



Protocole Pluriprofessionnel Insuffisance Cardiaque CPTS NBO

Rédacteurs :

Cynthia BUY – MKDE libérale Nord Bassin Océan

Sandrine DEMEZIL – Coordinatrice CPTS Nord Bassin Océan

Relecteurs :

Hélène DICKELE – MKDE Nord Bassin Océan

François LARMINAUX - Cardiologue au CMC d'Arès



PARCOURS PLURIPROFESSIONNEL INSUFFISANCE CARDIAQUE

La CPTS Nord Bassin Océan, en collaboration avec le Dr LARMINAUX (HPW d'Arès) propose un parcours visant à promouvoir les bonnes pratiques autour de l'insuffisance cardiaque en renforçant la coopération entre la ville et l'hôpital.

Contexte

1. Définition :

L'insuffisance cardiaque (IC) survient lorsque le cœur a des difficultés à assurer un débit sanguin adapté aux besoins des différents organes de l'organisme, et/ou aux dépens d'une augmentation anormale des pressions intracardiaques (SFC, 2021).

L'insuffisance cardiaque n'est pas une entité pathologique unique, mais un syndrome clinique consistant en une association de symptômes (essoufflement, chevilles enflées, fatigue...) qui peuvent s'accompagner de signes physiques (râles, crépitations pulmonaires, turgescence jugulaire, œdèmes périphériques...). Elle est due à une anomalie structurelle et/ou fonctionnelle du muscle cardiaque entraînant des pressions intracardiaques élevées, et/ou à un débit cardiaque inadapté aux besoins, au repos ou à l'effort (ESC, 2021).

Les premiers symptômes apparaissent classiquement d'abord à l'effort puis au repos. La perfusion rénale est diminuée, avec une altération de l'équilibre hydroélectrolytique favorisant la rétention hydrosodée et l'apparition d'œdèmes périphériques. L'augmentation des pressions en amont contribue à la dyspnée, pouvant aboutir à un œdème aigu du poumon à sa phase d'acutisation. La baisse de la perfusion musculaire favorise et entretient la fatigue ressentie par le patient.

En réponse à l'inadéquation entre les besoins et les apports, des mécanismes compensatoires neuro-hormonaux se mettent en place, aboutissant à une augmentation de la fréquence de contraction et du volume cardiaque afin d'augmenter le débit sanguin. Ces mécanismes entretiennent et aggravent la

progression de l'insuffisance cardiaque ; ils constituent la cible des thérapeutiques utilisées dans le traitement de l'IC.

L'étiologie de l'insuffisance cardiaque est étroitement liée aux complications des pathologies cardiaques et aux facteurs de risque cardio-vasculaires sous-jacents, aux premiers rangs desquelles la coronaropathie et l'hypertension artérielle. Les valvulopathies, rythmopathies, cardiomyopathies ou encore certaines cardiopathies congénitales sont également pourvoyeuses d'insuffisance cardiaque (SFC, 2021).

Traditionnellement, l'insuffisance cardiaque est classée en différentes entités, suivant la valeur de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG). L'IC est dite à fraction d'éjection réduite lorsque la FEVG est inférieure ou égale à 40 %. L'IC à fraction d'éjection modérément altérée est définie par une FEVG comprise entre 41 % et 49 % et il est question d'IC à fraction d'éjection préservée lorsque la FEVG est supérieure à 50 %. (ESC, 2021).

2. Chiffres :

L'insuffisance cardiaque a un retentissement sur la qualité de vie et diminue fortement l'espérance de vie des patients.

Aujourd'hui en France, 1.5 million de personnes seraient atteintes de cette pathologie soit 2.3% de la population. Elle touche tout particulièrement la population âgée. Passé 70 ans, elle affecterait de 10 à 20% des personnes. Du fait du vieillissement de la population, la fréquence va augmenter de 25% tous les 4 ans. Il faut savoir que cette pathologie, malgré sa prévalence, est peu connue dans la population : 400 000 à 700 000 personnes en souffriraient sans le savoir et chaque année 120 000 nouveaux cas sont diagnostiqués. Elle est à l'origine de 165 000 hospitalisations par an et de 70 213 décès. De plus, un patient insuffisant cardiaque sur deux se déclare en « très mauvaise santé ». De part des facteurs génétiques, on observe un taux de mortalité plus élevé chez les hommes. (SPF, 2019)

Cette pathologie ne possède pas encore à ce jour de traitements curatifs. L'espérance de vie à 5 ans est de 50%, et toute hospitalisation à la suite d'une décompensation altère celle-ci. En 2013, 20% des personnes hospitalisées ont été ré-hospitalisées au moins une fois pour le même motif au cours de l'année. Depuis 2002, le taux de ré hospitalisation a augmenté de plus de 30%. Près de

16% des patients diagnostiqués décèdent dans les 6 mois après leur retour à domicile.

D'un point de vue médico-économique, tous régimes confondus, 1 550 millions d'euros sont attribués à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique sur les 168 milliards d'euros des dépenses totales, avec une dépense annuelle moyenne remboursée estimée à 2310 euros par personne. 85% des dépenses sont attribuées aux soins de ville, 11% au secteur hospitalier et 4% aux prestations en espèces.

En 2020, les hospitalisations équivalent à 3 milliards d'euros à l'Assurance Maladie.

Diagnostic et degré de sévérité NYHA

L'insuffisance cardiaque doit être évoquée dès lors qu'un patient présente des symptômes évocateurs, habituellement regroupés sous l'acronyme "EPOF" : Essoufflement, prise de Poids, Œdèmes et Fatigue. Par ailleurs, étant donné la prévalence importante dans la population âgée, l'IC peut également se présenter par des symptômes aspécifiques, retardant d'autant plus son diagnostic initial.

Les antécédents et facteurs de risques cardio-vasculaires du patient, comme par exemple un infarctus du myocarde ou l'hypertension artérielle, doivent être pris en compte dans l'anamnèse afin de déterminer l'étiologie de l'insuffisance cardiaque. Un bilan biologique et paraclinique permet d'orienter le diagnostic : dosage des NT-proBNP, ECG et échocardiographie Doppler. Souvent, la pathologie est évoquée dès lors que le patient présente des signes de décompensation et est hospitalisé.

Il existe différents degrés de sévérité selon l'impact fonctionnel de la dyspnée, évalué selon la classification de la New York Heart Association (NYHA) :

- Stade I : Pas de symptôme ni de limitation de l'activité physique ordinaire ;
- Stade II : Limitation modeste de l'activité physique : à l'aise au repos, mais l'activité ordinaire entraîne une fatigue, des palpitations, une dyspnée ;
- Stade III : Réduction marquée de l'activité physique : à l'aise au repos, mais une activité physique moindre qu'à l'accoutumée provoque des symptômes

et des signes objectifs de dysfonction cardiaque ;

- **Stade IV : Limitation sévère** : symptômes présents même au repos. La sévérité des symptômes est mal corrélée à l'altération de la fonction ventriculaire gauche mais aide à estimer la qualité de vie du patient. La limitation de l'activité prend en compte l'incapacité fonctionnelle liée aux problèmes articulaires, musculaires et neurologiques qui rendent difficile la cotation.

Le type d'insuffisance cardiaque (FEVG altérée ou non) ainsi que l'évaluation fonctionnelle de la dyspnée sont des éléments essentiels qui vont guider les choix thérapeutiques, médicamenteux ou non (HAS, 2014).

Thérapeutiques

L'ensemble des thérapeutiques qui sont mis en place à la suite du diagnostic ont les mêmes objectifs :

- **Amélioration de la qualité de vie** : diminution des symptômes et préserver les activités de la vie quotidienne,
- **Prévenir la dégradation de la maladie** soit la décompensation voire l'hospitalisation causée par la décompensation,
- **Ralentir la progression de la maladie** et ainsi réduire le taux de mortalité.

La thérapeutique se subdivise en 2 catégories :

- **Le traitement médicamenteux** : Prise de traitements pharmacologiques en fonction de leur Fraction d'Éjection et en fonction de l'apparition de symptômes
- **Le traitement non médicamenteux** : Modification de l'hygiène de vie à travers les habitudes alimentaires et l'Activité Physique Adaptée. Pour les traitements médicamenteux, 3 approches sont possibles :

- Traitement pour diminuer les signes congestifs, quelque soit leur Fraction d'Éjection,

- Traitement pour les patients ayant une Fraction d'Éjection Préservée,

- Traitement pour les patients ayant une Fraction d'Éjection Altérée.

Pour les patients ayant des symptômes de l'Insuffisance Cardiaque avec notamment des signes congestifs, un traitement symptomatique doit être mis en place.

1. Inhibiteur de la néprilysine associé à un ARA2 (ARNI) :

Une seule spécialité est à ce jour commercialisée, composée par l'association sacubitril / valsartan. Le sacubitril a pour principale utilité pharmacologique l'inhibition de la néprilysine, endopeptidase inhibant la dégradation de peptides natriurétiques et vaso-actifs. L'augmentation de leur concentration plasmatique majore leurs effets, notamment diurétiques, vasodilatateurs et anti-fibrotique (lutte contre le remodelage cardiaque).

Le sacubitril / valsartan a permis de diminuer significativement la mortalité chez certains patients, par rapport à un des médicaments de référence, l'énalapril, dans l'étude PARADIGM-HF.

Les posologies optimales et les éléments de surveillance sont détaillés dans le référentiel IC.

2. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) :

Ils inhibent la conversion de l'angiotensine I en angiotensine II, sa forme active. Cette dernière possède un effet vasoconstricteur puissant, responsable de l'augmentation des résistances artérielles périphériques, d'une hypertrophie vasculaire et cardiaque, et d'une augmentation de la synthèse et du dépôt de collagène, contribuant à la fibrose myocardique. Elle a également un effet rénal en diminuant l'excrétion urinaire du sodium et en augmentant celle du potassium.

Les IEC bloquent également la dégradation de la bradykinine en peptides inactifs, permettant l'accumulation de celle-ci, connue pour ses propriétés vasodilatatrices. En abaissant les pressions périphériques et en réduisant la rétention hydrosodée, les IEC améliorent l'efficacité myocardique, avec un bénéfice démontré sur la mortalité, l'amélioration des symptômes, la réduction des hospitalisations et l'amélioration de la qualité de vie.

Dans l'insuffisance cardiaque à FEVG réduite, ils doivent être employés à la posologie maximale tolérée, cliniquement et biologiquement. Les fiches de titration proposées dans le référentiel IC résument les posologies cibles et les éléments de surveillance.

3. Antagonistes des récepteurs AT1 de l'angiotensine II (ARA2 ou "sartans") :

Si leur mode d'action diffère de celui des IEC, en agissant non plus sur l'inhibition de la synthèse d'angiotensine II mais sur son inactivation, leur finalité est identique : réduire la charge de travail du cœur en diminuant les résistances vasculaires périphériques, la pression artérielle et la rétention hydrosodée.

Les ARA2 ayant une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans l'insuffisance cardiaque, leurs posologies optimales et leurs éléments de surveillance sont détaillés le référentiel IC.

4. Bêta-bloquants :

Les bêta-bloquants luttent contre les effets cardiotoxiques des catécholamines libérées par le système nerveux autonome, liée à la stimulation adrénergique chronique induite par l'altération de la fonction ventriculaire gauche.

Il en résulte principalement une amélioration de la structure et de la fonction ventriculaire gauche par des mécanismes multiples (diminution des besoins en oxygène du myocarde, réduction de la fréquence cardiaque, amélioration de la perfusion coronaire...).

Ils réduisent également la survenue de troubles rythmiques par inhibition des effets arythmogènes de la stimulation bêta-adrénergique.

Enfin, en bloquant les récepteurs juxta-glomérulaires, les bêta-bloquants provoquent une réduction des concentrations de rénine, d'angiotensine II et d'aldostérone.

Les posologies optimales des bêta-bloquants ayant l'AMM dans l'insuffisance cardiaque et les éléments de surveillance sont détaillés dans le référentiel IC.

5. Glifozines :

Ce sont des inhibiteurs du SGLT2 soit du cotransporteur de sodium-glucose de type 2. Inhiber ce transporteur permet de favoriser l'excrétion urinaire du glucose et du sodium. Ils sont initiés en tant que traitement de fond de l'Insuffisance Cardiaque, car réduisent les risques de décompensation et de décès. Ils sont prescrits quelque soit la FEVG. Leur dose ne nécessite pas de titration car elle est unique. Ils sont néphroprotecteurs sur le long terme mais ils nécessitent cependant une surveillance particulière au niveau de la glycémie car ces molécules sont également utilisées pour les patients diabétiques.

6. Antagonistes du récepteur minéralocorticoïde (ARM ou anti-aldostérone) :

L'aldostérone est une hormone minéralocorticoïde produite par les glandes surrénales qui régule l'équilibre électrolytique.

Les anti-aldostérone antagonisent le récepteur de l'aldostérone, avec comme principal effet le blocage de l'échange sodium-potassium au niveau du tube contourné distal et du tube collecteur rénal.

Ils induisent ainsi une augmentation de l'excrétion du sodium (effet natriurétique) et une réabsorption de potassium (diurétiques dits « épargneurs de potassium » ou « hyperkaliémiants »).

Les anti-aldostérone ont démontré, dans des essais cliniques prospectifs et randomisés, une diminution de 30% de la mortalité dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite en complément des autres traitements de référence de l'insuffisance cardiaque.

La spironolactone et l'éplérénone sont les deux molécules les plus couramment utilisées. Leurs posologies optimales ainsi que les éléments de surveillance sont détaillés dans le référentiel IC.

7. Diurétiques :

Ils ont pour objectif de réduire la dyspnée des œdèmes chez les patients qui sont symptomatiques. Ils sont prescrits à tous les patients présentant des signes congestifs due à une rétention hydrosodée. Ils permettent d'améliorer les symptômes et doivent être prescrits en soins primaires. Ils doivent être prescrits à une dose adaptée puis réduite à posologie minimale dès la disparition des signes congestifs. Cependant, il faut être vigilant sur les taux de kaliémie, la natrémie, la créatininémie et à l'hypotension (tension artérielle systolique).

L'Insuffisance cardiaque avec Fraction d'Éjection Préservée soit une Fraction d'Éjection supérieure à 50% nécessite comme traitement pharmacologique des Glifozines.

Il existe aussi des patients atteints d'Insuffisance cardiaque ayant une Fraction d'Éjection modérément altérée soit entre 40% et 50%. La plupart du temps, les traitements médicamenteux rejoignent ceux donnés aux patients ayant une Fraction d'Éjection Altérée.

Attention, les traitements médicamenteux sont à mettre en lien avec les facteurs de risque et les comorbidités des personnes IC.

La **thérapeutique non médicamenteuse** consiste à :

- Informer le patient et le rendre acteur de sa santé
- Réaliser de l'Éducation Thérapeutique
- Éviter l'auto-médication notamment pour les AINS
- Modifier les habitudes alimentaires et mettre en place le régime hyposodé
- Prescrire de l'activité physique adaptée
- Proposer une réadaptation cardiaque si nécessaire.

Offre de soins

1. Enjeux :

Les enjeux généraux d'optimisation du parcours de soins sont :

- La diminution du taux de mortalité,
- La diminution du taux d'hospitalisation par les urgences,
- La fluidification du parcours-patient grâce au lien ville hôpital.

L'offre de soins de premiers recours doit permettre de :

- Dépister les personnes atteintes de la pathologie à un stade peu avancé,

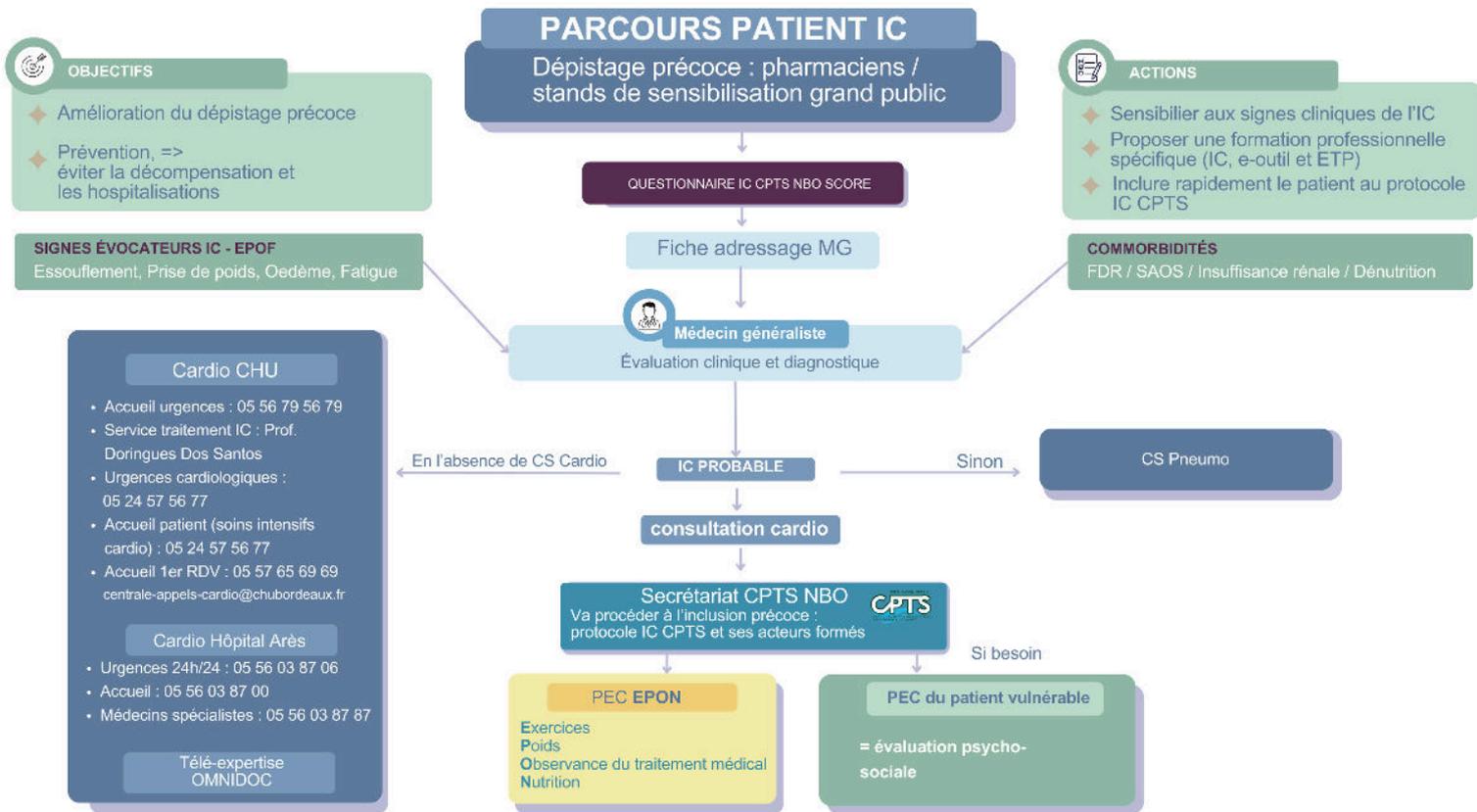
- Proposer une prise en charge graduée à proximité du lieu de résidence du patient,
- Se coordonner entre professionnels de santé du territoire impliqués,
- Favoriser la pose de diagnostic avant l'hospitalisation pour décompensation,
- Éviter la ré-hospitalisation pour motif d'insuffisance cardiaque,
- Sensibilisation des patients et implications dans leur mode de vie,
- Apporter l'ensemble des informations nécessaires au patient pour qu'il devienne acteur de santé.

2. Objectifs de la prise en charge pluriprofessionnelle :

L'optimisation de l'organisation pour prendre en charge les patients a pour objectif de dépister au plus tôt l'ensemble des patients, à un stade de sévérité peu élevé en évitant l'hospitalisation.

Le parcours du patient atteint d'Insuffisance Cardiaque est multidisciplinaire, en fonction de la complexité des symptômes et du degré de sévérité de la maladie.

Parcours Patient IC



Rôle des Professionnels de Santé locaux

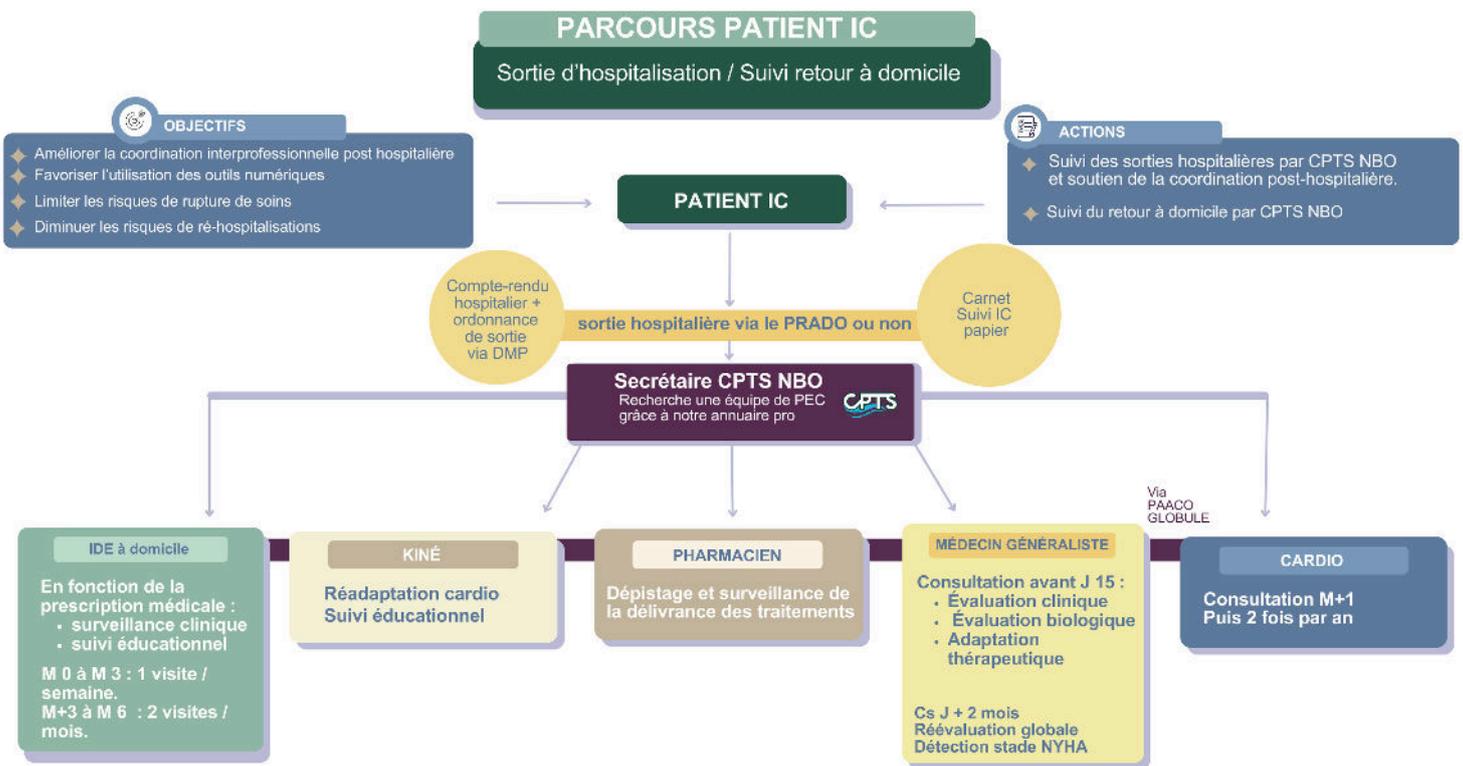
ACTEURS DE SANTE	ACTIONS	MOYENS
<p>Hôpital de proximité</p> <p>HPW d'Arès</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Poser le diagnostic aux urgences ou lors de l'hospitalisation. ● Poser le diagnostic de décompensation chez IC connu. ● Mise en place du traitement en phase aiguë. ● ETP. ● Organiser la prise en charge cardiologique avec bilan étiologique : bilan sanguin, ECG, EE, recherche des facteurs déclenchants de la décompensation. ● Prévenir secrétariat CPTS et mise en place du carnet de suivi IC. ● Prise en charge (PEC) gériatrique. ● PEC diététique (dénutrition). ● PEC psychosociale. ● PEC kinésithérapie. ● SSR La Pignada. ● Formaliser et structurer l'existant. ● Offrir une alternative à l'hospitalisation complète (hôpital de jour). 	<ul style="list-style-type: none"> ● DIAGNOSTIC : <ul style="list-style-type: none"> ○ Interrogatoire, examen clinique, biologie, ECG. ○ Avis cardio en urgence, ETT. ● TRAITEMENT : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mise en place et surveillance. ○ Réadaptation si déshydratation. ○ Poursuite du traitement chronique. ○ Conciliation médicamenteuse. ● SORTIE : <ul style="list-style-type: none"> ○ Reconduction du traitement en sortie d'hospitalisation. ○ Bilan biologique: dosage des peptides, NT Pro BNP, hémogramme, natrémie, kaliémie, créatinémie, albuminée, urée, bilan lipidique suivant l'âge, ferritine, enzymes hépatiques, glycémie et TSH. ○ IDE à domicile en surveillance et observance du traitement. ○ MKDE en cabinet médical et maison sport santé APA. ○ Inclure le patient dans le parcours CPTS avec son carnet de suivi IC. <p>Voir kit d'outils de mesure.</p>
<p>CHU</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● En hospitalisation: <ul style="list-style-type: none"> ○ Suivi médical : examen clinique, ECG , bilan sanguin, traitement. ○ Avis cardiologue. ○ Contact CPAM pour organiser suivi PRADO IC suivant éligibilité. ● En sortie d'hospitalisation: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dossier de liaison IC. ○ Ordonnances pour : <ul style="list-style-type: none"> • Traitement • Bilan sanguin • Suivi IDE • RDV ETP ● Prévenir secrétariat CPTS : organisation, carnet de suivi IC (annexe 1). 	<ul style="list-style-type: none"> ● En hospitalisation: <ul style="list-style-type: none"> ○ PEC IDE pour traitements et ETP. ○ PEC diététicienne pour régime. ○ PEC MKDE pour réadaptation cardiaque. ○ Formation du patient concernant les signes EPOF de décompensation. ● En sortie d'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Informer le patient et la famille sur son traitement et le suivi proposé. ○ Prévenir IDEL/IPA de la prochaine sortie d'hospitalisation du patient. ○ Prescrire suivi IDEL/IPA pour : surveillance clinique, suivi du TTT médicamenteux, bilan sanguin, signes d'aggravation à l'aide du carnet de suivi IC. ○ Prise de RDV MG dans les 2 semaines, puis un mois, et trois mois. ○ Prise de RDV cardiologue libéral à un mois post hospitalisation, puis 2 fois/an. ○ Intégration dans un groupe ETP. ○ Réadaptation cardiaque par MKDE ou ré-autonomisation par APA.

MG	<ul style="list-style-type: none"> ● Le MG remet un carnet de suivi IC au patient : ● Le MG assure le suivi IC en utilisant un interrogatoire personnalisé IC afin de déceler une aggravation de la maladie. ● Le MG propose des conseils hygiéno-diététiques pour IC. ● Prescription d'un traitement adapté : si aggravation du patient, réajuster le dosage des TT, la titration si besoin. ● Prescription d'une analyse biologique. ● Si besoin avis cardiologue : Omnidoc. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Consultation médicale dans les 15 jours post hospitalisation, à un mois, puis à trois mois. ● Recherche dès la salle d'attente des signes EPOF (annexes 2 questionnaire populationnel/EPOF) ● Sensibilisation à la vaccination. ● Etablir un lien avec le réseau de soins. ● Prescription d'un traitement diurétique (annexe 3 check-list MG) ● Prévoir : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un bilan iono, rein, pro BNP tous les 3 mois. ○ Un bilan biologique : dosage des peptides, NT pro BNP, hémogramme, natrémie, kaliémie, créatinémie, albuminémie, bilan lipidique suivant l'âge, enzymes hépatiques, glycémie et TSH, ferritine. ○ ETP.
Cardiologue	<ul style="list-style-type: none"> ● Suivi du patient IC en collaboration du MG grâce au carnet de suivi IC. ● Suivi régulier et rapproché du patient IC en stade avancé. ● Effectuer et/ou interpréter ECG, doppler. ● Prescription d'une télésurveillance cardiologique si nécessaire. ● Prescription ETP et réadaptation cardiaque si besoin. ● Optimisation des traitements, titrations et suivi personnalisé en collaboration étroite avec le MG. 	<ul style="list-style-type: none"> ● ETT afin de mesurer la FEVG et l'évolution de la pathologie. ● Identification stade NYHA. ● Planification rdv cardio entre 3 semaines et un mois post hospitalisation, puis suivi 2 fois/an. ● Prescription ou suivi rapproché des analyses biologiques : dosage des peptides, NT pro BNP, hémogramme, natrémie, kaliémie, créatinémie, albuminémie, bilan lipidique suivant l'âge, enzymes hépatiques, glycémie, ferritine et TSH. ● Courrier post RDV à remettre au MG.
IDE	<ul style="list-style-type: none"> ● Fiche de surveillance (carnet de suivi IC) et coordination avec cardiologue. ● Implication +++ de l'IDE dans le cadre de : <ul style="list-style-type: none"> ○ surveillance ponctuelle du patient identifiée par prescription médicale (bilan sanguin, signes cliniques...), ○ observance de la posologie des traitements, ○ éducation thérapeutique et observance des règles hygiéno-diététiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Formation IC et remise à niveau. ● Mise en place des prescriptions établies et protocoles en vigueur. ● La secrétaire d'accès aux soins contacte l'IDE libéral(e) dès la sortie d'hospitalisation pour surveillance étroite du patient. ● Mise en place et présentation systématique d'un carnet de suivi IC 1 fois/semaine et/ou Paaco-globule facilitant le suivi patient avec les professionnels de santé. ● Mise en place concertée d'un suivi régulier ou télésurveillance tous les jours puis hebdomadaire (NT pro BNP, créatine dans carnet) ● Surveillance d'une éventuelle aggravation. (annexe 4 check-list IDE) ● Contrôler et surveiller la prise médicamenteuse, suivi (prise de sang, RDV médicaux ou radios, transport) ● Suivi ETP proposé : <ul style="list-style-type: none"> ○ notions sur la maladie, ○ observance du traitement,

		<ul style="list-style-type: none"> ○ signes alerte. ● Si aggravation, l'IDE : <ul style="list-style-type: none"> ○ indique un numéro d'urgence et la CAT au patient et à sa famille. ○ mise à disposition d'une ordonnance d'urgence (annexe 5)
Laboratoire d'analyse	<ul style="list-style-type: none"> ● Analyses effectuées en collaboration et suivant la fréquence établie par le MG, cardiologue et/ou pneumologue. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Alerte systématique du prescripteur si anomalie des résultats et transcription dans carnet de suivi IC
Pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> ● Suivi et observance du traitement IC du patient ● Gestion des éventuels effets indésirables. ● Conseil sur les mesures HD. ● Repérage des signes IC ou d'aggravation. (annexe 4) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Présentation du carnet de suivi IC par le patient (surveillance de la quantité de diurétiques). ● Lors du renouvellement médicamenteux : <ul style="list-style-type: none"> ○ sensibilise le patient aux signes évocateurs d'une décompensation ○ remet une lettre d'adressage au MG si découverte de symptômes. (annexe 4) ● Proposition d'un entretien pharmaceutique si besoin. ● ETP (observance et automédication).
Diététicienne	<ul style="list-style-type: none"> ● Repérage des signes IC ou d'aggravation ● Surveillance de l'état de dénutrition et son stade par le bilan diététique 	<ul style="list-style-type: none"> ● Formation IC et mise à niveau. ● Suivi du carnet IC du patient. ● Consultation diététique et documents d'informations personnalisés. ● ETP
MKDE	<ul style="list-style-type: none"> ● Repérage des signes IC ou d'aggravation. ● Diagnostic kinésithérapique, cardiologique pour mise en place d'un programme personnalisé de réadaptation cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> ● Formation IC et mise à niveau ● Suivi du carnet IC du patient ● Réadaptation cardiaque en libéral en collaboration avec cardiologue ou centre de rééducation spécialisé ● Remise en activité grâce à une maison sport santé avec APA, associations de proximité telles club cœur santé, FFC ● ETP

Tous les professionnels faisant partie de la prise en charge pluriprofessionnelle de l'IC se verront remettre le référentiel IC ([annexe 6](#)).

Protocole Insuffisance Cardiaque



Organisation Générale de la Prise en charge

1. AMI 5.8 :

La suite d'une hospitalisation pour décompensation nécessite une surveillance rapprochée ainsi qu'une modification de l'hygiène. Cela dans le but de préserver la qualité de vie du patient.

Une prescription pour une surveillance doit être faite : c'est ce qu'on appelle l'AMI 5.8 équivalent à "séances à domicile de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une IC" durant 8 à 15 semaines. Cette cotation permet aux IDE d'être valorisés à hauteur de 18.23€ par séance. Elle permet de surveiller, prendre les constantes, observer les variations de poids, faire de l'observance médicamenteuse et de l'éducation thérapeutique.

Également, se mobiliser de façon régulière lorsque le patient est stable permet d'améliorer significativement l'état de santé. Pour les patients nécessitant, une Activité Physique Adaptée ou réadaptation sera réalisée par les masseurs-kinésithérapeutes via une prescription médicale.

2. Vaccination :

Les patients atteints d'insuffisance cardiaque sont considérés comme fragiles et il leur est donc recommandé de réaliser les vaccins contre la grippe, le pneumocoque et le covid.

Le vaccin de la grippe est à faire chaque année. La campagne de vaccination débute habituellement en octobre. Il peut être fait par son médecin traitant. Il peut également être administré par un pharmacien, un IDE et une sage-femme en fonction des recommandations et du type de vaccin.

Selon Santé Publique France, "l'épidémie de grippe en France métropolitaine survient chaque année le plus souvent en hiver et touche entre 2 et 6 millions de personnes. En moyenne, en France, 2 000 vies par an sont sauvées chaque année chez les personnes de 65 ans et plus grâce à la vaccination".

Il peut être prescrit et administré par : un médecin généraliste, un pharmacien, un IDE et une sage-femme.

A savoir que pour les professionnels de santé qui n'ont pas de logiciel métier permettant l'implémentation dans "Mon Espace Santé", il est possible de les enregistrer sur dmp.fr.

3. Déclaration ALD non systématique :

L'Insuffisance Cardiaque est une pathologie nécessitant un "traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse". L'Insuffisance cardiaque grave, troubles graves du rythme cardiaque, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves relèvent de l'exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD 5.

Sur le territoire de la CPTS Nord Bassin Océan, environ 2.2% des patients IC diagnostiqués ont une ALD. Il est donc important que les médecins traitants déclarent les ALD des patients IC à travers le compte Ameli Pro afin que chaque patient soit remboursé à 100% dans leur prise en charge.

MISE EN PLACE ET SUIVI

- Envoi d'un questionnaire de PEC du patient IC à tous les professionnels de santé de la CPTS NBO afin de fédérer autour de la mise en place du protocole parcours IC en sortie d'hospitalisation
- Déploiement du protocole parcours IC à tous les professionnels de santé de la CPTS NBO en lien avec le patient IC
- Mise en place d'une campagne de repérage du patient IC auprès des pharmacies et IDE de la CPTS NBO
- Mise en place d'une journée de sensibilisation au repérage du patient IC en lien avec les autres missions de la CPTS et en collaboration si possible avec les autres CPTS
- Mise en place de réunions de suivi IC tous les 6 mois
- Questionnaire de satisfaction à destination des professionnels de santé lors de la réévaluation du protocole tous les 6 mois
- Réévaluation des profils en lien avec le parcours de soin IC en sortie d'hospitalisation et inclusion de nouveaux profils (APA, chargé de missions...)

EVALUATION

- Nombre de questionnaires PARCOURS DE SOINS IC reçus
- Nombre de professionnels de santé présents aux réunions sur le parcours IC
- Nombre de carnets de suivi remis
- Nombre de patients IC repérés en pharmacie
- Nombre de patients IC repérés par les professionnels de santé
- Nombre d'ordonnances d'urgence utilisées par les IDE

SOURCES DOCUMENTAIRES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Conseil national de l'ordre des médecins 2018
- Base nationale PMSI
- Guide parcours de soins HAS 2014

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf
<http://rezonecpts.ameli.fr>

- Plaidoyer pour une prise en charge de l'insuffisance cardiaque et des cardiomyopathies (calameo.com)
- Prise en charge de l'insuffisance cardiaque congestive du sujet âgé après hospitalisation pour décompensation argue intérêt d'un réseau gériatrique territorial dédié : étude GERICCO-78, Georges JL et al. Ann Cardiol Angeiol (Paris) 2022. PMID

	<ul style="list-style-type: none"> ● Programme d'aide au retour à domicile des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque chronique (PRADO IC) : description, évaluations, perspectives. Abassade P. Ann Cardiol Angeiol (Paris), 2023. PMID : 37541169 ● PNNS : http://www.mangerbouger.fr/pro ● SNDS : https://www.snds.gouv.fr
LIEU DE CONSULTATION DU PROTOCOLE	<ul style="list-style-type: none"> ● Protocole sous format papier au sein de la CPTS NBO ● Fichier informatique dans un dossier partagé

Annexes

ANNEXE 1 : Carnet de suivi IC

ANNEXE 2 : Questionnaire populationnel/EPOF

ANNEXE 3 : Check-list MG

ANNEXE 4 : Check-list IDE

ANNEXE 5 : Ordonnance d'urgence pour bilan biologique

ANNEXE 6 : Référenciel IC

Groupe de travail

	Docteur LARMINAUX, cardiologue HPW d'Arès
	Docteur CAILLAUD, médecin généraliste
	Docteur LAFFITTE, pharmacienne
	Infirmières : Delphine ABAD et Alice CLASQUIN
	Masseur-kinésithérapeutes : Cynthia BUY et Hélène DICKELE



PROTOCOLE VALIDE LE 3/12/2024

PRESENTATION AUX PS PREVUE LE 04/02/2025 et le 11/03/2025.