispositifs existants et les suites possibles. Les maisons Sport santé et les CPTS pourraient être des acteurs de relais pour réaliser ce travail.

3.2. De la phase III à la phase II

L'avantage de la réadaptation de phase III est qu'elle est moins « médicale ». Les patients n'ont pas envie de se sentir « malades » toute leur vie et le cadre associatif et collectif est plus neutre qu'un hôpital. Mais l'état du patient évolue au cours de sa vie et malheureusement pour certains, il peut y avoir des rechutes, des déconditionnements. Dans ces cas, il n'y a pas assez de liens entre les structures de phases III et II.

Les propositions des participants ...

- Proposer un nouvel accompagnement thérapeutique en piqûre de rappel ou de soutien.

En conclusion, les participant s'accordent à dire que la prévention en amont, en ciblant des patients avec des facteurs de risques et en proposant des programmes personnalisés, permettrait de réduire les besoins en matière de réadaptation.

Atelier n° 4 - Éducation : comment faire progresser l'éducation thérapeutique et la connaissance de la maladie ?

Cas illustratif



RICHARD, 76 ans

Description du patient :

- Richard est hypertendu, avec un antécédent d'infarctus du myocarde.
- Il pèse 100kg pour 1m70 (obésité) et ne se pèse jamais.
- Il ne connaît pas bien l'insuffisance cardiaque.



Hygiène de vie

1. Améliorer la connaissance de l'insuffisance cardiaque

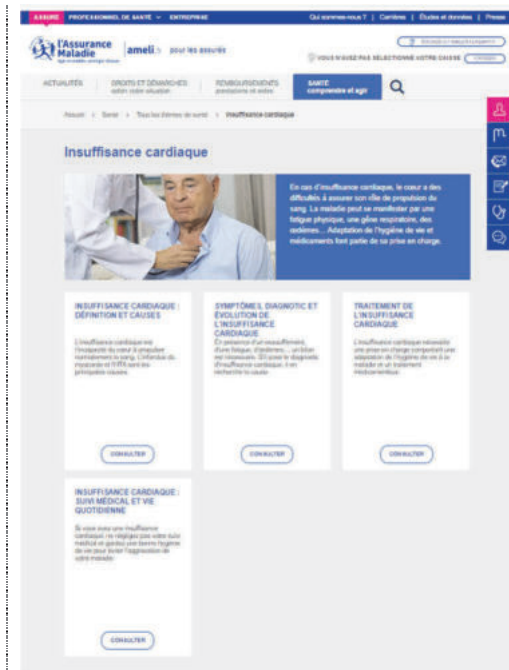
1.1. L'accessibilité à des informations fiables

Les patients, leurs proches mais également le grand public peut accéder facilement à des informations validées sur l'insuffisance cardiaque en consultant notamment les sites de l'assurance maladie (ameli.fr) ou de la Fédération Française de Cardiologie (FFC). D'autres sources d'information existent mais n'ont pas été évoquées lors des travaux en atelier.

Le site de l'Assurance maladie propose de nombreux contenus sur l'insuffisance cardiaque à destination des patients. Ces derniers sont regroupés en 4 parties.

- Définition et causes de la pathologie
- Symptômes, diagnostic et évolution de l'insuffisance cardiaque
- Traitement de l'insuffisance cardiaque
- Suivi médical et vie quotidienne

Pour accéder à ces informations, cliquez sur le lien suivant : ameli.fr/insuffisance-cardiaque





Cette brochure, comme les autres, est librement téléchargeable sur le site de la FFC.

Constituée de 12 pages d'informations sur l'insuffisance cardiaque, cette brochure aborde les sujets suivants :

- les principales causes ;
- les signes avant-coureurs ;
- les examens de confirmation ;
- les principaux traitements.

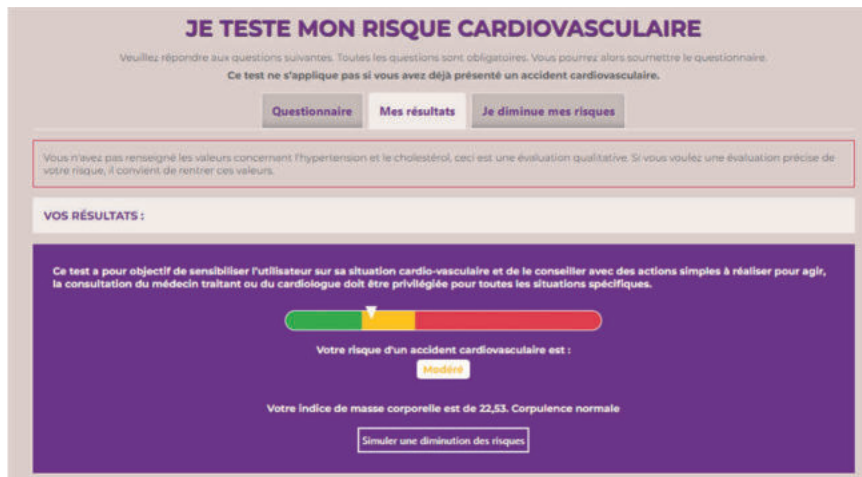
D'autres brochures sont disponibles sur Le site de la FFC propose également des brochures sur d'autres sujets concernant les patients insuffisants cardiaques :

- La santé du cœur – Protéger son cœur pour réduire les risques cardiovasculaires)
- Hypertension artérielle – Premier facteur de risque cardiovasculaire
- Le cholestérol – Agir pour réduire les risques cardiovasculaires)
- Les bienfaits de la réadaptation cardiaque – Activités physiques adaptées au sein des clubs cœur et santé
- Le tabac – Pour mon cœur, j'arrête maintenant !
- Stress et maladies cardiovasculaires - Les clés pour le combattre

Le site de la FFC donne également sur son site la possibilité de tester son risque cardiovasculaire.

En s'appuyant sur le profil, l'hérédité, les facteurs de risque lié au mode de vie (activité physique/sédentarité, tabagisme, alimentation, stress) et les autres facteurs de risque (hypertension, cholestérol, diabète, troubles du sommeil), le test permet d'évaluer le risque cardiovasculaire.

Il est possible de simuler une diminution du risque en anticipant des modifications de comportements telle que l'augmentation de l'activité physique, l'arrêt du tabac, etc



Des conférences sur les maladies cardiovasculaires, accessibles au grand public, sont organisées dans le département par des structures telles que l'Association de Cardiologie d'Alsace ou Alsace Cardio qui consacre sa Journée du Cœur 2024 au thème de l'insuffisance cardiaque.

Les propositions des participants ...

- Les sources d'informations existent. Dès lors, il n'est dès lors pas nécessaire d'en créer d'autres.
- Identifier les autres sources d'information contenant des données validées.
- Améliorer la visibilité de ces sources d'information pour les patients et le grand public ?
- Mettre à disposition de brochures dans les salles d'attente des médecins et dans les pharmacies.
- Diffuser des informations sur les abris de bus (visée éducative et informative sur les dispositifs existants en matière de prise en charge des patients)

1.2. La poursuite des campagnes de communication et de sensibilisation

Les propositions des participants ...

- Reconduire les campagnes nationales de communication menées par l'Assurance Maladie.
- Assurer un relai local des campagnes nationales.
- Diversifier les représentations des profils de patients (jeune / homme / femme...) dans les actions de communication.
- Rapprochement des centres socio-culturels pour proposer des exercices d'activité physiques dans un cadre plus convivial "effet de groupe"

2. Développer le recours à l'éducation thérapeutique

2.1. Les programmes et structures existantes

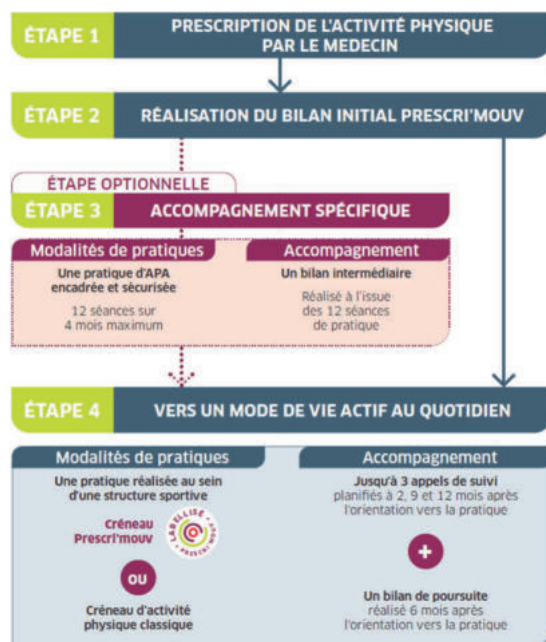
Les programmes et structures existantes évoquées par les participants.

Les **clubs Cœur et Santé** proposent tous de l'activité physique adaptée assurée par des professionnels formés. Ils travaillent en collaboration avec les réseaux de soins (pôle APSA) de proximité. Certains clubs proposent des ateliers diététiques, gestes qui sauvent. Concernant le « recrutement » des

patients : certains rejoignent les clubs directement d'autres passent préalablement par le pôle APSA (Accompagnement Prévention Santé Alsace).

Le centre hospitalier de Haguenau propose un programme de Prévention et d'Education thérapeutique, « **Cœur en forme** », assuré par une équipe pluri professionnelle composée d'un médecin, d'infirmières, d'une diététicienne, de secrétaires, d'une psychologue et d'une kinésithérapeute. Ce programme s'adresse à des patients hospitalisés ou en ambulatoire. L'adressage peut être fait par des médecins de ville.

Le **Programme ET3P** élaboré et financé par la MSA est un programme d'éducation thérapeutique collective pour des patients poly pathologiques. Il est déployé par les seules maisons de santé pluri professionnelles volontaires.



Prescri'mouv est un dispositif régional qui facilite la pratique d'activité physique en toute sécurité sur prescription médicale.

Il permet au médecin traitant d'orienter ses patients en toute sécurité vers une offre d'activité physique adaptée, de qualité et réalisée au plus proche de votre domicile.

Le dispositif s'adresse notamment aux personnes souffrant de limitations fonctionnelles modérées ou légères et atteintes d'une pathologie de la liste ALD 30.

2.2. L'information des acteurs du parcours et des patients

Les programmes d'ETP sont perçus comme des dispositifs efficaces mais ces derniers ne sont pas toujours bien identifiés par les professionnels de santé et les patients. Par ailleurs, les patients peuvent bénéficier parfois de programmes similaires proposés en milieu hospitalier ou en ambulatoire.

Les propositions des participants ...

- Améliorer l'information des professionnels de santé et des patients sur l'offre existante sur un territoire donné et le contenu des programmes.
- Assurer une complémentarité entre les différents programmes d'ETP et notamment entre ceux accessibles en milieu hospitalier et ceux proposés en ambulatoire.
- Dans les territoires ruraux et les petites villes, le Prescri'Mouv souffre d'un déficit d'information chez les professionnels de santé et les patients. Les médecins devraient bénéficier d'une plus large information sur ce dispositif pour pouvoir servir de relai.

2.3. L'adhésion des patients

Les propositions des participants ...

Pour favoriser l'adhésion des patients

- Réaliser un entretien individuel préalable pour échanger sur ce que la personne aime faire (meilleure adhésion que dans le cas d'exercices imposés sans concertation), pour monter un projet personnalisé.
- Organiser des séances sur l'alimentation avec les proches des patients.
- Importance de la mixité des profils de patients dans le cadre de l'activité physique.
- Accompagner les patients dans leur environnement de vie proche - cibler la pratique d'activité physique au long cours.
- L'activité physique adaptée doit être proposée en cours individuel ou collectif.
- Créer une routine d'exercices adaptés.
- Assurer une proximité qui permettrait de mieux accompagner les patients / meilleur résonance.
- S'appuyer sur la science comportementale, l'accompagnement au changement.
- Se rapprocher des centres socioculturels pour proposer des exercices d'activité physique dans un cadre plus convivial (« effet de groupe »).

2.4. La pérennisation de l'efficacité de l'éducation thérapeutique

Suite à un passage au sein d'une structure de réadaptation de phase II, les patients peuvent être perdus de vue. Les professionnels n'ont pas de visibilité sur la manière dont les patients vont poursuivre l'activité physique et le respect des recommandations hygiéno-diététiques.

Les propositions des participants ...

- Mettre en place une journée de rappel d'ETP : revoir les patients à un temps T à distance des programmes ETP (en présentiel) avec réévaluation des connaissances pour confirmer et améliorer la prise en charge initiale. Problématique du financement de ces journées de rappel.
- Organiser un suivi par une équipe mobile sportive au domicile des patients en post-programme ETP.
- Accompagner les patients dans leur environnement de vie proche - cibler la pratique d'activité physique au long cours.
- Généraliser les réunions de coordination pour le passage de la réadaptation de phase 2 vers la phase 3. L'objectif est d'anticiper la prise en charge en phase 3 et de coordonner la prise en charge du patient.

2.5. Les alternatives

Des alternatives devraient être proposées aux patients poursuivant une activité professionnelle et/ou préférant pratiquer en toute autonomie notamment en favorisant le distanciel plutôt que le présentiel.

Les propositions des participants ...

- Organiser à destination des patients des cours d'activité physique à distance (en visioconférence) assurés par des professionnels formés.
- Mettre à disposition des exercices adaptés aux patients insuffisants cardiaques et accessibles sur internet sous format de vidéos. Là encore les exercices doivent être élaborés par des professionnels.

- Favoriser l'intervention d'un masseur kinésithérapeute à domicile.

2.6. La mise en place de nouveaux programmes d'ETP

Afin de faciliter le déploiement des programmes d'ETP sur le territoire des aides au financement existent mais pas d'aide au montage des programmes. Les professionnels de santé libéraux peuvent se sentir démunis. Un accompagnement permettrait de favoriser la mise en place de programmes d'ETP au plus proche des populations : dans de plus petites villes ou dans des quartiers où les besoins ne sont pas couverts.

L'ARS Grand Est propose un Crédit Starter ETP⁵ pour développer de nouveaux programmes en réponse à des besoins identifiés. Une enveloppe de 10 000 euros maximum peut être attribuée à des professionnels de santé libéraux : CPTS, MSP, ESP, associations.

Les propositions des participants ...

- Fournir un appui pour faciliter la mise en place de programme d'ETP par les professionnels de santé de ville.
- Réexaminer la question du financement des programmes d'ETP de ville.

⁵ Plus d'informations sur l'ETP et les crédits starter

- <https://www.grand-est.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-etp-comment-monter-son-programme>
- <https://www.grand-est.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-lars-renove-sa-politique-de-deploiement-de-loffre-etp-en-grand#:~:text=Les%20cr%C3%A9dits%20starter%20ETP%20sont,des%20professionnels%20%C3%A0%20l'ETP.>
- <https://www.etp-grandest.org/credits-starter-ioffre-etp-en-grand-est/>
- <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient>

Atelier n° 5 - Sécurisation : comment éviter la décompensation en sortie d'hospitalisation ?

Cas illustratif



ROBERT, 80 ans

Description du patient :

- Robert sort d'hospitalisation pour une première décompensation d'IC.
- Il est sorti avec une ordonnance, a rendez-vous chez son cardiologue dans 4 mois et son médecin traitant ne peut le voir dans 3 semaines.
- Il vit seul et n'aime pas changer ses habitudes, il n'a pas non plus d'infirmier car il considère qu'il peut prendre seul son traitement.



1. S'appuyer sur le numérique en santé

1.1. Le recours à la télésurveillance

Ce dispositif est tout à fait adapté à la pathologie car elle concerne une majorité de patients âgés, qui peuvent être éloignés de lieux de soins ou domiciliés dans des déserts médicaux où l'accès au cardiologue est quasi-impossible. La télésurveillance nécessite l'accord du patient en amont. A titre préventif, la télésurveillance contribue à diminuer, voire éviter les réhospitalisations et à réduire le risque de décès

Les propositions des participants ...

- Développer le recours à la télésurveillance au profit des patients insuffisants cardiaques.

1.2. Le recours à Mon Espace Santé

Il s'agit d'un outil qui concerne tous les patients et leurs soignants. Ce dispositif permet d'améliorer l'accès aux informations propres à chaque patient. Il permet également une véritable coordination des soins et peut contribuer à la mise en place de séances d'éducation des patients.

Les propositions des participants ...

- Confier aux conseillers d'Assurance Maladie (CAM) la mission d'intervenir auprès des patients, dans le cadre du service de retour à domicile Prado, pour les aider à la création de leur compte Mon Espace Santé.
- Adopter une démarche spécifique vers le public confronté à la fracture numérique.
- Informer les patients sur le parcours de soins par le biais des conseillers Prado.
- Informer les patients sur les structures d'accompagnement (associations de patients) et de prise en charge notamment en matière de réadaptation et de recours à l'activité physique adaptée.

2. Optimiser le retour à domicile des patients

2.1. Le service de retour à domicile Prado

Il s'agit d'un dispositif proposé par les conseillers d'Assurance Maladie (CAM) aux patients hospitalisés au sein d'établissements hospitaliers ayant signé une convention avec l'Assurance maladie.

Il s'appuie sur la prise en charge du patient, en ville, par le médecin traitant en collaboration avec le cardiologue, l'infirmier libéral formé au suivi de l'insuffisance cardiaque. Il peut comprendre, si nécessaire, un service « d'aide à la vie » soumis à condition de ressources intégrant selon les besoins une aide au ménage et le portage de repas.

Les propositions des participants ...

- Développer le recours au service Prado dès lors que les conditions d'éligibilité sont remplies.
- Créer un dispositif type Prado hors hospitalisation, notamment au sein des CPTS dans le cadre de l'exercice coordonné, afin d'améliorer le parcours du patient insuffisant cardiaque qui n'aurait pas recours à l'hospitalisation.

Parmi les freins au déploiement de ce service :

- Tous les services hospitaliers accueillant des patients insuffisants cardiaques ne font pas appel au Prado.
- Toutes les infirmières libérales ne sont pas formées à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et de fait ne peuvent intervenir auprès des patients dans le cadre d'une prise en charge spécifique.

2.2. La lettre de liaison de sortie

Obligatoire depuis le 1er janvier 2017, la lettre de liaison de sortie (LLS) a pour objectif d'améliorer la coordination entre les différents professionnels de santé pour optimiser la prise en charge des patients à leur sortie d'hospitalisation. De son bon usage dépendent, en effet, la sécurité et la qualité des soins délivrés aux patients.

La transmission de la lettre au médecin traitant demeure par ailleurs une difficulté pour les établissements. En effet, l'envoi le jour même n'est effectué que dans un cas sur deux. Il apparaît que l'usage des lettres de liaison de sortie est encore perfectible pour qu'elles répondent au cadre obligatoire fixé en 2017.

L'Assurance maladie a mené en 2023 une campagne d'accompagnement auprès des établissements en écart aux pratiques afin de les sensibiliser sur la planification des soins à la sortie du patient, son traitement médicamenteux et la remise de cette lettre au patient via le dépôt du document sur l'espace numérique.

Les propositions des participants ...

- Améliorer le partage d'informations avec les professionnels de santé de ville en sortie d'hospitalisation par un recours plus systématique à la lettre de liaison.

3. Favoriser le recours à la réadaptation cardiaque et à l'éducation thérapeutique

3.1. La réadaptation cardiaque

Des ressources locales existent comme en témoignent les présentations faites lors de la première partie des Rencontres de l'insuffisance cardiaque (voir point III-3). Pourtant, cette orientation n'est pas toujours connue des médecins hospitaliers chargés d'organiser la prise en charge du patient en sortie d'hospitalisation. Par ailleurs, dans certains cas, le profil du patient n'est pas en adéquation avec le programme de réadaptation.

Les propositions des participants ...

- Développer le recours à la réadaptation cardiaque de phase II pour les patients insuffisants cardiaques. Précaution : s'assurer que les structures en place soient en capacité de faire face à un afflux de demandes.
- Informer les praticiens hospitaliers de l'offre existante sur le territoire et du contenu des programmes de réadaptation. Idem pour les médecins libéraux.
- Promouvoir le recours à la réadaptation auprès des médecins libéraux en s'appuyant sur les délégués de l'Assurance maladie.

3.2. L'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque

L'éducation du patient est un élément majeur de la prise en charge et de la prévention des complications de l'insuffisance cardiaque. Les preuves d'une réduction de morbi-mortalité existent et mettent en évidence le rôle essentiel de l'éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques permet d'améliorer le pronostic de la pathologie et peut garantir une meilleure qualité de vie.

Sa fréquence doit être individualisée, afin d'actualiser le bilan éducatif partagé, de répondre aux besoins du patient et d'accompagner les changements de thérapeutique ; elle est adaptée au niveau de connaissances et aux représentations du patient, au degré de sévérité et à l'évolution de la maladie.

Les propositions des participants ...

- Développer le recours à l'éducation thérapeutique.

4. S'appuyer sur les professionnels de santé

4.1. Le recours par le médecin généraliste à la consultation complexe en post-hospitalisation

Les consultations complexes concernent certaines pathologies complexes ou instables et des situations particulières impliquant un fort enjeu de santé publique. Sont concernées des maladies longues et/ou chroniques évoluant constamment. Le médecin doit alors, en dialogue avec le patient, adapter sa pratique et les traitements régulièrement.

Les propositions des participants ...

- Prévoir des créneaux de consultation dédiés.
- Ajouter dans le bilan de la consultation longue, la cure de réadaptation cardiaque.

4.2. La prise en charge du patient insuffisant cardiaque par le pharmacien

Le pharmacien d'officine est le premier relais de l'information auprès des patients. Il tient donc un rôle prépondérant dans le dépistage et le suivi de l'insuffisance cardiaque, une maladie fréquente, sévère, avec des conséquences graves pour les patients.

Son rôle est aussi central dans le suivi du patient atteint d'insuffisance cardiaque. En suscitant le dialogue au comptoir, le pharmacien peut :

- identifier et réduire le risque iatrogène, potentiellement élevé chez ces patients qui, en plus de l'insuffisance cardiaque, souffrent fréquemment d'autres pathologies associées pour lesquelles ils reçoivent également un traitement médicamenteux ;
- évaluer la qualité de l'observance au traitement ;
- prévenir les épisodes de décompensation en repérant les signes d'alerte « EPOF ».

Tous les patients insuffisants cardiaques sont concernés du fait de l'instauration de leur nouveau traitement.

Un projet d'expérimentation de type « article 51 » intitulé Atout Cœur 67 sur la prise en charge des patients en post syndrome coronarien aigu pourrait servir d'inspiration. Il prévoit notamment une conciliation médicamenteuse lors de l'hospitalisation et un relai pris par le pharmacien de ville avec des rendez-vous avec le patient à M+1, M+6 et M+12 (entretiens intermédiaires avec le patient de 5 à 10 min).

Les propositions des participants ...

- S'appuyer plus fortement sur les pharmaciens dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques en général et plus spécifiquement en sortie d'hospitalisation.

4.3. Le recours aux infirmières spécialisées en insuffisance cardiaque

Les infirmières spécialisées en insuffisance cardiaque (voir point III-1) deviennent un des acteurs incontournables de la prise en charge globale des patients insuffisants cardiaques.

Elles coordonnent, en concertation avec les cardiologues, le parcours des patients, elles optimisent leur traitement médicamenteux et suivent l'évolution de l'état de santé grâce au dispositif de télésurveillance. Elles réalisent des consultations précoces en sortie d'hospitalisation pour prévenir les décompensations cardiaques et les réhospitalisations.

La mise en œuvre d'ISPIC implique un investissement pour l'établissement compte tenu du programme de formation que les infirmières doivent suivre.

Les propositions des participants ...

- Inciter les établissements hospitaliers à recourir aux infirmières spécialisées en insuffisance cardiaque dans le cadre d'un protocole de coopération.

5. Développer la formation des professionnels de santé

Les propositions des participants ...

- Intégrer le recours à la réadaptation des patients insuffisants cardiaques dans la formation initiale des internes en médecine.
- Former les infirmières libérales sur l'insuffisance cardiaque en s'appuyant sur les CPTS.

6. Les évènements autour de l'insuffisance cardiaque

L'amélioration de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques en sortie d'hospitalisation passe également par une sensibilisation des patients et de leur entourage. Les manifestations suivantes permettent d'y contribuer.

Campagne de sensibilisation grand public (EPOF)

« Insuffisance cardiaque : et si votre cœur essayait de vous dire quelque chose ? » C'est avec cette accroche qui invite au questionnement que l'Assurance Maladie a lancé sa nouvelle campagne de sensibilisation autour de l'insuffisance cardiaque.

La campagne met en avant les signaux d'alerte – essoufflement inhabituel, prise de poids rapide, pieds et chevilles gonflés, fatigue excessive – afin de susciter, chez celles et ceux qui présenteraient un ou plusieurs de ces signes, une prise de conscience ainsi qu'une discussion avec leur médecin.

La journée mondiale du cœur

Organisée chaque année le 29 septembre, la journée mondiale du cœur vise à mieux faire connaître au grand public les facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires (mauvaise alimentation, manque d'activité physique, tabagisme et usage nocif de l'alcool) et ainsi, favoriser leur prévention.

Parcours du cœur

Les Parcours du Cœur sont la plus grande opération de prévention-santé organisée en France avec 160 000 participants dans 784 villes. Ils ont pour but de faire reculer les maladies cardiovasculaires par l'information, le dépistage, l'apprentissage de pratiques de vie plus saines.

Les rencontres de l'insuffisance cardiaque du 5/10/2023 à Strasbourg

Ce type d'évènement permet de fédérer et d'associer tout le panel de compétences autour de la pathologie. Faire connaître les dispositifs de prise en charge tout au long du parcours, identifier les points de rupture et faciliter le lien ville-hôpital-ville.