



PARCOURS DE SOINS

« INSUFFISANT CARDIAQUE »

1 - Diagnostic :

- **Recherche de facteurs de risque :**

- Antécédent d'infarctus ou d'angine de poitrine
- HTA non équilibrée
- ACFA et autres troubles du rythme
- Anomalie valvulaire
- Cardiopathies :
 - Iatrogène (anti-cancéreux, radiothérapie thoracique, ...)
 - Toxique (alcool, drogue, ...)
 - Autres (génétiques, post-infectieuses, ...)
- BPCO, HTAP, ...
- LED, hyperthyroïdie, ...

- **Signes cliniques d'insuffisance cardiaque débutante :**

- Fatigue et/ou dyspnée pour les activités habituelles,
- Palpitations,
- Baisse de la qualité de vie,
- Décompensation d'une autre pathologie ...



- **Bilan initial :**

- ECG si possible,
- BNP avant tout traitement diurétique : pour les patients > 75 ans préciser « BNP et non NT-proBNP » et « délai court entre prélèvement et analyse » / pour les patients < 75 ans : NT-Pro BNP
- Ionos, NF, ...
- Recherche de circonstances aggravantes :
 - Alcool
 - FRCV : diabète, HTA, dyslipidémie, obésité, tabac, autres atteintes artérielles
 - Insuffisance rénale
 - Dénutrition
 - SAS

- **Prise en charge :**

- **Demande d'avis cardiologique 04.58.65.10.00**

- Soit écho transthoracique dans les 2 à 3 semaines pour préciser le diagnostic
- Soit hospitalisation en urgence
- Soit hospitalisation de jour (HdJ) pour évaluation globale (en particulier gériatrique)

- **Le cardiologue**

- Précise le diagnostic :
 - Insuffisance Cardiaque Systolique (ICS) : FEVG < 40 - 50% avec traitement bien codifié et efficace
 - Insuffisance Cardiaque à Fraction d'Éjection Préservée (ICFEP) : FEVG > 40 - 50% avec traitement uniquement symptomatique et étiologique si cause curable.
 - Met en route le traitement avec indication de la titration
 - Prescrit la surveillance et le suivi par l'IDE (1*/semaine, pendant 4 à 6 mois, cotation AMI 5,8)
 - Remet au patient les documents de suivi (poids, œdèmes, dyspnée, ...)
 - Donne un RV pour la prochaine consultation (ou HdJ)

2 - Suivi ambulatoire

- **Le patient est averti des signes d'appel :**

- Prise de poids $\geq 2\text{kg}$ en 3 à 7 jours (surveillance du poids 1 à 2 fois par semaine)
- Dyspnée
- Précordialgie
- Palpitations
- Apparition d'œdème
- Fatigue
- Douleur abdominale

- **L'IDEL assure un passage hebdomadaire pendant 4 à 6 mois (AMI 5,6) :**

- Surveillance clinique (poids, TA, fc, SpO2, œdème, ...)
- Recherche les effets secondaires indésirables (lipothymie, voile noir, toux, ...)
- Prévient le MG (ou associé/remplaçant) en cas de signe d'alerte ; sinon cardiologue ou C15
- S'assure de l'adhésion au traitement, de la qualité de vie
- S'assure de la réalisation de la surveillance biologique
- Tient le carnet de suivi à domicile
- Réassure le patient dans sa démarche d'amélioration des règles hygiéno-diététiques

- **Le MG :**

- Assure consultation ou visite (+/- ECG)
 - Dans les 15 jours (ou plus tôt si signe d'appel)
 - < 7 jours après le changement de posologie jusqu'au maximum de la titration
 - Puis tous les mois puis tous les 3 mois
- Recherche des signes d'IC et d'EI (contrôle biologique si IEC, ECG si bêtabloquants)
- Titre la posologie tous les 15 jours si absence d'EI
- Prescrit des nouvelles posologies et de la surveillance biologique
- Contacte le cardio (direct ou par l'intermédiaire de l'IDE référente IC du service) en cas d'échappement ou d'EI ; prescrit éventuellement les examens complémentaires pour éviter un passage au SAU en cas d'hospitalisation prévisible ; **n° appel pour les avis cardio 04.58.65.10.00.**

- **L'infirmière ASALÉE :**

- Organise l'Éducation Thérapeutique en individuel et/ou collectif
- S'assure de l'adhésion au traitement, de la qualité de vie
- Travaille en coordination avec le MG, les IDEL, le cardiologue, les autres PS

- **Le cardiologue :**

- Revoit le patient idéalement dans les 2 mois après le diagnostic (consultation ou HdJ)
- Certains patients à haut risque sont suivis en télésurveillance (avec le concours de l'IDE référente IC et d'un prestataire privé)
- Organise en cas de besoin une HdJ coordonnée avec la gériatrie si patients > 75 ans ou > 60 ans avec maladie neuro-dégénérative) pour évaluation globale et ETP
- Adresse un courrier standardisé adressé au MT et à l'IDEL traitante par messagerie sécurisée
- En cas d'hospitalisation pour aggravation :

3 - Hospitalisation directe de l'Insuffisant Cardiaque.

L'hospitalisation directe est possible uniquement :

- **Après appel pour avis cardio 04.58.65.10.00.**

- Pour les patients connus et suivis par le service
- Après bilan comprenant :
 - **BNP :**
 - pour les patients > 75 ans préciser « BNP et non NT-proBNP » et « délai court entre prélèvement et analyse »
 - pour les patients < 75 ans : NT-Pro BNP possible
 - créatinine, iono
 - NF
 - ~~Test PCR Covid~~
 - Autres à discuter avec le cardiologue
 - ECG si possible

4 - Sortie d'hôpital de l'insuffisant cardiaque

- **Le cardiologue et l'équipe :**
 - Avant la sortie :
 - Et même dès l'entrée, s'assurent des coordonnées à jour du MG et de l'IDEL traitants
 - Organisent si besoin une télé-concertation entre les différents PS hospitaliers et libéraux (MG, IDEL traitante) pour les cas complexes
 - S'assurent de la possibilité pour l'IDE traitante et du MG (ou leur remplaçant/associé) de voir le patient respectivement dans les 7 et 15 jours.
 - Donne un RV pour la consultation à 2 mois ou d'hospitalisation de jour.
 - À la sortie, ils remettent au patient :
 - La prescription médicamenteuse, les derniers résultats biologiques et ECG
 - La prescription de surveillance et suivi hebdomadaire à domicile par IDEL pendant 4 mois (renouvelable) en ALD
 - La prescription éventuelle de kiné (PEC par CPAM uniquement avec BPCO), et d'éducation thérapeutique
 - Un courrier commun au MT et à l'IDEL traitante - avec les derniers résultats - par messagerie sécurisée et dans la 1^{ère} semaine.
- **L'IDEL :**
 - Voit le patient dans les 8 jours
 - Prend connaissance des nouvelles prescriptions
 - S'assure de l'adaptation possible aux nouvelles conditions (EG, compréhension de la situation, accompagnement, logement, logistique, ...)
 - Note les nouvelles constantes dans le carnet de suivi
 - S'assure que le MT passera dans les 15 jours
 - Prévoit les contrôles biologiques avant sa venue
- **Le MG :**
 - Voit le patient dans les 15 jours ou plus tôt à la demande de l'IDEL
 - Recherche des facteurs de décompensation, des signes d'IC ou des EI
 - S'assure que le patient a bien compris les règles hygiéniques
 - Prévient l'infirmière Asalée pour mettre en place l'éducation thérapeutique et le suivi coordonné
 - Confronte son point de vue avec les autres PS et opte pour des messages clairs et identiques
 - Reprend contact avec le cardio ou l'IDE référente insuffisance cardiaque en cas de besoin ; **n° appel pour les avis cardio 04.58.65.10.00.** :

Vous pouvez faire remonter les problématiques rencontrées dans le déroulement de ce Parcours de Soins auprès de :

- Dr Dominique LAMY, coordinateur de la CPTS, 06 22 02 76 31, lamy.doc@gmail.com
- Mme Souad KOUAR, chargée de missions de la CPTS, 06 75 39 84 46, cptsmontblanc@gmail.com

Ces notifications seront discutées, analysées et proposées pour d'éventuelles modifications du protocole après 1 an d'utilisation ou plus tôt en cas de besoin.