



**CPTS VEM**

*Livret*

# **INSUFFISANCE CARDIAQUE**



# TABLE DES MATIÈRES

## **P.1**

L'insuffisance cardiaque

---

## **P.3**

Diagnostic posé

---

## **P.5**

Sortie d'hospitalisation

---

## **P.6**

Suivi de l'insuffisance cardiaque chronique

---

## **P.11**

Notes

## I. L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

### LES ACTEURS :

- |                         |                |                      |
|-------------------------|----------------|----------------------|
| • Médecins généralistes | • Pharmaciens  | • Aidants - Patients |
| • Cardiologues          | • Kinés, APA   | • Aides à domicile   |
| • IDE / IPA             | • Diététiciens | • PRADO - DAC        |
| • Biologistes           | • Psychologues | • CHIFSR             |
|                         |                | • SSR la Chenevière  |

### 1. TRAVAIL EN AMONT EFFECTUÉ PAR LA CPTS

1. Recenser les professionnels de santé formés à la PEC de l'insuffisance cardiaque
2. Réaliser des formations au dépistage précoce pour les professionnels de santé
3. Action de sensibilisation / prévention auprès de la population et des aidants

### CAUSES DÉCLENCHANTES

- Mauvaise observance des traitements en cours
- Ajout récent de médicaments dépresseurs cardiaque
- Abus d'alcool
- Anémie, dénutrition
- Infection pulmonaire
- Insuffisance rénale
- Dysfonction thyroïdienne
- Maladie générale connue

## CARDIOPATHIE SOUS-JACENTE

- Insuffisance coronarienne, CMNO, CMH
- Fibrillation atriale, TRV
- HTA
- Atteinte valvulaire
- Antécédent de chimio/radiothérapie

## 2. OBJECTIF : DÉPISTAGE PRÉCOCE

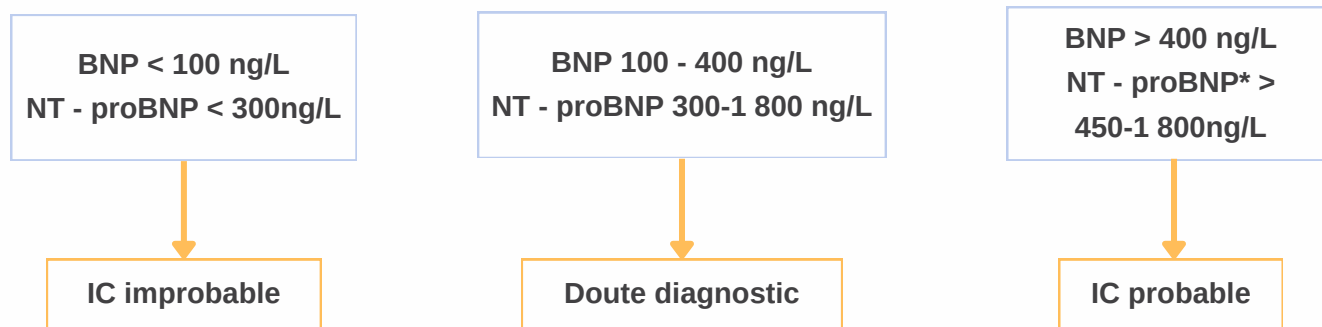
- Évoquer le diagnostic : sensibilisation aux signes cliniques
- Améliorer le suivi du patient : signes cliniques et biologiques
- Dépister les décompensations cardiaques : médecins traitants, cardio sinon CPTS

Prise en charge thérapeutique\* selon le stade fonctionnel NYHA de l'insuffisance cardiaque systolique (ICS)

Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Caractéristiques			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de symptômes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes pour effort important</li> <li>• Réduction modérée de l'activité physique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes à l'effort</li> <li>• Réduction marquée de l'activité physique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes au repos</li> <li>• Limitation sévère de l'activité physique</li> </ul>

## 3. PRISE EN CHARGE D'UNE DÉCOMPENSATION

- Signe d'alerte : **Epof** = **essoufflement, prise de poids, œdème, fatigue**
  - Si Epof positif, contacter le médecin traitant / cardiologue, sinon, CPTS
  - Réalisation d'un NT pro BNP



\*IC probable si NT-proBNP > 450 ng/L (< 50 ans), > 900 ng/L (50-75 ans), > 1 800 ng/L (> 75 ans)

- **Signe de gravité :** Epof positif + pouls rapide / essoufflement au moindre effort / toux + BNP > 450 ng/L (facteur de l'âge)



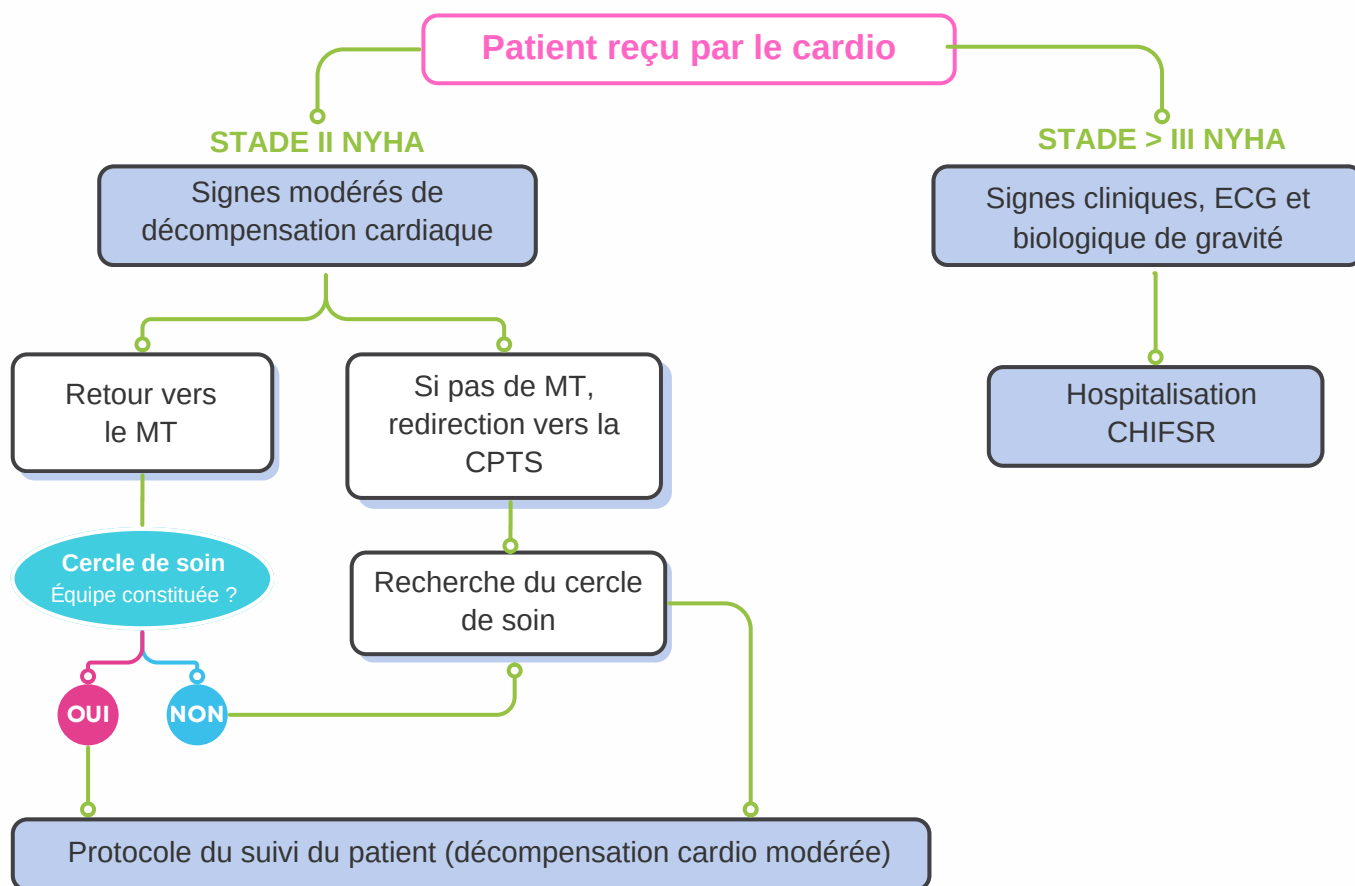
Hospitalisation si pas de RDV cardio en 24h

## POINTS CRITIQUES : PRISE EN CHARGE INITIALE DE L'IC

- Penser à l'IC, y compris devant des signes non spécifiques
- Faire un ECG (et un dosage de BNP ou NT-proBNP si doute diagnostic)
- Obtenir une consultation de cardiologie avec échocardiographie doppler
- Chiffrer la FEVG et préciser le type d'insuffisance cardiaque : ICS ou ICFEP
- Définir le stade fonctionnel NYHA
- Rechercher des critères de mauvais pronostic
- Rechercher les causes déclenchantes d'une décompensation
- Éliminer une cause pulmonaire
- Évaluer les besoins du patient
- Annoncer le diagnostic et mettre en place l'ALD
- Si le patient est âgé de 75 ans ou plus élaborer un Plan Personnalisé de Soins (PPS)

## II. DIAGNOSTIC POSÉ

### VILLE



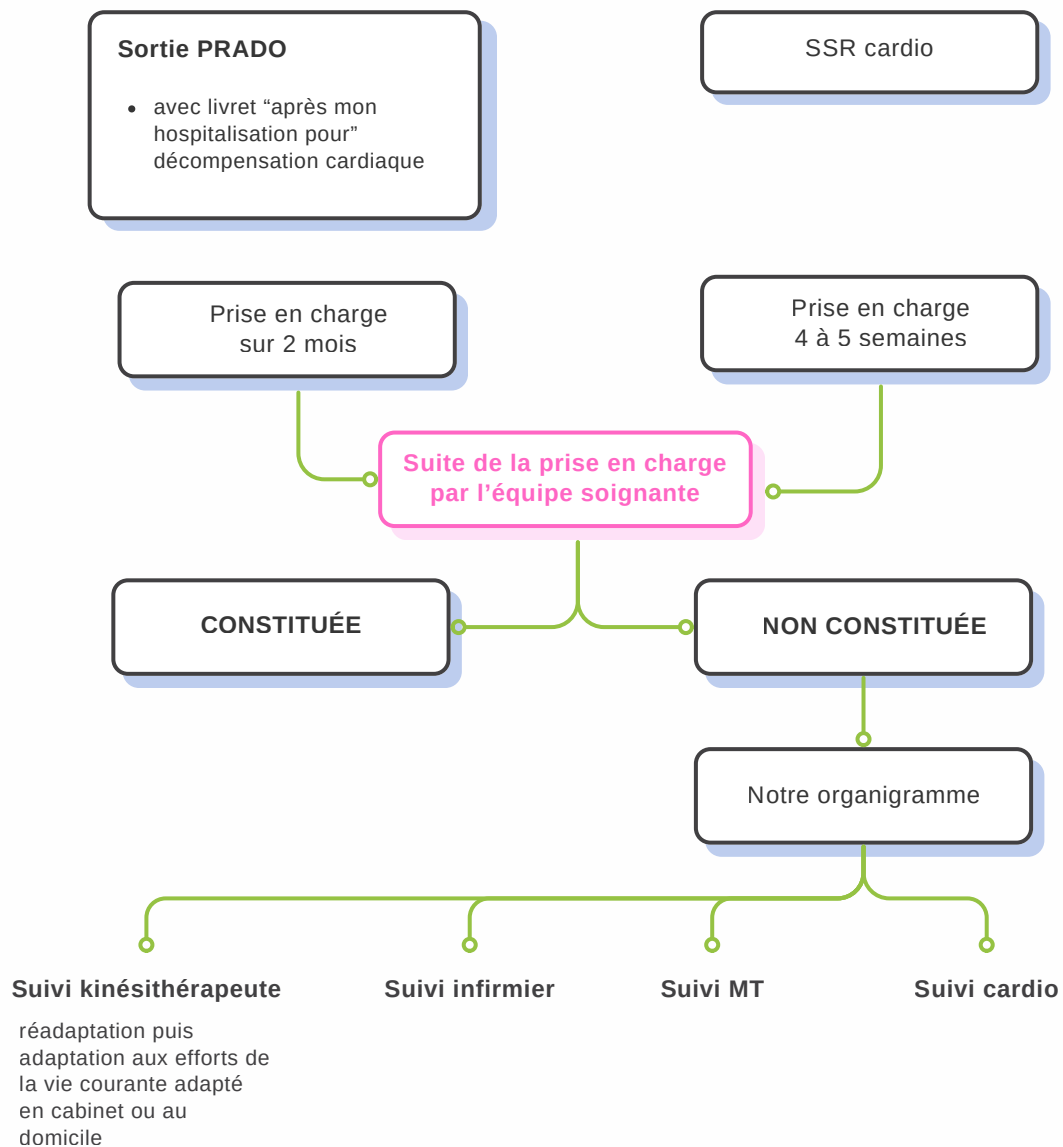
	Stade II NYHA	Stade III- IV NYHA
<b>Fréquence des consultations en cas d'ICFEP stable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin traitant : au moins 4 fois/an</li> <li>Cardiologue : conseillé 1 fois/an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin traitant : au moins 4-12 fois/an</li> <li>Cardiologue : 2-3 fois/an</li> </ul>
	Autres professionnels : selon besoins dus à état clinique, changements de comportement, etc.	
<b>Évaluation clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Activités de la vie quotidienne</li> <li>Symptômes notamment dyspnée, fatigue, palpitations</li> <li>Rythme cardiaque, PA, signes de rétention hydrosodée, mesure du poids</li> <li>Observance médicamenteuse</li> <li>Présence de complications</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respect des règles hygiéno-diététiques (sel, apports hydriques)</li> <li>Activité physique</li> <li>État nutritionnel, anxiété, dépression</li> </ul>	
<b>Examens biologiques à réaliser et fréquence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Surveillance adaptée selon l'évolution clinique et en fonction des modifications de traitement, de coup de chaleur, de déshydratation</li> <li>Au minimum 2 fois/an et lors de toute modification de traitement : natrémie, kaliémie, créatininémie, urée</li> <li>Si AVK : INR au moins une fois par mois</li> <li>Dosage BNP ou NT-proBNP<sup>2</sup> si suspicion de décompensation</li> </ul>	
<b>Examens complémentaires à réaliser et fréquence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ECG au moins 1 fois/an</li> <li>Échocardiogramme si nouveaux symptômes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ECG à chaque consultation de cardiologie</li> <li>Échocardiogramme si nouveaux symptômes</li> </ul>
	D'autres examens peuvent être nécessaires selon le contexte et l'état clinique du patient (holter, radio thoracique,...)	
<b>Consultations supplémentaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évènement intercurrent : décompensation, complication infectieuse</li> <li>Détérioration de l'état clinique</li> <li>Consultations de contrôle au décours d'une hospitalisation</li> </ul>	
<b>Au décours d'une hospitalisation pour décompensation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultation par le médecin traitant la semaine de sortie de l'hospitalisation</li> <li>Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution</li> </ul>	

### III. SORTIE D'HOSPITALISATION

## ARTICULATION DES CONSULTATIONS ET VISITES AUTOUR DU PATIENT

### HÔPITAL

Patient hospitalisé pour décompensation cardiaque, déclaré éligible à Prado par l'équipe hospitalière ou dirigée en SSR





Sortie d'hospitalisation via le PRADO

Transmission CR d'hospitalisation + ordonnance de sortie (via messagerie sécurisée) au médecin traitant et à l'IDEL (si connu.e)

CPTS VEM participe à la recherche d'une équipe traitante (MG - IDE)

### Suivi infirmier à domicile

- surveillance clinique et suivi éducationnel du patient
- repérage signe d'alerte ?  
Si oui,
  - mise à jour du carnet de suivi
  - planification des visites ultérieures

### Suivi par le médecin traitant

#### Consultation précoce

- coordination des soins
- évaluation clinique
- rappels éducationnels
- adaptation thérapeutique
- mise à jour du carnet de suivi
- avis spécialiste si nécessaire

### Suivi par le cardiologue

- 4 à 12 fois/an

### Consultation

Mise à jour du carnet de suivi

### Séances suivantes

- poursuite des séances de surveillance clinique et de suivi éducationnel
- repérage signe d'alerte ?  
Si oui,
  - mise à jour du carnet de suivi
  - planification des séances ultérieures

### Séances

- repérage signe d'alerte

Appel du médecin généraliste / traitant et/ou à défaut du 15 (ou 112)

Consultation(s) intermédiaire(s) selon les besoins

Gestion des signes d'alerte

Cas complexe : le DAC Var Est uniquement si EMGEH ou EMSA

Avis du cardiologue

Réhospitalisation en urgence

### Consultation longue (après le bilan éducationnel infirmier)

- Évaluation globale du patient et détermination du stade NYHA du patient

NYHA III ou IV

NYHA I ou II

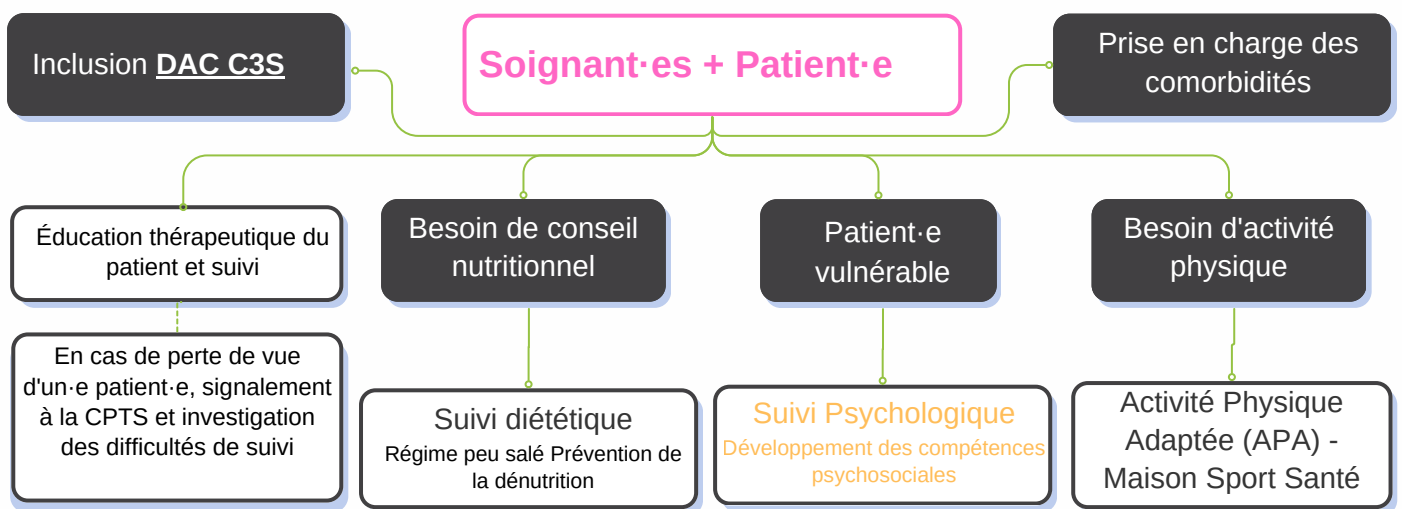
Prescription de 7 séances infirmières (AMI 5,8) pour les mois suivants

Rappels éducationnels par l'Assurance Maladie pendant 4 mois

## IV. SUIVI DE L'IC CHRONIQUE

### Parcours sur l'insuffisance cardiaque

#### Surveillance des patient·es ayant une IC stable



#### Prévention de la décompensation cardiaque

Le·a patient·e connaît les recommandations pour sa prise en charge (**EPON**)

- E**xercice (favoriser l'activité physique)
- P**rendre son poids (signe d'alerte)
- O**bservance (traitement médicamenteux)
- N**utrition (suivi diététique si nécessaire)

Le·a patient·e connaît les signes d'alerte devant conduire à une consultation rapide ou urgente :

Prise de 2-3 kg en quelques jours, dyspnée majorée, FC rapide ou irrégulière, changement d'état clinique

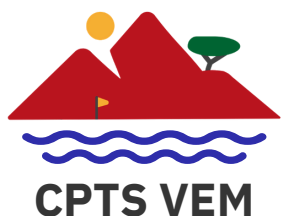
Le·a patient·e remplit son carnet de suivi (outil créé par la CPAM à retrouver [en cliquant ici](#))

En présence de ces signes :

- Évaluer le NYHA
- Dosage NT-proBNP en cas de doute sur une décompensation

## V. NOTES





NOUS **CONTACTER**

**(+33) 06 59 70 40 56**

DU LUNDI AU VENDREDI DE 9H À 12H ET 14H À 17H

**contact.cptsvem@gmail.com**

Epsilon 1, 240 rue Isaac Newton  
83700, Saint Raphaël



@cptsvem



@CPTS VEM



@CPTS VEM