



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ACTES ET PRESTATIONS – AFFECTION DE  
LONGUE DURÉE

## **Insuffisance cardiaque systolique\***

\* Rédaction conforme au décret n°2011-77 du 19 janvier 2011 ; la fraction d'éjection mesurée au repos étant inférieure à 40 %. Aussi désignée sous le terme « insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite »



**Juillet 2015**

Ce document est téléchargeable sur :

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de Santé

Service des maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

## Sommaire

1. Avertissement _____	4
2. Critères médicaux d'admission en vigueur (Décret n° 2011-74-75-77 du 19 janvier 2011 et n°2011-726 du 24 juin 2011) _____	5
3. Professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins _____	6
4. Biologie _____	8
5. Actes techniques _____	10
6. Traitements _____	11
6.1 Traitements pharmacologiques()	11
6.2 Autres traitements/soins	13
7. Dispositifs médicaux implantables _____	14
8. Annexe. Actes et prestations non remboursés _____	15

### Mise à jour des actes et prestations ALD (APALD)

*Les actes et prestations ALD (APALD) sont actualisés une fois par an et disponibles sur le site internet de la HAS ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).*

# 1. Avertissement

## Contexte Affection de longue durée (ALD)

Les ALD sont des affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (article L.324-1).

Depuis la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, l'exonération du ticket modérateur pour l'assuré, est soumise à l'admission en ALD à l'aide d'un protocole de soins établi de façon conjointe entre le médecin traitant et le médecin-conseil de la Sécurité sociale, signé par le patient.

## Missions de la HAS en matière d'ALD

*Conformément à ses missions, ( article L 161-37-1 et art. R. 161-71 3), la Haute Autorité de santé formule des recommandations sur les actes et prestations nécessités par le traitement des affections mentionnées à l'article L.324-1 pour lesquelles la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application du 3° et 4° de l'article L.322-3 :*

Par ailleurs, elle :

- émet un avis sur les projets de décret pris en application du 3° de l'article L. 322-3 fixant la liste des affections de longue durée ;
- formule des recommandations sur les critères médicaux utilisés pour la définition de ces mêmes affections ;
- formule des recommandations sur les actes médicaux et examens biologiques que requiert le suivi des affections relevant du 10° de l'article L.322-3.

## Objectif du document actes et prestations ALD

Le document actes et prestations ALD est une **aide à l'élaboration du protocole de soins établi pour l'admission en ALD** d'un patient, ou son renouvellement. Il est proposé comme **élément de référence pour faciliter le dialogue entre le malade, le médecin traitant et le médecin conseil.**

Ce n'est ni un outil d'aide à la décision clinique, ni un résumé du guide.

## Contenu du document actes et prestations ALD

Ce document **comporte les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, selon les règles de droit commun ou des mesures dérogatoires.** Ainsi les utilisations hors AMM ou hors LPPR n'y seront inscrites qu'en cas de financement possible par un dispositif dérogatoire en vigueur. Il faut noter que les prescriptions hors AMM, y compris dans ces dispositifs dérogatoires, sont assorties de conditions, notamment une information spécifique du patient.

**Le document actes et prestations n'a pas de caractère limitatif.** Le guide peut comporter des actes ou prestations recommandés mais ne bénéficiant pas d'une prise en charge financière. Aussi **l'adaptation du protocole de soins à la situation de chaque patient relève du dialogue entre le malade, le médecin traitant et le médecin conseil de l'assurance maladie.**

## 2. Critères médicaux d'admission en vigueur (Décret n° 2011-74-75-77 du 19 janvier 2011 et n°2011-726 du 24 juin 2011)

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD 5 « Insuffisance cardiaque grave, troubles graves du rythme cardiaque, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves » : (Extrait)

**L'insuffisance cardiaque systolique (ICS)** symptomatique chronique associant :

- des symptômes de l'insuffisance cardiaque (au repos ou à l'effort) présents ou retrouvés dans les antécédents

et

- une preuve objective d'une dysfonction cardiaque systolique au repos avec une fraction d'éjection (FE) < 40 %.

L'insuffisance cardiaque est irréversible en l'absence de cause curable.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de 5 ans, renouvelable.

### 3. Professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins

Bilan initial	
<b>Professionnels</b>	
Médecin généraliste	Tous les patients : diagnostic, évaluation de la gravité, bilan des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires, des maladies cardiaques causales et des comorbidités associées
Cardiologue	Tous les patients : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmation du diagnostic et évaluation de la gravité</li> <li>• Enquête étiologique et anomalies cardio-respiratoires associées</li> <li>• Estimation du pronostic</li> <li>• Interprétation de l'échocardiographie-doppler</li> <li>• Interprétation de l'ECG : troubles du rythme et de la conduction</li> </ul>
Médecin interniste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploration étiologie complexe</li> </ul>
Traitement de l'insuffisance cardiaque stable et suivi	
<b>Professionnels</b>	
Médecin généraliste	Tous les patients : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement et suivi</li> <li>• Coordination de l'ensemble des prises en charge du patient</li> <li>• Surveillance de la tolérance et de l'efficacité de la prise en charge</li> <li>• Évaluation de l'adhésion et de l'état nutritionnel</li> </ul>
Cardiologue	Tous les patients : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposition de traitement et suivi, en appui au médecin traitant</li> <li>• Prescription de l'éducation thérapeutique (ETP) et de réadaptation cardiaque</li> <li>• Prescription initiale de <math>\beta</math>-bloquant</li> <li>• Avis pour l'augmentation des posologies d'Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC) et <math>\beta</math>-bloquant</li> <li>• Ajout si nécessaire de diurétiques de l'anse ou thiazidiques, d'antagonistes des récepteurs de l'aldostérone (voire ARA II) si traitement standard insuffisant</li> <li>• Traitement des troubles du rythme ventriculaire ou d'une fibrillation atriale mal tolérée</li> <li>• Avis lors du premier épisode de décompensation</li> <li>• Indication de stimulation biventriculaire, de cardiologie interventionnelle ou de chirurgie</li> </ul>

<b>Bilan initial</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Évaluation de l'adhésion et de l'état nutritionnel</li> </ul>
<b>Recours selon besoin</b>	
Infirmière	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Soins prescrits</li> <li>● Surveillance clinique hebdomadaire si justifiée</li> <li>● Accompagnement et ETP               <ul style="list-style-type: none"> <li>- si formée, seule ou dans le cadre d'une structure</li> </ul> </li> </ul>
Médecin de réadaptation cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reconditionnement à l'effort pour préserver autonomie, activité professionnelle ou sociale</li> <li>● Préparation à la transplantation</li> </ul>
Gériatre	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Personne âgée polyopathologique ou syndrome gériatrique (chutes, troubles cognitifs, dénutrition...)</li> </ul>
Cardiologue à orientation rythmologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Si indication de stimulation biventriculaire</li> </ul>
Néphrologue	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Insuffisance rénale sévère</li> </ul>
Pneumologue	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pathologie pulmonaire sévère associée</li> </ul>
Endocrinologue Diabétologue	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dysthyroïdie</li> <li>● Diabète mal équilibré</li> </ul>
Addictologue	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aide au sevrage de l'alcool ou à d'autres addictions</li> </ul>
Équipe de soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Si besoin</li> </ul>
Kinésithérapeute	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pour proposer une activité physique adaptée, après avis du cardiologue</li> </ul>
Diététicien	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Régime sans sel</li> <li>● Index de masse corporelle (IMC) très élevé ou très bas</li> </ul>
Moniteur d'activité physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pour la reprise d'une activité physique adaptée</li> </ul>

## 4. Biologie

Examens	
<p>Créatininémie et estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) avec l'équation CKD-EPI pour dépistage, diagnostic, suivi d'une atteinte rénale</p> <p>Créatininémie avec estimation de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft et Gault) : pour surveillance des traitements / ajustement des posologies des médicaments</p> <p>Natrémie, kaliémie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bilan initial</li> <li>● À chaque étape de la phase de titration IEC, diurétique, antialdostérone, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) Après toute modification thérapeutique (IEC, ARA II, antialdostérone, diurétique)</li> <li>● En cas d'événements intercurrents : infection, chute, etc.</li> <li>● Suivi</li> </ul> <p>Si prescription d'un anticoagulant oral d'action directe (AOD) anciennement dénommés NACO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Systématiquement, avant initiation du traitement</li> <li>- Tous les 6 mois chez les personnes de plus de 65 ans ou pesant moins de 80 kilos ou si la clairance est comprise entre 30 et 60ml/mm</li> <li>- Tous les 3 mois, si clairance inférieure à 30 ml/mm.</li> </ul>
Albuminémie, urée	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bilan initial</li> <li>● En cas d'événements intercurrents</li> </ul>
Hémogramme	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bilan initial</li> <li>● En cas d'événements intercurrents (anémie)</li> </ul>
Enzymes hépatiques Glycémie	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bilan initial et événements intercurrents</li> </ul> <p>Si prescription d'un anticoagulant oral d'action directe (AOD) anciennement dénommés NACO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Systématiquement avant initiation du traitement</li> <li>- Au moins une fois par an</li> </ul>
Bilan d'une anomalie lipidique	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bilan initial</li> <li>● Suivi</li> </ul>
TSH	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bilan initial</li> <li>● Dysthyroïdie</li> </ul>
INR TCA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Traitement anticoagulant par AVK (minimum 1/mois chez patient stable)</li> <li>● Si besoin, en cas de traitement par nouvel anticoagulant oral</li> </ul>



BNP ou NT pro-BNP <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En cas de doute diagnostique</li> <li>● En cas de suspicion de décompensation</li> </ul>
Digoxinémie	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Si insuffisance rénale même modérée, surtout chez la personne âgée</li> <li>● Signes d'intolérance</li> </ul>
<p>Bilan biologique à compléter le cas échéant pour compléter l'enquête étiologique selon le contexte : recherche phéochromocytome, acromégalie, maladie de système, carence vitaminique, etc.</p>	

<sup>1</sup> Faire le dosage des peptides natriurétiques **BNP ou NT-proBNP** toujours dans le même laboratoire, s'il y a lieu de les répéter, au cours du suivi.

## 5. Actes techniques

Actes	
ECG de repos	Tous les patients <ul style="list-style-type: none"> <li>• À chaque consultation de cardiologie</li> <li>• En cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique</li> <li>• Lors de la titration des bêtabloquants</li> </ul>
Échocardiographie doppler	Tous les patients <ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de signe d'appel</li> <li>• En cas d'aggravation</li> <li>• Tous les 1-2 ans si état stable (stade II NYHA)</li> </ul>
Radiographie pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de doute sur une pathologie pulmonaire associée</li> <li>• En cas de signe d'appel</li> </ul>
Holter ECG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de trouble du rythme cardiaque</li> <li>• En cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique</li> </ul>
Test d'effort +/-VO2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si déconditionnement musculaire nécessitant un ré-entraînement à l'effort</li> </ul>
Polysomnographie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de suspicion d'apnées du sommeil : ronflement, fatigue et somnolence diurne</li> </ul>
Cardioversion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de fibrillation atriale, si un retour en rythme sinusal est recherché</li> </ul>
Echographie trans-œsophagienne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche d'une anomalie morphologique ou d'un thrombus</li> <li>• Si échographie transthoracique insuffisamment contributive</li> </ul>
Implantation de dispositifs médicaux implantables automatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipe spécialisée</li> <li>• Réduction de troubles du rythme atriaux ou ventriculaires persistants sous traitement médicamenteux</li> </ul>
Transplantation cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge et équipe spécialisée</li> </ul>

## 6. Traitements

Le traitement de l'insuffisance cardiaque comprend aussi le traitement des maladies cardio-vasculaires causales (hypertension artérielle, infarctus du myocarde, valvulopathies), la réduction des risques neuro-cardio-vasculaires et les complications cardiaques les plus fréquentes (troubles du rythme). Ces traitements doivent être compatibles avec celui de l'insuffisance cardiaque.

### 6.1 Traitements pharmacologiques<sup>2</sup>

<b>Traitement symptomatique</b>	
Diurétiques de l'anse (furo-sémide, bumétanide)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de rétention hydrosodée</li> <li>• Adaptation à chaque patient (posologie minimale)</li> <li>• Surveillance de la fonction rénale et du ionogramme</li> </ul>
<b>Traitement de fond recommandé associe un inhibiteur de l'enzyme de conversion et un <math>\beta</math>-bloquant</b>	
<b>Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) :</b> captopril, cilazapril, enalapril, fosinopril, lisinopril, périmopril, quinapril, ramipril, trandolapril	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les patients, sauf contre-indication</li> <li>• Adaptation individuelle à chaque patient (posologie maximale recommandée si tolérée)</li> <li>• Trandolapril seulement après infarctus du myocarde récent</li> </ul>
<b><math>\beta</math>-bloquants :</b> bisoprolol, carvedilol, métoprolol, nébivolol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les patients, sauf contre-indication</li> <li>• Adaptation individuelle à chaque patient (posologie maximale recommandée si tolérée)</li> </ul> <p><b>Sotalol est contre-indiqué en cas d'insuffisance cardiaque</b></p>
Antialdostérone spironolactone ou éplérénone)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chez les patients restant symptomatiques pouvant faire l'objet d'un suivi biologique attentif, sans insuffisance rénale</li> <li>• Éplérénone seulement après infarctus du myocarde récent</li> </ul> <p><b>Les autres diurétiques « épargneurs » de potassium sont contre-indiqués</b></p>
Antagonistes de des récepteurs de l'angiotensine II : candesartan, losartan, valsartan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur avis cardiologique</li> <li>• En 2<sup>me</sup> intention, en cas d'intolérance vraie aux IEC</li> <li>• Peuvent être associés aux IEC chez les patients restant symptomatiques et pouvant faire l'objet d'un suivi attentif</li> </ul> <p><b>La triple association - inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) et antialdostérone est contre-indiquée</b></p>

<sup>2</sup> Les guides mentionnent généralement une classe thérapeutique. Le prescripteur doit s'assurer que les médicaments prescrits appartenant à cette classe disposent d'une indication validée par une autorisation de mise sur le marché (AMM). Dans le cas d'une prescription hors AMM, établie en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, celle-ci doit faire l'objet d'une information complémentaire spécifique pour le patient.

<b>Si facteurs de risque cardio- neuro vasculaires ou maladies cardiaques ou rénales associées</b>	
Hypertension artérielle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II), <math>\beta</math>-bloquants compatibles avec insuffisance cardiaque</li> </ul>
Diabète	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cf. ALD n°8</li> </ul>
Insuffisance coronaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cf. ALD n°5</li> </ul>
Insuffisance rénale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cf. ALD n°19</li> </ul>
<b>Traitement d'une fibrillation atriale</b> (Cf. APALD fibrillation atriale)	
Digoxine	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de fibrillation atriale à rythme ventriculaire rapide malgré une dose optimale de <math>\beta</math>-bloquants et symptômes persistants</li> </ul>
Amiodarone	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cardiologue</li> <li>Réduction et maintien du rythme sinusal après un épisode de FA (Cf. ALD fibrillation atriale de février 2014)</li> <li>Association amiodarone dabigatran est à surveiller</li> </ul>
<b>Traitement des troubles du rythme ventriculaire graves</b> (Cf. APALD troubles du rythme ventriculaire)	
<b>Prévention des accidents thromboemboliques et du risque hémorragique en cas de FA<sup>3</sup></b>	
Anti vitamines K	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévention des embolies systémiques (ES) systématiques en cas de <b>FA valvulaire et non valvulaire</b>, quel que soit le type de FA paroxystique récidivante, persistante récurrente ou permanente</li> <li>INR entre 2 et 3</li> <li>Adaptation individuelle indispensable et suivi régulier</li> </ul>
Inhibiteurs directs du facteur Xa : apixaban & rivaroxaban <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uniquement en cas de <b>FA non valvulaire</b>, quel que soit le type de FA paroxystique récidivante, persistante récurrente ou permanente</li> <li>En 2<sup>me</sup> intention si le maintien de l'INR cible sous AVK ne peut être assuré ou si AVK mal tolérés ou contre-indiqués</li> </ul> <p>Il est indispensable d'estimer la fonction rénale (Cokroft) avant initiation du traitement, puis surveiller régulièrement cette dernière. La surveillance est annuelle et plus fréquente en cas d'insuffisance rénale modérée entre 30 et 60 ml/min ou de situations susceptibles de l'altérer même de façon temporaire.</p> <p>Prudence chez les patients âgés polyopathologiques. Leurs contre-indications spécifiques sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fibrillation atriale valvulaire,</li> <li>DFG &lt; 15 mL/min pour apixaban et rivaroxaban</li> <li>Atteinte hépatique sévère.</li> </ul>

3

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1252051/fr/prevention-vasculaire-apres-un-infarctus-cerebral-ou-un-accident-ischemique-transitoire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1252051/fr/prevention-vasculaire-apres-un-infarctus-cerebral-ou-un-accident-ischemique-transitoire)

Bon usage des médicaments/ fibrillation non valvulaire et anticoagulants oraux d'action directe

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/fs\\_bum\\_naco\\_v5.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/fs_bum_naco_v5.pdf)

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage\\_en\\_avk\\_situations\\_a\\_risque\\_et\\_accidents\\_hemorragiques\\_-\\_synthese\\_des\\_recommandations\\_v2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_synthese_des_recommandations_v2.pdf)

[http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/26ed375830c56499badf0014eb3bb81b.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/26ed375830c56499badf0014eb3bb81b.pdf)

	<p>Ces spécialités présentent les mêmes précautions d'emploi et contre-indications que les AVK. Le risque de saignement existe comme pour tout traitement anticoagulant. Il est nécessaire d'informer les patients des risques liés à l'arrêt d'un traitement anticoagulant, même en cas de retour en rythme sinusal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apixaban<sup>4</sup> : SMR important &amp; ASMR IV (mineur)</li> <li>• Rivoxaban<sup>3</sup> : SMR Important &amp; ASMR V (inexistant)</li> </ul>
Inhibiteurs directs de la thrombine : dabigatran <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uniquement en cas de <b>FA non valvulaires</b>, quel que soit le type paroxystique récidivante, persistante récurrente ou permanente,</li> <li>• En 2<sup>ème</sup> intention si le maintien de l'INR cible sous AVK ne peut être assuré ou si AVK mal tolérés ou contre-indiqués.</li> </ul> <p>Il est indispensable d'estimer la fonction rénale (Cokroft) avant initiation du traitement, puis surveiller régulièrement cette dernière.</p> <p>Prudence chez les patients âgés polypathologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Association amiodarone dabigatran à surveiller</li> <li>• Dabigatran<sup>3</sup> : SMR modéré &amp; ASMR V (inexistant)</li> </ul>
Antiagrégants (aspirine à dose faible +/- clopidogrel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alternative thérapeutique seulement en cas de contre-indication aux anti-vitamines K ou anticoagulants oraux</li> </ul>
<b>Prévention</b>	
Vaccinations	Vaccination antigrippale et anti pneumococcique (Cf.calendrier vaccinal) Tous, sauf contre-indication
<p><b>Médicaments à éviter:</b> inhibiteurs calciques bradycardisants (verapamil, diltidien) ; antiarythmiques de classe I &amp; IC (cibenzoline, disopyramide, flecainide, hydroquinidine, propafénone, etc.) ; les anti-inflammatoires non stéroïdiens, corticoïdes, anticholinestérasiques, mémantine, lithium.</p> <p>Médicaments cardiotoxiques : trastuzumab, inhibiteurs de la tyrosine kinase, monoxide (forme retard).</p>	

## 6.2 Autres traitements/soins

Traitements	Situations particulières
Éducation thérapeutique	<b>L'éducation thérapeutique</b> s'inscrit dans le parcours du patient. Les professionnels de santé en évaluent la nécessité pour chaque patient. Elle n'est pas opposable au malade, et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie (art. L. 1161-1 du Code de la santé publique <sup>5</sup> ).
Réadaptation cardiaque	Réadaptation à l'effort (maintien de l'autonomie, retour à domicile) Préparation à la transplantation
Soins palliatifs	Soins de support lors des étapes critiques de la maladie et sa phase terminale
Suivi pluriprofessionnel en sortie d'hospitalisation	Retour à domicile après hospitalisation

<sup>4</sup> AOD anticoagulants oraux d'action directe <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

<sup>5</sup> <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891758&dateTexte=&categorieLien=cid>

## 7. Dispositifs médicaux implantables

Dispositifs ou chirurgie	Situations particulières
Stimulateur avec resynchronisation atrio-ventriculaire	Patients implantés Suivi spécialisé
Défibrillateur cardiaque implantable	Patients implantés Suivi spécialisé
Système d'assistance circulatoire mécanique	En cas d'intervention cardiaque & suivi spécialisé
Le traitement des apnées centrales du sommeil par ventilation auto-asservie est contre-indiquée chez les patients présentant une insuffisance cardiaque à FE réduite (avis du 2 juin 2015 de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé)	

## 8. Annexe. Actes et prestations non remboursés

*Prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation ; prise en charge possible dans le cadre de structures hospitalières, d'un réseau, d'une expérimentation PRADO ou de programmes autorisés par les agences régionales de santé.*

Soins	Situations particulières
<b>Éducation thérapeutique (ETP)</b>	<b>L'éducation thérapeutique</b> s'inscrit dans le parcours du patient. Les professionnels de santé en évaluent la nécessité pour chaque patient. Elle n'est pas opposable au malade, et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie (art. L. 1161-1 du Code de la santé publique <sup>4</sup> )
<b>Diététicien</b>	Un régime pauvre en sel est recommandé, l'apport protéino-calorique doit cependant être suffisant surtout chez la personne âgée pour éviter tout risque de dénutrition  Index de masse corporelle (IMC) très élevé ou très bas
<b>Moniteur d'activité physique</b>	Une activité physique adaptée régulière est recommandée.
<b>Soutien psychologique</b>	Un soutien psychologique peut être nécessaire pour accompagner l'évolution du comportement alimentaire et réduire l'impact de la maladie sur la qualité de vie
<b>Suivi pluriprofessionnel en sortie d'hospitalisation</b>	<i>Le programme PRADO de l'assurance maladie accompagne le retour au domicile après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque aigüe est présent dans 33 départements</i>
<b>Soins palliatifs</b>	<i>Recommandés pour accompagner les étapes critiques de la maladie et en phase terminale</i>
<b>Télesurveillance</b>	<i>En expérimentation</i>



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)