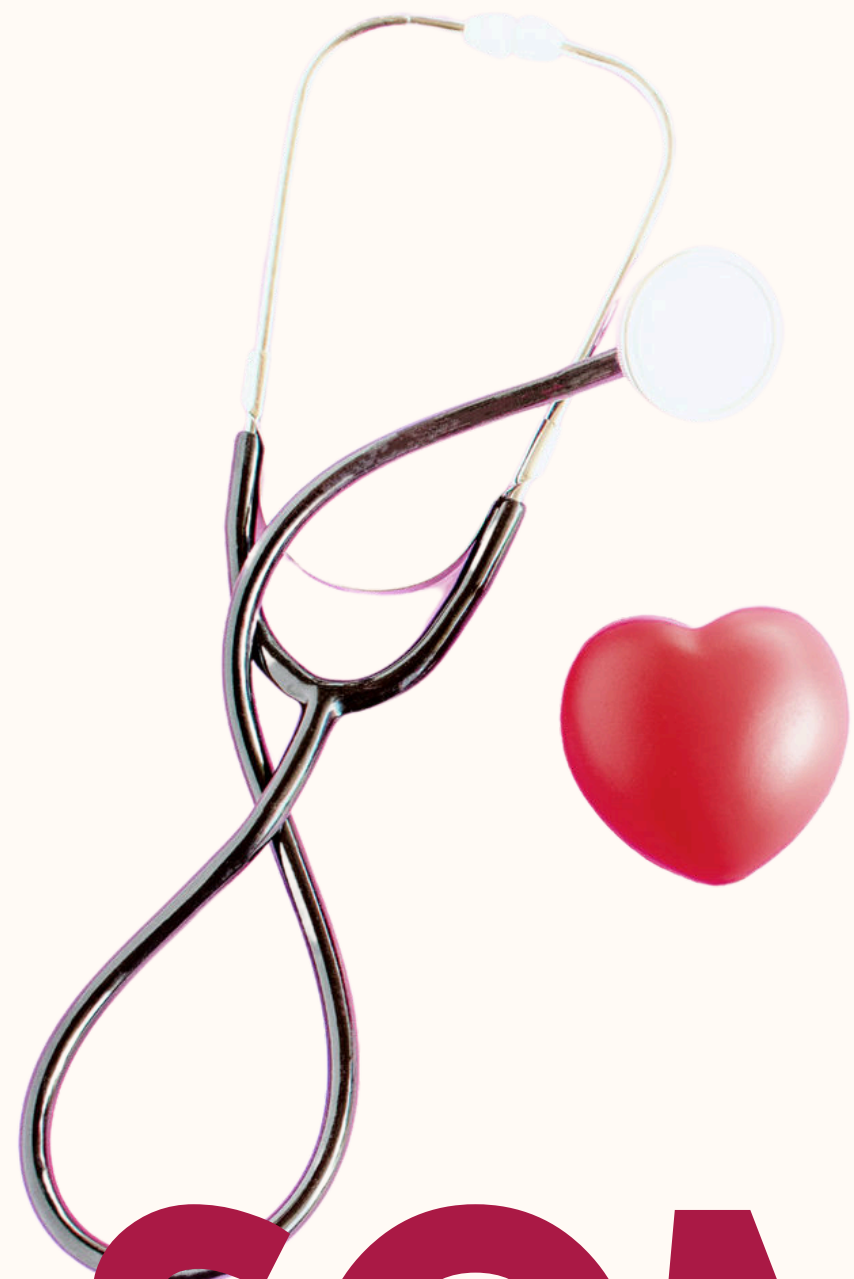




# INSUFFISANCE CARDIAQUE

**LE RÔLE DES IDE DANS LA PRISE EN CHARGE**





# SOM- MAIRE

**QUELQUES CHIFFRES**

---

**CLINIQUE**

---

**PRISE EN CHARGE**

---

**EDUCATION  
THÉRAPEUTIQUE**

---

**LE RÔLE DE L'IDE**

---

**COTATION**

---

**PROTOCOLES**

# QUELQUES CHIFFRES

**1,5 millions**

de personnes  
seraient atteintes  
de cette pathologie  
soit

**2,3 %**

de la population

L'espérance de vie à

**5 ans**

est de

**50 %**

et toute hospitalisation à la  
suite d'une décompensation  
altère celle-ci.

**120 000**

nouveaux cas  
diagnostiqués  
chaque année

**165 000**

hospitalisations  
par an

**70 213**

décès  
par an en  
moyenne

# DÉFINITION



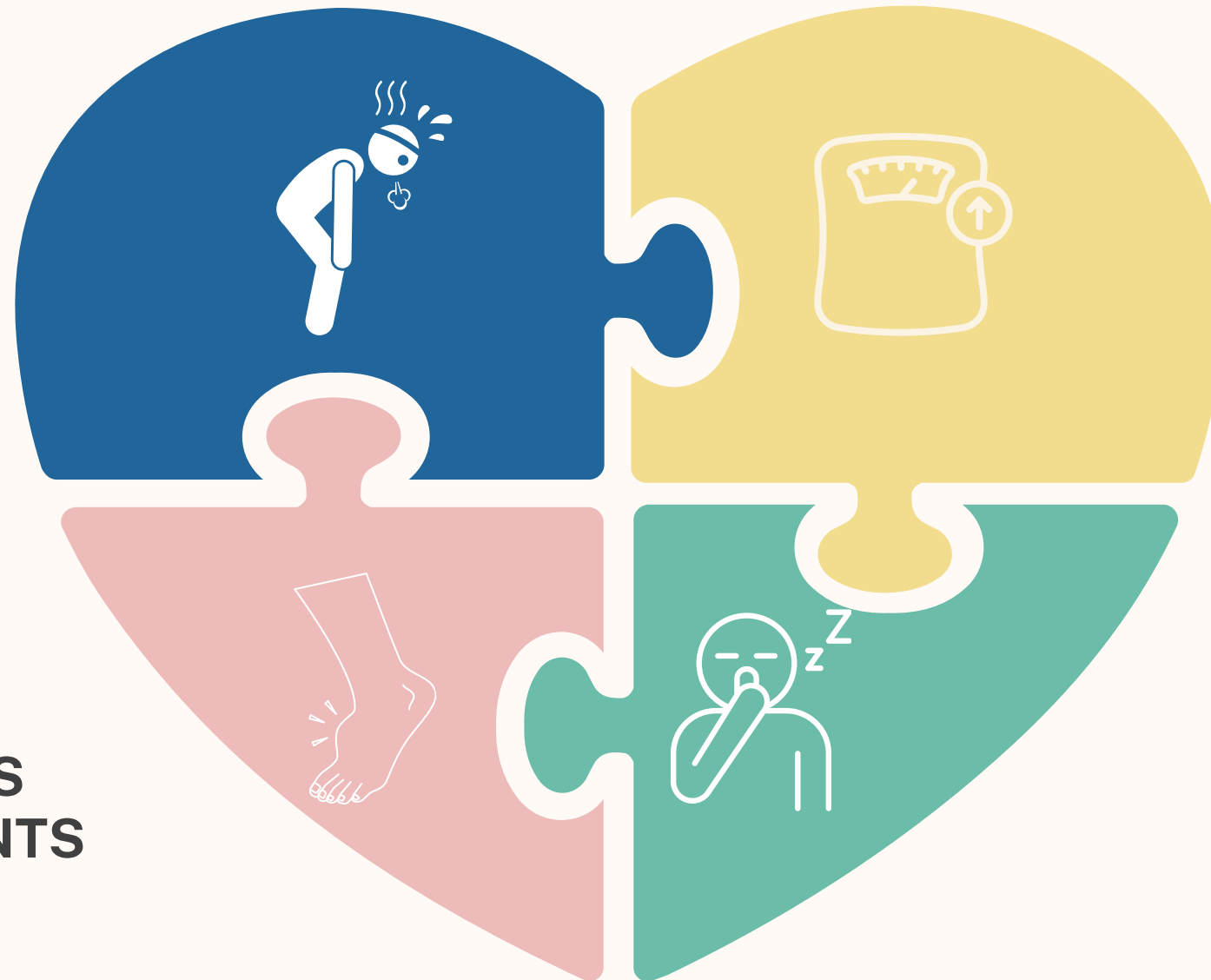
**Difficultés pour le cœur à assurer un débit sanguin adapté aux besoins des différents organes et/ ou à fonctionner avec des pressions de remplissage normales.**



# SIGNES D'ALERTE = EPOF

PREMIERS SYMPTÔMES :  
À L'EFFORT PUIS AU REPOS.

**E**SSOUFLEMENT  
INHABITUEL  
pendant l'effort, au  
repos ou en position  
allongée



**P**RISE DE  
POIDS RAPIDE  
+ 2 kg en 3 jours

**O**EDÈMES  
APPARANTS

**F**ATIGUE  
excessive /  
inhabituelle

# LE TRAITEMENT

## PATIENTS À FEVG RÉDUITE

*quadrithérapie des 4 Fantastiques*



groupe

1

**IEC, ARA 2, ARNI**



Lutter contre le remodelage cardiaque.

groupe

2

**BÉTABLOQUANTS**



Lutter contre l'activation sympathique.

groupe

3

**ANTI-ALDOSTÉRONE**



Lutter contre la fibrose cardiaque.

groupe

4

**ISTGL2 = GLIFOZINES**



Réduire le risque de décompensation.

Si nécessaire  
quelle que  
soit la FEVG

**DIURÉTIQUES**



Lutter contre l'expansion du volume des  
liquides extracellulaire.

## PATIENTS À FEVG PRÉSERVÉE



**ANTI-ALDOSTÉRONE**



Lutter contre la fibrose cardiaque.

**ISTGL2 = GLIFOZINES**



Réduire le risque de décompensation.

Si nécessaire  
quelle que  
soit la FEVG

**DIURÉTIQUES**



Lutter contre l'expansion du volume des  
liquides extracellulaire.



# VIGILENCE

## VACCINATION

**GRIPPE  
PNEUMOCOQUE  
COVID 19**

**Traçabilité obligatoire pour  
toute vaccination  
DMP / Mon Espace Santé  
et transmission au médecin  
traitant indispensable**



## CARENCE MARTIALE



**Patient symptomatique + FE < 45 :  
supplémentation recommandée que la  
carence martiale soit associée ou non à une  
anémie.**

**--> La supplémentation per os est peu  
efficace : privilégier l'injection de Fer IV**

# CONSEILS HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES



## RESTRICTION SODÉE À 6G DE SEL / JOUR

Attention à ces 7 principaux vecteurs de sel :

PAINS ET BISCOTTES => Maximum 150g à 200g / jour soit 1 baguette

CHARCUTERIES

SOUPES Kub'Or, bouillons, soupes en sachet...

FROMAGES => 1 portion de 30g / jour maximum.

PLATS CUISINÉS ET CONSERVES

MÉDICAMENTS EFFERVESCENTS

CERTAINES EAUX GAZEUSES => Badoit, Vichy Celestin



**Pas de sel avant et après cuisson !**



**Pas de restriction sodée stricte !**

*Prévenir le patient que palais s'habitue au goût hyposodé au bout d'un mois.*





➤ **APPORT HYDRIQUE : 1250 ML À 1500 ML /JOUR**



➤ **LIMITER LA CONSOMMATION D'ALCOOL**  
sauf en cas de cardiomyopathie dilatée toxique où la suppression est nécessaire.



➤ **RÉGIME MÉDITERRANÉEN**



➤ **RÉDUCTION DES FACTEURS DE RISQUES CARDIO-VASCULAIRES**  
(équilibre du diabète, sevrage tabagique, etc)



➤ **ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉGULIÈRE**  
Encourager le patient à bouger, aller marcher...



➤ **MESURE DU POIDS**

# SUJET ÂGÉ : ATTENTION !

## COMORBIDITÉS FRÉQUENTES

Insuffisance rénale  
BPCO  
Diabète  
Désensibilisation des barorécepteurs



### RÉPONSE PLUS FAIBLE AUX SITUATIONS HYPOVOLÉMIQUES :

Diarrhée, déshydratation



### PLUS GRANDE VULNÉRABILITÉ À LA VASOPLÉGIE :

Effets des dérivés nitrés par exemple



### FRÉQUENCE DES HYPOTENSIONS ORTHOSTATIQUES



### VIGILENCE À LA RESTRICTION SODÉE STRICTE

Le manque de goût peut entraîner un abandon du régime, une perte d'appétit et une altération de la qualité de vie.



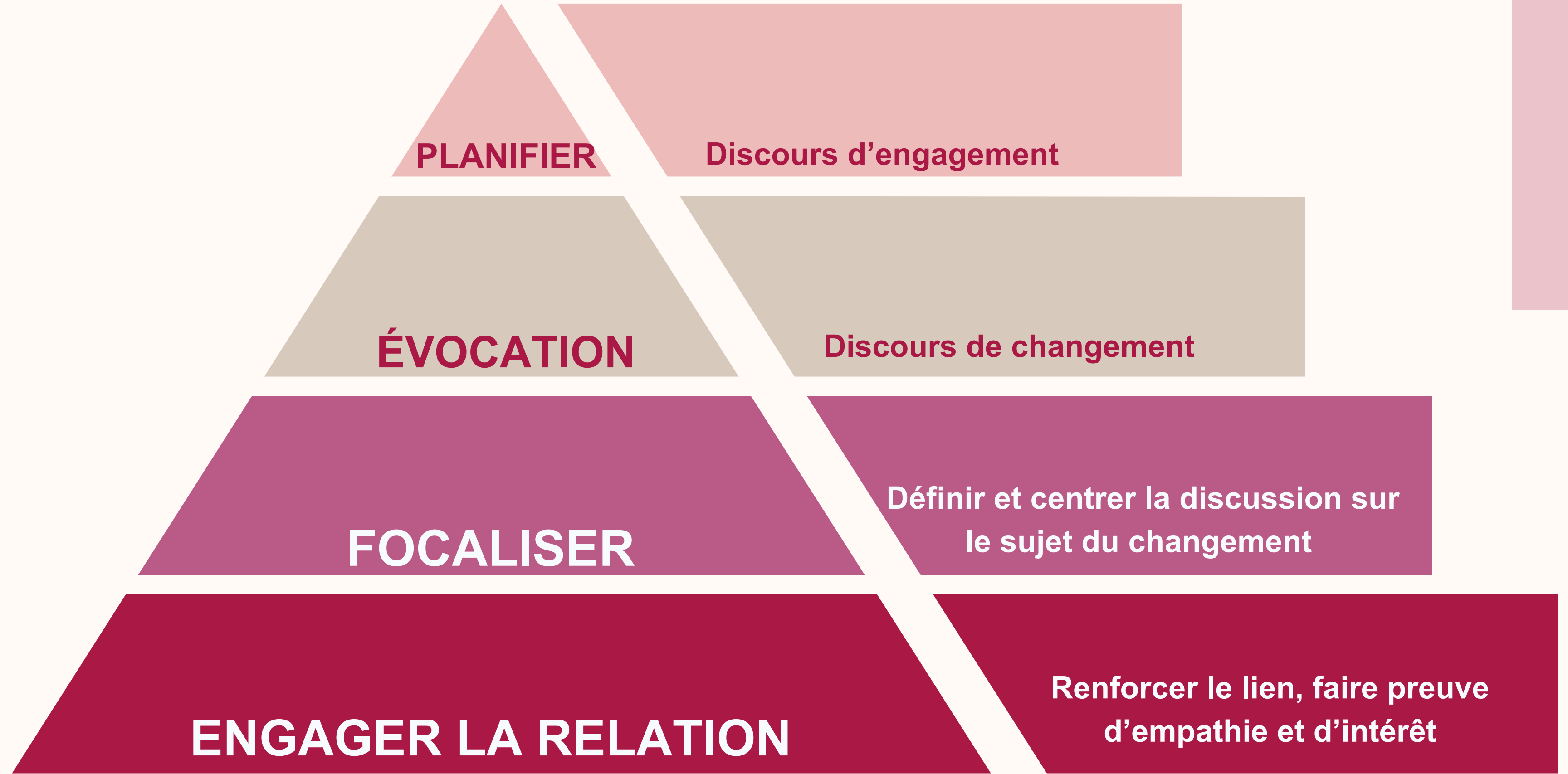
# ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Technique de communication qui vise l'augmentation de la motivation au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence.



**Va permettre d'identifier chez le patient :**

- » Sa motivation.
- » Son stade d'acceptation de la maladie.
- » Ce qu'il est prêt à changer dans son comportement alimentaire.
- » Les facteurs limitant de sa prise en charge : ne sais pas cuisiner, revenus faibles...
- » Ressources sur lesquelles nous pouvons nous appuyer : entourage, aidant...



# CONSEILS

## ÉVALUER



Evaluer ses fonctions cognitives, son autonomie et son état nutritionnel.

## REPÉRER



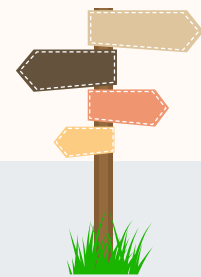
Repérer les aidants du patients et ses liens avec ceux-ci.

## ALERTER



Pouvoir alerter et mettre en œuvre un soutien social et/ou nutritionnel : portage de repas, apports protéiques afin d'éviter la détresse.

## GUIDER



Restriction sodée modérée  
Apport Hydrique  
Régime méditerranéen

## SURVEILLER



Surveiller le poids et être attentif à son essoufflement

## AIDER



Avancer par étapes et accepter les compromis



# ETP

## ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

### Définition :



Doit permettre aux patients malades chroniques d'acquérir et de conserver les compétences les aidant à vivre de manière optimale avec leur maladie.  
Il s'agit d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient.



L'éducation thérapeutique vise à aider les patients et leur famille à comprendre la maladie, le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre plus sainement et à maintenir ou améliorer la qualité de vie.



L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement, les soins, le cadre hospitalier

# LA DÉMARCHE D'ETP SE PLANIFIE EN 4 ÉTAPES

1

Élaborer un  
diagnostif  
éducatif

2

Définir un programme  
personnalisé d'ETP  
avec priorités  
d'apprentissage

3

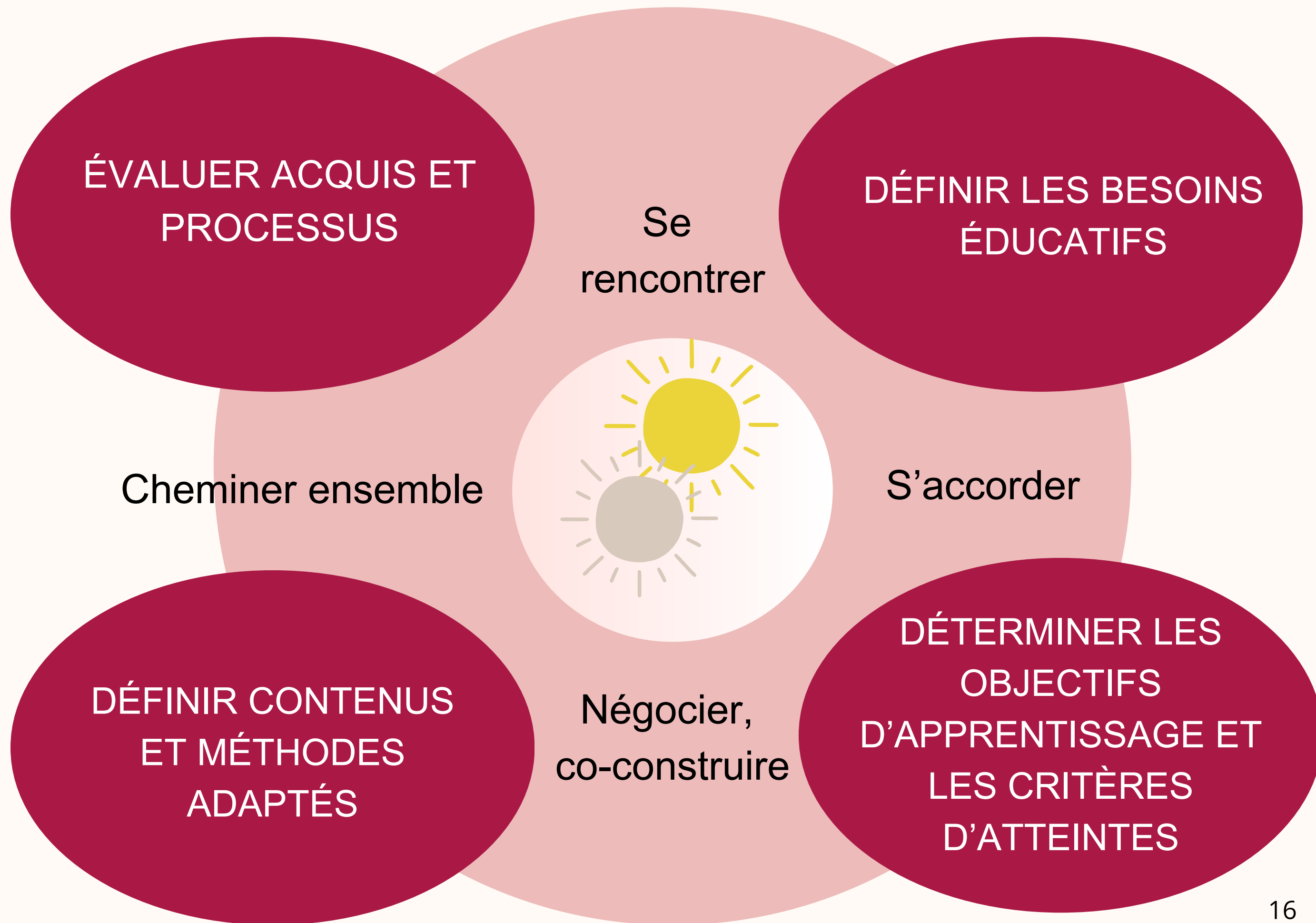
Planifier et mettre en oeuvre  
les séances d'ETP  
individuelle ou collective ou  
en alternance

4

Réaliser une évaluation des  
compétences acquises, du  
déroulement du programme.

# ETP

## LA ROUE





# ETP

## ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

### Ce qui est attendu du patient :



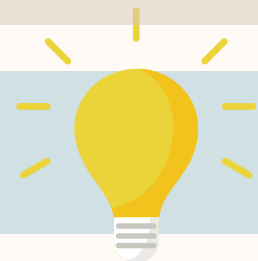
Savoir se surveiller. Savoir reconnaître les signes d'alerte EPOF et à qui s'adresser.



Comprendre ses traitements et savoir identifier les risques de l'auto-médication.



Connaître les principes de l'alimentation contrôlée en sel et savoir les appliquer.



**SI BESOIN INSCRIPTION AUX ATELIERS D'ETP**

# ETP

## LES ATELIERS

### » LA CPTS PERMET LE DÉPLOIEMENT D'ATELIERS D'ETP GRATUITS

Ephad Paul Louis Weiller d'Arès / MSP de Biganos.

### » Animés par des professionnels de santé formés à L'ETP et organisés par le pôle ETP Nouvelle Aquitaine.

### » Sur adressage des médecins, pharmaciens, infirmiers, ou kinésithérapeutes via le formulaire



Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Ville :

Numéro de téléphone :

Adressé par :

Pathologies du patient :

- Asthme (Adulte / enfant)
- BPCO
- HTA
- DT1  DT2  DG
- SAS
- Surpoids / Obésité modérée)
- Autre(s) - Précisez \_\_\_\_\_



**PÔLE ETP**  
AMBULATOIRE  
NOUVELLE  
AQUITAINE

204 avenue Louis Barthou 33200 Bordeaux  
05.56.47.86.66  
poletpnouvelleaquitaine@cetba.fr  
mail sécurisé : francoise.martin.dupont@sante-na.fr

### AVANTAGES POUR LE PATIENT :

Ateliers par petits groupes (3 à 8 personnes maximum) au plus près de son domicile.

Permet de prendre du temps pour lui et aborder des sujets jamais évoqués.

Permet d'échanger avec d'autres patients qui vivent les mêmes problématiques.

# LE RÔLE DE L'IDE

01

Visite dans les 7 jours de sortie d'hospitalisation du patient

M0 à M3 : 1 visite / semaine  
M4 à M6 : 2 visites / mois

02

Transmissions sur le carnet de suivi et/ou Paaco-Globule

Cs à J15 avec le MG  
M+1 avec le Cardio  
et à M+2 avec le MG

03

Bilan éducationnel à réaliser à la fin du 2ème mois

Fiche de synthèse de fin de prise en charge à déposer sur le DMP



# FICHE DE SYNTHESE

DE FIN DE PRISE EN CHARGE  
À DÉPOSER DANS LE DMP

## FICHE DE SUIVI INFIRMIER IC DATE :



Patient : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

### DONNÉES CLINIQUES ET SURVEILLANCE DES CONSTANTES

**Poids :** \_\_\_\_\_ kg (variation annuelle : \_\_\_\_\_ kg)  
**Tension artérielle moyenne :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
Fréquence cardiaque moyenne : \_\_\_\_\_ bpm  
**Saturation en O2 :** \_\_\_\_\_ %  
Présence d'**œdèmes :**  Oui  Non / Localisation : \_\_\_\_\_  
**Dyspnée (NYHA) :**  Stade I  Stade II  Stade III  Stade IV  
**Actuellement en poussée d'IC :**  Oui  Non

### ÉPISODES DE DÉCOMPENSATION

Nombre d'épisodes au cours de l'année : \_\_\_\_\_  
Hospitalisation(s) :  Oui  Non (Si oui, nombre : \_\_\_\_\_)  
Perfusion de fer :  Oui  Non (Si oui, nombre : \_\_\_\_\_)

### BILAN BIOLOGIQUE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Dernier bilan sanguin (date) : \_\_\_\_\_  
**BNP / NT-proBNP :** \_\_\_\_\_ pg/mL  
**Créatinine :** \_\_\_\_\_ µmol/L  
**Clairance rénale (MDRD) :** \_\_\_\_\_ mL/min  
**Ionogramme sanguin :** Na+ \_\_\_\_\_ mmol/L K+ \_\_\_\_\_ mmol/L  
**Hémoglobine :** \_\_\_\_\_ g/dL  
**Ferritinémie :** \_\_\_\_\_  
Autres : \_\_\_\_\_

### OBSERVANCE DU TRAITEMENT

**Traitement cardio actuel :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Observance du traitement :  Bonne  Moyenne  Mauvaise  
**Autres traitements :** \_\_\_\_\_  
**Intolérances :** \_\_\_\_\_  
**Arrêt d'un traitement dans l'année ? (si oui, causes) :** \_\_\_\_\_

### VACCINATION

**Grippe (date) :** \_\_\_\_\_  
**Covid (date) :** \_\_\_\_\_  
**Pneumocoque (date) :** \_\_\_\_\_

### PRÉVENTION

**Conseils hygiéno-diététiques suivis :**  
 Oui  Non (Observations : \_\_\_\_\_)  
**Éducation thérapeutique réalisée (ETP) :**  
 Oui  Non  
Si oui (Date ? Par qui ?) : \_\_\_\_\_  
**Activité Physique Adaptée (APA) :**  
 Oui  Non  
Si oui (Date ? Par qui ?) : \_\_\_\_\_

### ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE ET DE LA QUALITÉ DE VIE

- **Échelle de fragilité :**  
 Indépendant  Pré-fragile  Fragile
- **Capacité à gérer seul son traitement :**  
 Oui  Non
- **Aide à domicile :**  
 Oui  Non Type : \_\_\_\_\_
- **Aidants :**  
 Famille/ Proche  Professionnel  Aucun
- **Symptômes dépressifs/anxiété :**  
 Oui  Non
- **(Besoin de suivi) :**  Oui  Non

### OBSERVATIONS

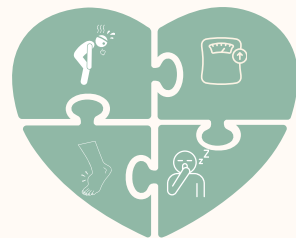
Nom et signature de \_\_\_\_\_  
l'infirmier.ère

# OBJECTIFS POUR L'IDE



## SURVEILLANCE CLINIQUE

- TA
- FC
- Respiration
- Poids

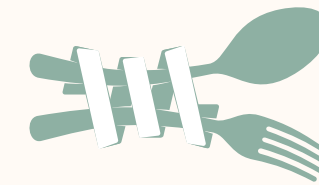


## IDENTIFICATION DES SIGNES D'ALERTE : EPOF

- Essoufflement (toux)
- Prise de poids rapide
- Oedème
- Fatigue



## ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE



## SUIVI DES RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES



## EDUCATION THÉRAPEUTIQUE

- Favoriser l'autonomie du patient
- Détection des signes de décompensation
- Co-gestion de l'adaptation du traitement



# QUELLE SURV- EILLANCE ?

## 01. MODIFICATION RAPIDE DU POIDS :

» Perte de poids rapide :  
attention à la déshydratation !

Soif et sécheresse buccale : favorisées par les diurétiques et la restriction sodée, dans des conditions de chaleur excessive, fièvre, diarrhée

» Prise de poids : 2 à 3 kg en quelques jours voire une semaine.

Rechercher une diminution de la diurèse, OMI

## 02. BAISSÉ SYMPTOMATIQUE DE LA PA

Voile noir devant les yeux,  
vertiges, lipothymie au lever

Traitement entraîne une baisse de la PA : à respecter si la tolérance est bonne : jusqu' à 90 mmhg



### 03. **VARIATION DE LA FC**

Savoir alerter si

- Pouls inférieur à 50batt/min au repos
- Palpitation ou tachycardie

### 04. **AGGRAVATION DE L'ESOUFFLEMENT, DYSPNÉE DE DÉCUBITUS**

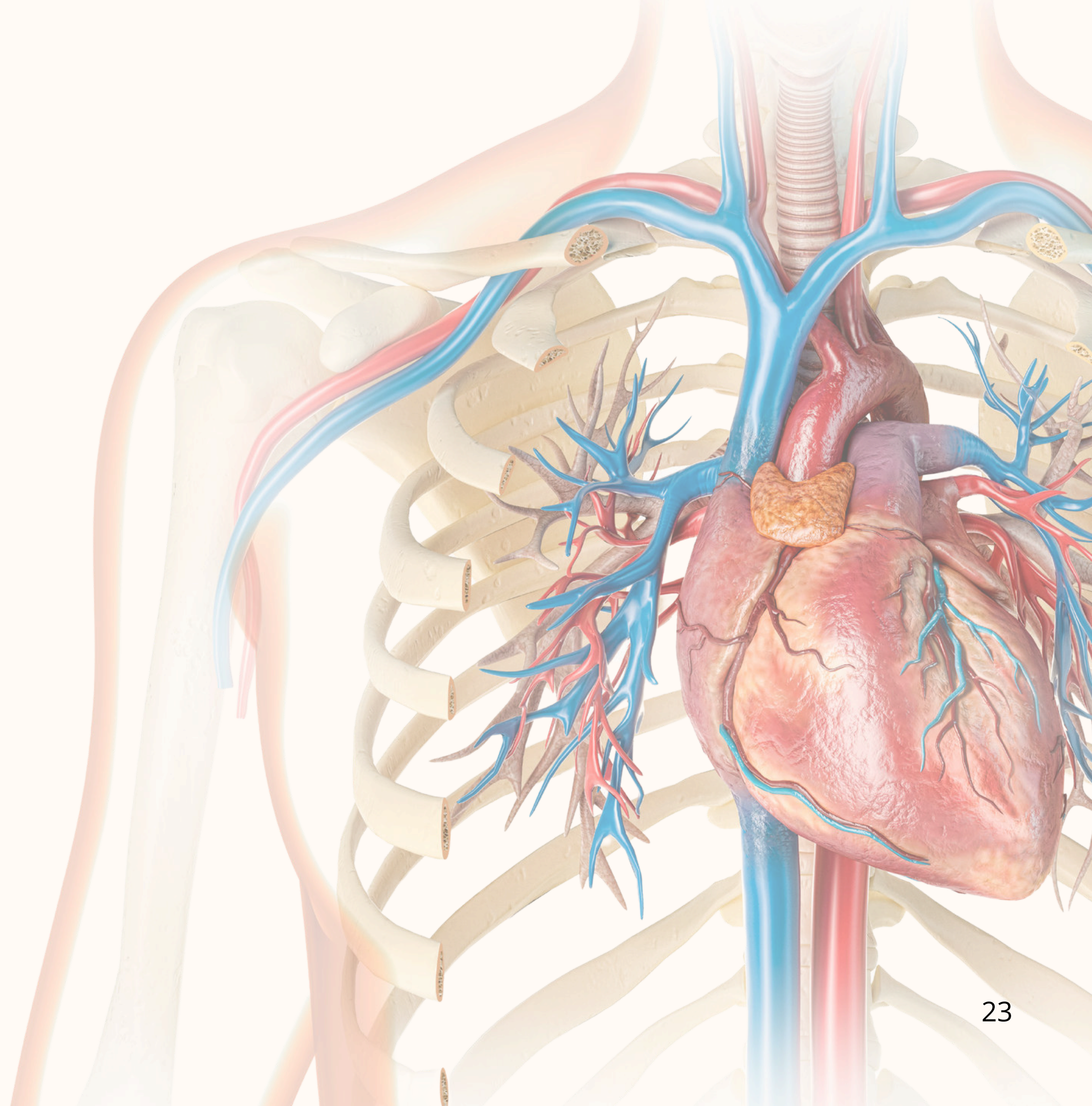
Patient doit alerter si ajout d'oreiller ou si position semi-assise dans le lit ou assis dans le fauteuil.

L'essoufflement est le critère essentiel d'évaluation du retentissement fonctionnel de l'IC.

### 05. **TOUX :**

Peut évoquer :

- Surinfection bronchique : expectoration
- Effets secondaires des IEC : toux sèche
- Œdème pulmonaire pour toux survenant en position couchée





## 06. SURVEILLANCE DE LA PRISE ET DES EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS :

- Vérifier le pilulier
- Vérifier la biologie : BNP ou NTPro BNP, kaliémie, créatinémie...
- Baisse de la TA
- Bradycardie, décompensation asthmatiforme

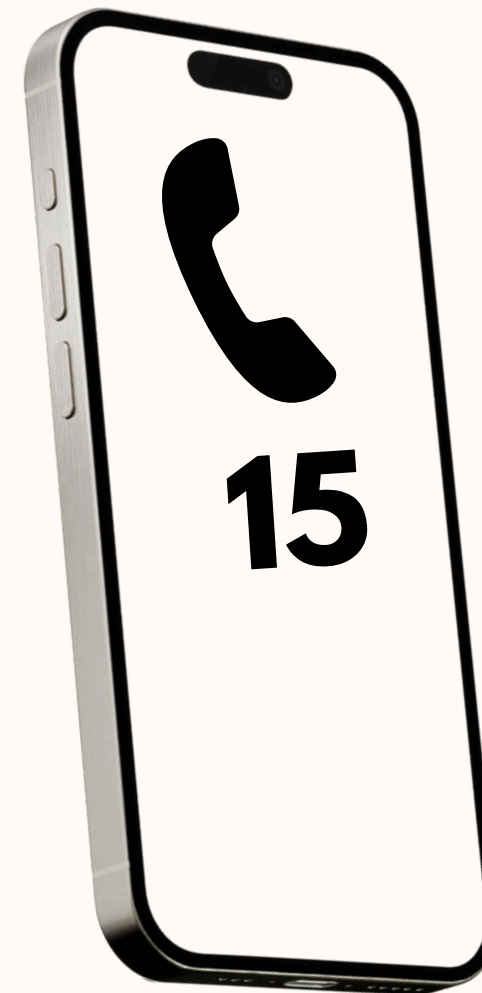


### Interactions médicamenteuses :

- IEC + ARNI = association interdite
- Diurétiques + neuroleptiques = risque d'hypoTA
- AINS : risque d'altération de la fonction rénale chez le sujet âgé.

# CONDUITE À TENIR

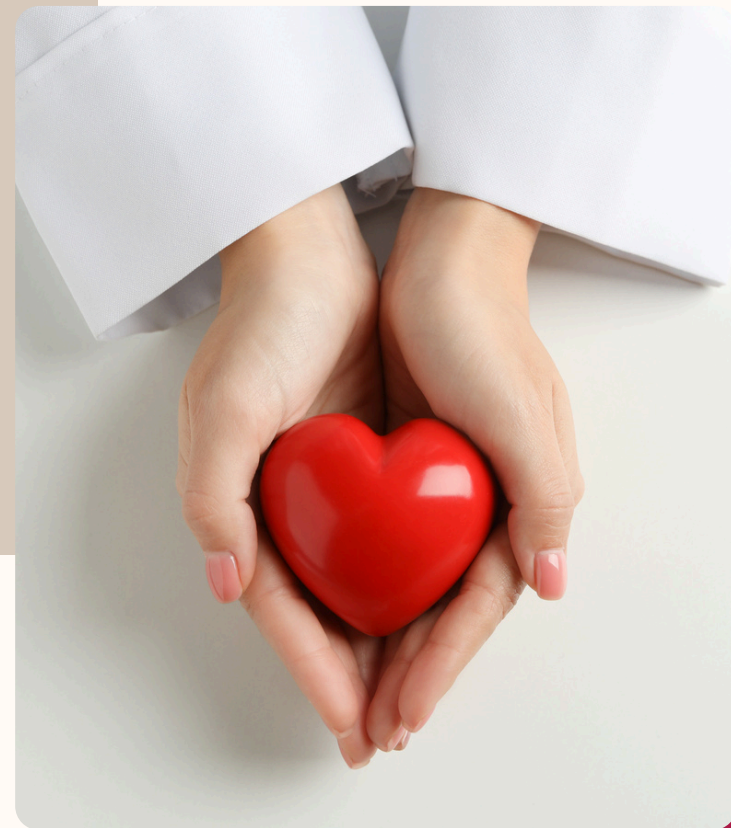
- » **Essoufflement inhabituel**  
Dyspnée importante au delà de 2 étages
- » **Résultats sanguins anormaux :**  
Kaliémie, BNP ou NTPro BNP, créatinémie, natrémie
- » **Hypotension symptomatique**  
Symptôme à mise en position debout avec baisse de 20mmhg de la PAS
- » **Bradycardie < 50batt/min au repos**
- » **Palpitations**
- » **Présence d'OMI ou de douleur à l'hypocondre droit**
- » **Défaut d'observance médicamenteuse**



- » **Detresse respiratoire aigue (sat < 85 %)**
- » **Douleur thoracique > 5 min**
- » **Syncope**

# COTATION

**PRESCRIPTION SUIVI PRADO POSSIBLE**  
En sortie du CHU ou en sortie de l'HPW d'Arès  
sur ordonnance du cardiologue



## INFORMATIONS SUR LA COTATION :



**Tarif :** 18,27 € (1 AMI 5.8 / séance + IFD / IK)  
*Patient inclus ou non dans PRADO*  
**Condition :** être formé au suivi du patient IC

## PRESCRIPTION MÉDICALE :



Séance à domicile de surveillance clinique et de prévention à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque. **Une séance par semaine pendant 8 semaines**

Renouvelable par le MG : 7 séances supplémentaires (2x/mois maximum) si NYHA III ou IV à l'issue des 2 premiers mois.



## PROTOCOLE =>

**Carnet de suivi IC remis au patient avec ordonnance IDE et 3 RDV de consultations dans les 2 mois : (MG J15 + M2 / cardiologue M1)**



# ORGANISATION DU PARCOURS IC AU SEIN DE LA CPTS

**PROTOCOLE ÉTAPE  
DÉPISTAGE**

---

**PROTOCOLE SORTIE  
D'HOSPITALISATION**



# PARCOURS PATIENT IC

Dépistage précoce : pharmaciens / stands de sensibilisation grand public



## OBJECTIFS

- Amélioration du dépistage précoce
- Prévention, => éviter la décompensation et les hospitalisations

## SIGNES ÉVOCATEURS IC - EPOF

Essoufflement, Prise de poids, Oedème, Fatigue



## ACTIONS

- Sensibiliser aux signes cliniques de l'IC
- Proposer une formation professionnelle spécifique (IC, e-outil et ETP)
- Inclure rapidement le patient au protocole IC CPTS

## COMMORBITÉS

FDR / SAOS / Insuffisance rénale / Dénutrition

QUESTIONNAIRE IC CPTS NBO SCORE

Fiche adressage MG



Médecin généraliste

Évaluation clinique et diagnostique

En l'absence de CS Cardio

IC PROBABLE

Sinon

CS Pneumo

consultation cardio

Secrétariat CPTS NBO

Va procéder à l'inclusion précoce :  
protocole IC CPTS et ses acteurs formés



Si besoin

PEC EPON

Exercices  
Poids  
Observance du traitement médical  
Nutrition

PEC du patient vulnérable

= évaluation psycho-  
sociale

- ### Cardio CHU
- Accueil urgences : 05 56 79 56 79
  - Service traitement IC : Prof. Doringues Dos Santos
  - Urgences cardiologiques : 05 24 57 56 77
  - Accueil patient (soins intensifs cardio) : 05 24 57 56 77
  - Accueil 1er RDV : 05 57 65 69 69  
centrale-appels-cardio@chubordeaux.fr

### Cardio Hôpital Arès

- Urgences 24h/24 : 05 56 03 87 06
- Accueil : 05 56 03 87 00
- Médecins spécialistes : 05 56 03 87 87

Télé-expertise  
OMNIDOC

# PARCOURS PATIENT IC

## Sortie d'hospitalisation / Suivi retour à domicile

### OBJECTIFS

- Améliorer la coordination interprofessionnelle post hospitalière
- Favoriser l'utilisation des outils numériques
- Limiter les risques de rupture de soins
- Diminuer les risques de ré-hospitalisations

### ACTIONS

- Suivi des sorties hospitalières par CPTS NBO et soutien de la coordination post-hospitalière.
- Suivi du retour à domicile par CPTS NBO

PATIENT IC

Compte-rendu hospitalier + ordonnance de sortie via DMP

sortie hospitalière via le PRADO ou non

Carnet Suivi IC papier

Secrétaire CPTS NBO

Recherche une équipe de PEC grâce à notre annuaire pro



IDE à domicile

En fonction de la prescription médicale :

- surveillance clinique
- suivi éducationnel

M 0 à M 3 : 1 visite / semaine.  
M 4 à M 6 : 2 visites / mois.

KINÉ

Réadaptation cardio  
Suivi éducationnel

PHARMACIEN

Dépistage et surveillance de la délivrance des traitements

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Consultation avant J 15 :

- Évaluation clinique
- Évaluation biologique
- Adaptation thérapeutique

Cs J + 2 mois  
Réévaluation globale  
Détection stade NYHA

CARDIO

Consultation M+1  
Puis 2 fois par an

Via PAACO GLOBULE





**MERCI**