

RÉFÉRENTIEL POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES

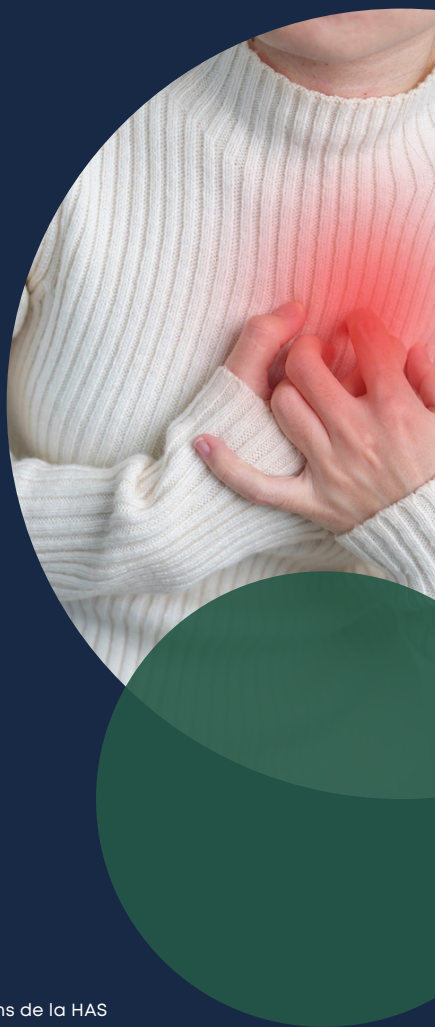
Préparé par :

La CPTS Nord Bassin Océan



SOMMAIRE

- 03 Mieux comprendre l'insuffisance cardiaque
- 04 à 12 La titration médicamenteuse
- 13 Dépistage de l'anémie et de la carence martiale
- 14 Vaccination
- 15 Check-List Médecin généraliste
- 16 Repérage EPOF
- 17 Conseils sur les habitudes alimentaires
- 18 IDEL surveillance à domicile
- 19 à 20 Check-List IDEL
- 21 Éléments d'ETP
- 22 APA
- 23 Téléeexpertise : Omidoc / QR code recommandations de la HAS



MIEUX COMPRENDRE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

DÉFINITION

Selon la HAS (2019) et l'ESC (2021), l'insuffisance cardiaque (IC) est un syndrome clinique associant :

- Des symptômes comme la dyspnée et la fatigue, des signes caractéristiques de l'IC comme une polypnée, des râles crépitants pulmonaires, des œdèmes périphériques, une hépatomégalie...

ET

- Une preuve objective d'une anomalie structurelle ou fonctionnelle du cœur au repos, le plus souvent décelée par l'échocardiographie.

L'IC se traduit par l'incapacité du cœur à assurer les besoins métaboliques et fonctionnels de l'organisme, entraînant l'activation des systèmes d'adaptation neuro-hormonaux qui aggravent la maladie sur le long terme.

STATISTIQUES ET CHIFFRES CLÉS

En France, la prévalence de l'IC est estimée à 2.3% de la population. (Santé Publique France 2019)

Elle touche particulièrement la population âgée de plus de 65 ans.

Sur notre territoire, 1 129 patients IC étaient diagnostiqués en 2019. (Source CPAM 33)



TOUS ENSEMBLE, DÉPISTONS CES PATIENTS... ET SOIGNONS-LES !



TITRATION MÉDICAMENTEUSE

RÉSUMÉ



Thérapeutique de 1ère ligne : Objectif --> pleine dose !

- ARNI (sacubitril / valsartan) ou IEC ou ARA 2
 - Bêta-bloquant
 - Anti aldostérone (antagoniste du récepteur minéralocorticoïde)
 - iSGLT2 : posologie unique
-
- Principe général : majorer progressivement la posologie tous les 15 jours avec une surveillance clinique et biologique rapprochée :
 - NYHA, TA, poids, OMI
 - Na, K, Créat et DFG, BNP ou NTproBNP

L'objectif final est d'atteindre la posologie maximale tolérée



Et les diurétiques ?

- À adapter aux signes congestifs --> Diurétiques de l'anse
- Objectifs --> Dose minimale efficace

Bénéfices sur la morbi-mortalité, les réhospitalisations et la qualité de vie

TRAITEMENT DE 1ÈRE INTENTION

- Sacubitril / Valsartan :
- 24/26 mg x2
- Bisoprolol :
- 1,25 mg/jour
- Spironolactone / Éplérénone :
- 25 mg/jour
- Dapagliflozine / Empagliflozine :
- 10 mg / jour
- Furosémide :
- 80 mg / jour



TRAITEMENT OPTIMISÉ

- Sacubitril / Valsartan :
- 97/103 mg x2
- Bisoprolol :
- 10 mg / jour
- Spironolactone / Éplérénone :
- 50 mg / jour
- Dapagliflozine / Empagliflozine :
- 10 mg / jour
- Furosémide
- 40 mg / jour voire arrêt si possible

DEUX CLASSIFICATIONS DE PATIENTS

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.



Cadre de la prescription



Jamais IEC + ARA2 dans le traitement de l'IC

- **Pourquoi ?** Réduire le risque d'hospitalisation et augmenter la survie.
 - **Pour qui et quand ?**
 - Indication : Patient IC avec une FEVG < 50%
 - Contre indication : ATCD d'angioedème ou d'allergie documentée, sténose bilatérale des artères rénales, femmes enceintes.
 - **Où ?** En soins primaires, patients IC stables, NYHA ≤ III en dehors de toute compensation.
 - **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé :**
 - Hyperkaliémie > 5 mmol/L
 - Insuffisance rénale DFG < 30 mL/min/1,73m²
 - Hypotension artérielle symptomatique, hypotension artérielle asymptomatique majeure (TAS < 90mmHG)
- Avant d'optimiser un traitement par IEC seul, envisager un switch vers ARNI avec 72h de délai.

Posologie

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| • Ramipril => TRIATEC | • Enalapril => RENITEC |
| - Introduction : 2,5 mg | - Introduction : 2,5 mg |
| - Cible : 5 mg x2 | - Cible : 20 mg |

Conseils

- Contrôler la créatinine, le DFG, la kaliémie, la natrémie et le NTproBNP
- En consultation : évaluation clinique avec mesure TA et poids
- **Doubler la dose si bonne tolérance clinique et biologique**
- 15 jours au minimum entre chaque ajustement posologique
- **Objectif : atteinte de la cible ou de la dose maximale tolérée**
- **"Il vaut mieux très peu d'IEC que pas d'IEC du tout"**
- Contrôle biologique entre 7 et 15 jours suivant chaque modification
- Puis contrôle biologique tous les 4 mois une fois la titration achevée

Il est rarement nécessaire d'arrêter totalement un traitement par IEC : demander un avis cardiologique avant toute interruption de traitement.

Cadre de la prescription



Pour les patients intolérants aux IEC, jamais IEC + ARA2 dans le traitement de l'IC

- **Pourquoi ?**

Lutter contre le remodelage cardiaque, réduire le risque d'hospitalisation pour IC.

- **Pour qui et quand ?**

Indication : patients avec une FEVG <50%

Contre indication : ATCD d'allergie documentée ou d'angioœdème, sténose bilatérale des artères rénales, femmes enceintes.

- **Où ?** Patients IC stables NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation.

- **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé :**

- Hyperkaliémie > 5 mmol/L

- Insuffisance rénale DFG < 30 mL/min/1,73m²

- Hypotension artérielle symptomatique ou hypotension artérielle asymptomatique majeure (TAS < 90 mmHg)

Avant d'optimiser un traitement par ARA2 seul, envisager un switch vers ARNI.

Posologie

- **Candesartan => ATACAND**

- Introduction : 4 mg

- Cible : 32 mg

- **Losartan => COZAAR**

- Introduction : 50 mg

- Cible : 50 mg x2

- **Valsartan => TAREGNISIS**

- Introduction : 40 mg X 2

- Cible : 160 mg x2

Conseils

- Contrôler la créatinine, la DFG, la kaliémie, la natrémie et le NTproBNP
- En consultation : évaluation clinique avec mesure TA et poids
- **Doubler la dose si bonne tolérance clinique et biologique**
- 15 jours au minimum entre chaque ajustement posologique
- **Objectif : atteinte de la cible ou de la dose maximale tolérée**
- **"Il vaut mieux très peu d'ARA2 que pas d'ARA2 du tout"**
- Contrôle biologique entre 7 et 15 jours suivant chaque modification

Il est rarement nécessaire d'arrêter totalement un traitement par ARA2 : demander un avis cardiologique avant toute interruption de traitement.

Cadre de la prescription

- **Pourquoi ?** : Lutter contre le remodelage cardiaque, réduire le risque d'hospitalisation pour IC et augmenter la survie.
- **Pour qui et quand ?** :
 - Indication : Patient IC avec une FEVG < 50% de novo ou en remplacement IEC / ARA 2
 - Contre indication : ATCD d'angiodème ou d'allergie documentée, sténose bilatérale des artères rénales, femmes enceintes, DFG < 30 mL/min/1,73m², TAS < 90 mmHg
 - **Où ?** : En soins primaires, patients IC stables, NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation.
 - **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé** :
 - Hyperkaliémie > 5 mmol/L
 - Délai de 48 heures en relais IEC / ARA 2

Introduction si PAS > 100 mmHg

Posologie

- **Sacubitril / Valsartan => ENTRETO**
- Introduction : 24 / 26 mg x2
- Cible : 97/103 mg x2

Conseils

- Contrôler la créatinine, le DFG, la kaliémie, la natrémie et le NTproBNP (pas de BNP, dosage faussé par l'inhibition de la neprilysine).
- En consultation : évaluation clinique avec mesure TA et poids.
- Doubler la dose si bonne tolérance clinique et biologique.
- 15 jours au minimum entre chaque ajustement posologique.
- Objectif : atteinte de la cible ou la dose maximale tolérée.
- Contrôle biologique entre 7 et 15 jours suivant chaque modification.
- Puis contrôle biologique tous les 4 mois une fois la titration achevée.

Il est rarement nécessaire d'arrêter totalement un traitement par ARNI : demander un avis cardiologique avant toute interruption du traitement.

BÉTA BLOQUANTS

Cadre de la prescription

- **Pourquoi ?** Lutter contre l'activation sympathique, réduire le risque d'hospitalisation pour IC et augmenter la survie.
- **Pour qui et quand ?**
- **Indication :** Patient IC avec une FEVG < 50%
- **Contre indication :** BAV 2 ou 3 en l'absence de DAI, asthme, allergie documentée.
- **Où ?** En soins primaires, patients IC stables, NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation.
- **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé :**
- IC sévère (NYHA IV)
- Décompensation aiguë ou récente, trouble conducteur ou FC < 50 bpm
- Traiter les signes congestifs avant de majorer les βBloquants
- Attention aux interactions : IC avec effets cardiaques directs (Diltiazem et Verapamil) déconseillés dans l'insuffisance cardiaque + inhibiteurs enzymatiques
- Attention aux associations avec Amiodarone, Digoxine et Ivabradine.

Posologie

- **Bisoprolol =>**

CARDENSIEL, BISOCE

- Introduction : 1,25 mg
- Cible : 10 mg

- **Caverdilol => DILATREND**

- Introduction : 3,125 mg x2
- Cible : 25 mg x2

- **Nebivolol =>**

TEMERIT, NEBILOX

- Introduction : 1,25 mg
- Cible : 10 mg

Conseils

- **Surveillance clinique : FC, TA et signes congestifs**
- Doubler la dose si bonne tolérance clinique
- 15 jours au minimum entre chaque ajustement posologique
- Objectif : atteinte de la cible ou de la dose maximale tolérée
- **"Il vaut mieux très peu de βBloquant que pas de βBloquant du tout"**

Il est rarement nécessaire d'arrêter totalement un traitement par βB : demander un avis cardiologique avant toute interruption de traitement.

ANTI ALDOSTÉRONE

Cadre de la prescription

- **Pourquoi ?** Lutter contre la fibrose cardiaque, réduire le risque d'hospitalisation et augmenter la survie.
- **Pour qui et quand ?**
 - Indication : Patient IC avec une FEVG < 50%
 - Contre indication : allergie documentée, insuffisance hépatique sévère (Child-Pugh C).
 - **Où ?** En soins primaires, patients IC stables, NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation.
 - **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé :**
 - Hyperkaliémie > 5 mmol / L
 - Insuffisance rénale DFG < 30 mL/min/1,73m².

Posologie

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Spironolactone => ALDACTONE - Introduction : 25 mg - Cible : 50 mg | <ul style="list-style-type: none"> • Eplérénone => INSPRA - Introduction : 25 mg - Cible : 50 mg |
|--|---|

Conseils

- Contrôler la créatinine, le DFG, la kaliémie, la natrémie
- **Envisager la majoration de la posologie 4 à 8 semaines après l'introduction**
- **Contrôle biologique 1 puis 4 semaines après toute modification**
- **Suivi biologique rapproché la première année : tous les trois mois**
- Repasser à **demi-dose** si K > 5,5 mmol/L ou DFG < 30 mL/min/1,73 m²
- Arrêt si K > 6,0 mmol/L ou DFG < 20 mL/min/1,73 m² et avis spécialisé.

ISTGL 2 = GLIFOZINES

Cadre de la prescription

- **Pourquoi ?** Améliorer la qualité de vie, réduire les risques de décompensation, diminuer la morbi-mortalité.
- **Pour qui et quand ?**
 - Indication : Tout patient IC quelle que soit sa FEV
 - Contre indication : ATCD d'allergie documenté, femmes enceintes, DFG <20 mL/min/1,73 m², TAS < 95 mmHg. Si DFG inférieur à 25 mL/min, diminuer la dose du diurétique de l'Anse par 2.
 - **Où ?** En soins primaires, patient IC stable, NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation.
 - **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé :**
 - Pas de contre-indication absolue si diabète de type 1 mais avis spécialiste pour évaluation du risque d'acido-cétose.
 - Attention aux infections uro-génitales favorisées par la glycosurie induite.
 - Attention aux hypoglycémies en cas de traitement par insuline et/ou sulfamides hypoglycémisants.

Posologie

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| • Dapagliflozine => FORXIGA | • Empagliflozine => JARDIANCE | • Canagliflozine => INVOKANA |
| - Introduction : 10 mg | - Introduction : 10 mg | |
| - Cible : 10 mg | - Cible : 10 mg | |

Conseils

- **Pas de titration nécessaire : dose unique.**
- Contrôle régulier de **la fonction rénale** : une **diminution initiale est attendue** à l'introduction, mais **néphroprotection sur le long terme**.
- Surveillance glycémique chez le patient diabétique : modification des thérapeutiques du diabète si besoin. **Privilégier le maintien du iSGLT2.**
- Vigilance sur le statut volémique, surtout si d'autres diurétiques associés.

DIURÉTIQUES

Cadre de la prescription

- **Pourquoi ?** Réduire la dyspnée des œdèmes chez les patients qui restent symptomatiques.
- **Pour qui et quand ?**
- Indication : Tous les patients avec des signes congestifs quelle que soit la FEVG. Si FE <50% : toujours associer aux autres traitements de l'IC
- Contre indication : ATCD d'allergie documentée, non indiqué en dehors des signes congestifs
- **Où ?** En soins primaires, pour tous les patients suivant les signes cognitifs
- **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé :**
- Hypokaliémie $\leq 3,5$ mmol/L
- DFG < 30 mL/min/1,72 m² : réponse aux diurétiques réduite
- Hypotension TAS <90 mmHg.

Posologie

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Furosémide => LASILIX - Introduction : 20 à 40 mg - À adapter aux symptômes : 40 à 500 mg | <ul style="list-style-type: none"> • Bumétanide => DURINEX - Introduction : 0,5 à 1mg - À adapter aux symptômes : 1 à 5 mg |
|---|---|

Conseils

- Contrôler la créatinine, la DFG, la kaliémie, la natrémie et le NTproBNP
- En consultation : évaluation clinique avec mesure TA et poids
- **Ajuster la posologie aux symptômes, signes congestifs, TA et fonction rénale**
- **Utiliser la dose minimale efficace** pour maintenir l'euvolémie et le poids sec du patient
- **La diurèse excessive est plus dangereuse que l'œdème**
- Contrôle biologique **entre 7 et 15 jours** suivant chaque modification.

DÉPISTER L'ANÉMIE ET LA CARENCE MARTIALE



REPÉRER L'ANÉMIE ET LA CARENCE MARTIALE

- Dépistage systématique et annuel de l'anémie et de la carence martiale :
 - NFS
 - Ferritine
 - Coefficient de saturation de la transferrine (CST)



SUPPLÉMENTATION EN FER

- Patients symptomatiques + FEVG < 45 % et carence martiale :
 - Ferritine < 100 µg/L (carence martiale absolue) ou
 - Ferritine [100-299] µg/L et CST < 20 % (carence martiale relative)
- > Supplémentation recommandée, que la carence martiale soit associée ou non à une anémie
- > La supplémentation per os est peu efficace : nécessité d'injection de Fer IV



OBJECTIF

- Amélioration des symptômes et de la classe fonctionnelle de la dyspnée
- Réduction du risque d'hospitalisation toutes causes et pour insuffisance cardiaque



OÙ ADRESSER LES PATIENTS en carence martiale pour injection de fer IV

- À l'hôpital privé Wallerstein

VACCINATION

GRIPPE

Recommandée pour tout patient insuffisant cardiaque

- Vaccination saisonnière annuelle
- FLUARIX TETRA, INFLUVAC TETRA, VAXIGRIP TETRA et EFLUELDA



PNEUMOCOQUE

Recommandée pour tout patient insuffisant cardiaque

- Personnes jamais vaccinées :

=> Vaccin Prevenar 20. Une dose unique selon les dernières recommandations.

- Personnes ayant déjà eu une seule dose de Prevenar 13 ou Pneumovax 23 :

=> Prevenar 20 si la vaccination antérieure remonte à plus d'un an.

- Personnes déjà vaccinées avec la séquence Prevenar 13 et Pneumovax 23 :

=> Une dose de Prevenar 20 en respectant un délai minimal de 5 ans après la précédente injection de Pneumovax 23.



COVID 19

Recommandée pour tout patient insuffisant cardiaque

- Doses de rappel : 2 fois par an pour les plus de 80 ans ou résidents d'EHPAD / USLD (printemps et automne) et 1 fois par an (automne) pour tous les autres patients
- Délai après dernière injection ou infection : 6 mois
- Privilégier les vaccins ARNm bivalents pour les doses de rappel



Pour les paramédicaux :
traçabilité obligatoire pour toute vaccination
DMP / Mon Espace Santé et transmission au médecin traitant indispensable





CHECK-LIST MÉDECIN GÉNÉRALISTE



Télésurveillance (le patient peut-il y prétendre ?)



En sortie d'hospitalisation :
prescription de la surveillance clinique infirmière : AMI 5.8



Suivi diététique



Préscription de kinésithérapie



Orientation ETP / APA



Suivi biologique : NT-proBNP /
Biologie standard



Dépistage annuel de la carence martiale



Le traitement prescrit est-il optimal ?



Vaccinations

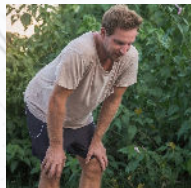


RDV cardiologue au minimum
annuel avec ETT



Déclaration ALD faite (ALD 05)

REPÉRAGE DES SIGNES D'ALERTE



Essoufflement inhabituel

Dyspnée au repos ou à l'effort, orthopnée, toux nocturne



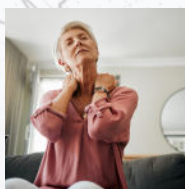
Prise de poids rapide

Facilement mesurable par le patient et évocatrice d'œdèmes périphériques : + 2 kg en 3 à 7 jours



Œdèmes

Ainsi que les autres signes, tachycardie, 3ème bruit cardiaque (B3), polypnée, râles crépitants, turgescence jugulaire...



Fatigue excessive

Asthénie, difficulté à réaliser les activités de la vie quotidienne.

Symptômes non spécifiques chez le sujet âgé : confusion, troubles du comportement, désorientation, chutes...

Conduite à tenir



Prise des constantes : TA, température, FR, SpO₂, HGT si diabétique.



Quantifier la prise de poids : combien de kilos en combien de jours --> cahier de liaison.



Transmission des informations au médecin traitant et/ou cardiologue.



Devant tout critère de gravité ou si le médecin traitant n'est pas disponible : appel au 15.

LES HABITUDES ALIMENTAIRES

CONSEILS

Les mesures hygiéno-diététiques, aussi bien la diététique que l'AP, trouvent leurs bénéfices en prévention primaire et secondaire de l'insuffisance cardiaque.

TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE RECOMMANDATIONS DIÉTÉTIQUES DANS L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Restriction sodée modérée
(6g / 24h)



Évitez une restriction sodée stricte, notamment pour les personnes âgées.



Limiter les aliments riches en sel
(pain/biscottes, charcuteries, soupes,
fromages, plats cuisinés/conserves, etc)
et certains médicaments (formes
effervescentes, etc)



Régime méditerranéen en ayant
soin d'équilibrer la balance
énergétique et de supplémenter si
besoin



Supprimer toute
consommation d'alcool



Réduction des facteurs de
risque cardio-vasculaire
(équilibre du diabète,
sevrage tabagique, etc)



Mesure du poids notée au moins 1-2
fois/semaine chez les patients stables,
au moins 2-3 fois/semaine chez les
patients en stade III-IV de la NYHA.



Apport hydrique : 1,25 à 1,5L/24h selon
la température extérieure. Il doit être
régulier, à petites doses, sans se
limiter à la sensation de soif. Chez le
patient avec des symptômes sévères
d'IC, la restriction hydrique sera au
max à 1.5L/j. Apport à ne pas négliger
en cas d'APA.



IDEL : SURVEILLANCE À DOMICILE



Définition et objectifs

Objectif principal : prévenir l'évolution de la maladie et la réhospitalisation.

Acte comprenant :

- ✧ Évaluation clinique
- ✧ Éducation thérapeutique du patient et de son entourage
- ✧ Observance et surveillance des traitements médicamenteux
- ✧ Repérage des signes d'alerte et de décompensation de l'insuffisance cardiaque.



Informations sur la cotation

Tarif : 18,27 euros (1 AMI 5,8 / séance + IFD / IK)

Patient inclus ou non dans PRADO

Condition : être formé au suivi du patient insuffisant cardiaque



Prescription médicale

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

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



Protocole

Carnet de suivi " Mon Carnet IC" remis au patient avec ordonnance IDE et 3 RDV de consultation dans les 2 mois : (MG J15 puis M2 / cardiologue M1)



CHECK-LIST INFIRMIÈRE LIBÉRAL.E



Surveillance clinique du patient



Alimentation contrôlée au sel



Prévention auto-médication



Observance médicamenteuse



Contrôle du schéma vaccinal



Contrôle prise de sang



Ordonnances et traitements à jour



Check rdv médicaux avec le patient
(MG / cardio / kiné / diet)



Utiliser un mètre-ruban pour mesurer la circonférence des membres inférieurs et identifier jusqu'où remontent les œdèmes : utile pour objectiver toute majoration



La pesée, quotidienne en sortie d'hospitalisation, puis régulière, est l'un des éléments les plus simples et les plus contributifs à la prévention des décompensations



L'utilisation d'un oreiller supplémentaire pour dormir peut témoigner de l'apparition ou de l'aggravation d'une orthopnée.

Utilisez **Mon Carnet IC** comme support pédagogique pour échanger avec vos patients !



ÉLÉMENTS D'ETP

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

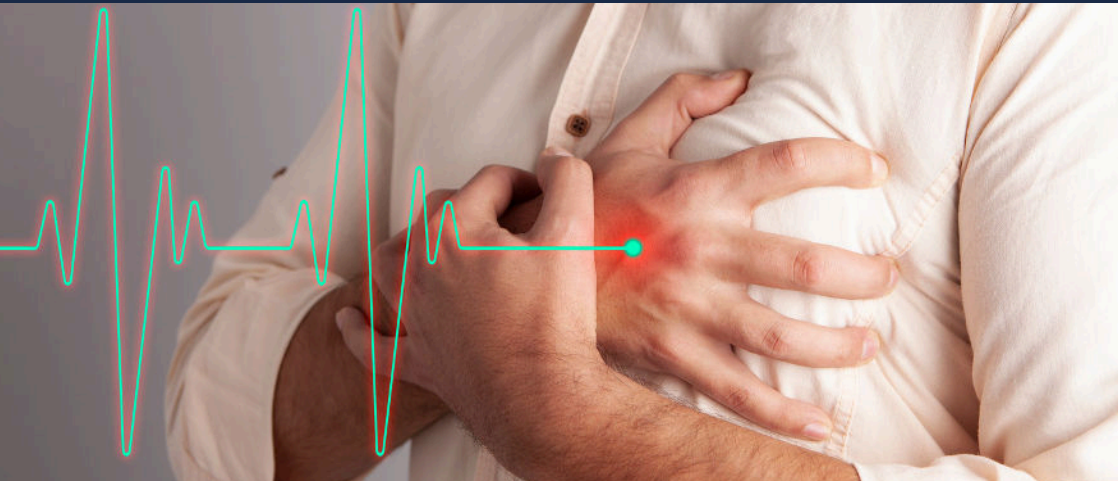
ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : FONDAMENTALE !

- L'ETP n'est pas un "plus" ni une option : elle est indispensable à la prise en soins des patients IC.
- L'autonomisation des patients est une recommandation de même niveau de preuve que les thérapeutiques médicamenteuses les plus efficaces (niveau I, grade A). Elle réduit la mortalité et le risque d'hospitalisation.
- Elle est obtenue par l'acquisition de compétences d'auto-soins lors de l'ETP.

OBJECTIF PATIENT

- Savoir se surveiller.
- Reconnaître les signes d'alerte (EPOF) et savoir qui alerter.
- Compréhension des traitements et observance.
- Connaître les principes de l'alimentation contrôlée en sel et les appliquer.
- Identifier les risques de l'automédication (AINS notamment).

==> La CPTS Nord Bassin Océan permet le déploiement d'ateliers d'ETP gratuits à l'EHPAD Louis Weiller d'Arès et à la MSP de Biganos.



L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

APA

Elle regroupe l'ensemble des activités sportives et physiques **adaptées aux personnes atteintes de maladies chroniques**. L'objectif étant de **prévenir l'aggravation** de l'insuffisance cardiaque et d'**améliorer leur qualité de vie**.

La prescription est rédigée par le médecin généraliste ou le cardiologue. Les séances sont assurées par certains kinésithérapeutes ou moniteurs d'APA. **L'APA n'est pas remboursée par la sécurité sociale.**

Associations

- Gymnastique artistique
- Multisports
- Développement physique personnel et suivi
- Ateliers APA
- Marche active

Ressources du territoire

- La Pignada
- Kiné de proximité
- Ateliers de prévention santé des CCAS
- Maison Sport Santé du centre hospitalier d'Arcachon

PEP'S

PEP'S est un programme d'activité physique adaptée pour toute personne en perte d'autonomie ou atteinte d'une ALD, d'une maladie chronique ou encore présentant des facteurs de risques. Ces programmes sont adaptés aux patients insuffisants cardiaques stabilisés, après avis médical.

Tous les outils et supports sont disponibles et téléchargeables gratuitement en ligne :  <https://www.peps-na.fr/>

TÉLÉ-EXPERTISE OMNIDOC

Faciliter et valoriser la collaboration médicale



RECOMMANDATIONS DE LA HAS

Pour avoir un complément sur votre téléphone, retrouvez le guide du parcours de soins insuffisance cardiaque :



Scannez-moi !



CPTS NORD BASSIN OCÉAN

contact.cptsnbo@gmail.com
8 bis rue Bernard Palissy
33510 Andernos-les-Bains
www.cptsnordbassinocean.com