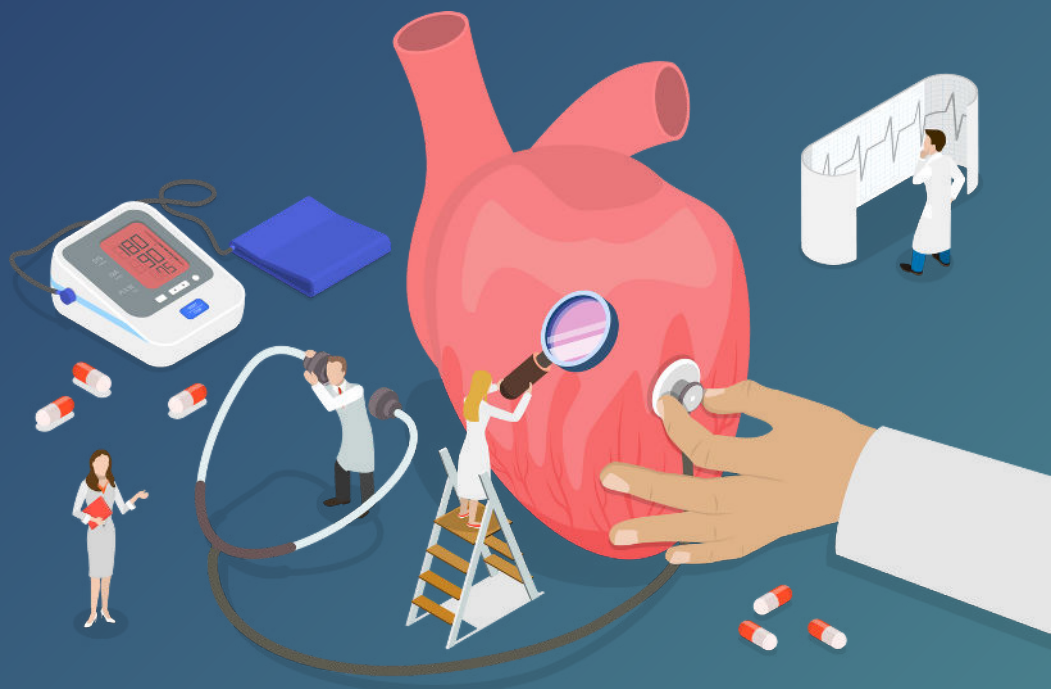


Référentiel pour la prise en charge des patients Insuffisants Cardiaques



Version révisée - Octobre 2025 - n°5

Cette œuvre est sous licence CC BY-NC 4.0

Sommaire

Mieux comprendre l'insuffisance cardiaque	4
La titration médicamenteuse	5
◦ Titration des ARNI	6
◦ Titration des IEC	7
◦ Titration des ARA 2	8
◦ Titration des Bêta-bloquants	9
◦ Titration des iSLGT2	10
◦ Titration des anti-aldostérone	11
◦ Titration des diurétiques	12
◦ Flash code	13
Dépistage de l'anémie et de la carence martiale	14
Vaccination	15
Check-List médecin généraliste	16
Demande d'avis cardiologique	17
Repérage : EPOF	18
Retour à domicile : conduite à tenir	19
Surveillance IDEL à domicile - PRADO / AMI 5.8	20
Éléments d'ETP	22
Check-List IDEL	23
APA	24
SMS conseils sur les habitudes alimentaires	25
Références	26
Téléchargement du référentiel	27

Mieux comprendre l'insuffisance cardiaque (IC)



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 CLEFS

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

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

Sur notre territoire d'environ 150 000 habitants, 720 patients étaient diagnostiqués en 2021 (CPAM 31). Par inférence, 2730 patients seraient sous-diagnostiqués, et **chaque médecin généraliste du territoire aurait potentiellement 20 patients non dépistés parmi sa patientèle.**

Tous ensemble, dépistons ces patients et soignons-les !

Titration médicamenteuse : Résumé

THÉRAPEUTIQUE DE 1ÈRE LIGNE : OBJECTIFS → PLEINE DOSE !

- ARNI (sacubitril / valsartan) ou IEC ou ARA 2
- Béta-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 DIURETIQUES ?

- A adapter aux signes congestifs → Diurétiques de l'anse
- Objectif → Dose minimale efficace

BÉNÉFICE SUR LA MORBI-MORTALITÉ, LES RÉHOSPITALISATIONS ET LA QUALITÉ DE VIE

- **Sacubitril / valsartan**
 - 24/26 mg x2
- **Bisoprolol :**
 - 1,25 mg/jour
- **Spirolactone / Éplérénone :**
 - 25 mg/jour
- **Dapagliflozine / Empagliflozine :**
 - 10 mg / jour
- **Furosémide :**
 - 80 mg / jour

Traitement de
1ère intention



- **Sacubitril / valsartan**
 - ▲ ◦ 97/103 mg x2
- **Bisoprolol :**
 - ▲ ◦ 10 mg / jour
- **Spirolactone / Éplérénone**
 - ▲ ◦ 50 mg / jour
- **Dapagliflozine / Empagliflozine**
 - ▬ ◦ 10 mg / jour
- **Furosémide**
 - ▼ ◦ 40 mg / jour

Traitement
optimisé

Titration des ARNI

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
 - washout de 48 heures en relai IEC / ARA 2**Introduction si PAS > 100 mmHg**

POSOLOGIE

- **Sacubitril / Valsartan** :
 - 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

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 décompensation
- **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)

POSOLOGIE

- **Ramipril** :
 - Introduction : 2,5 mg
 - Cible : 5 mg x2
- **Enalapril** :
 - Introduction : 2,5 mg
 - Cible : 10 mg x2

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

Titration des ARA 2

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'angioedème, sténose bilatérale des artères rénales, femmes enceintes
- **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
 - 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** :
 - Introduction : 4 mg
 - Cible : 32 mg
- **Losartan** :
 - Introduction : 50 mg
 - Cible : 50 mg x 2
- **Valsartan** :
 - Introduction : 40 mg x 2
 - Cible : 160 mg x 2

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

Titration des bêta-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, ischémie de membre aiguë, 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 βB
 - 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

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Bisoprolol :<ul style="list-style-type: none">◦ <u>Introduction</u> : 1,25 mg◦ <u>Cible</u> : 10 mg• Caverdilol :<ul style="list-style-type: none">◦ <u>Introduction</u> : 3,125 mg x2◦ <u>Cible</u> : 25 mg x2 | <ul style="list-style-type: none">• Nebivolol :<ul style="list-style-type: none">◦ 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 βB que pas de βB du tout"**

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

CADRE DE LA PRESCRIPTION

- **Pourquoi ?** : Améliorer la qualité de vie, réduire le risques de décompensation, diminuer la morbi-mortalité
- **Pour qui et quand ?** :
 - Indication : Tout patient IC quelque soit sa FEVG
 - Contre indication : ATCD d'allergie documenté, femmes enceintes, DFG <20 mL/min/1,73 m², TAS < 95 mmHg
- **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 hypoglycémiants

POSOLOGIE

- **Dapagliflozine** :
 - Introduction : 10 mg
 - Cible : 10 mg
- **Empagliflozine** :
 - Introduction : 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

Titration des 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 :<ul style="list-style-type: none">◦ <u>Introduction</u> : 25 mg◦ <u>Cible</u> : 50 mg | <ul style="list-style-type: none">• Eplérénone :<ul style="list-style-type: none">◦ <u>Introduction</u> : 25 mg◦ <u>Cible</u> : 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

Titration des diurétiques

CADRE DE LA PRESCRIPTION

- **Pourquoi ?** : Réduire la dyspnée et les œdèmes chez les patients qui restent symptomatiques
- **Pour qui et quand ?** :
 - Indication : Tous les patients avec des signes congestifs quelque soit la FEVG. Si FE <50% : toujours associer aux autres traitements de l'IC
 - Contre-indication : ATCD d'allergie documenté, non indiqués en dehors des signes congestifs
- **Où ?** : En soins primaires, pour tous les patients, suivant les signes congestifs
- **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

- **Furosemide** :
 - Introduction : 20 à 40 mg
 - A adapter aux symptômes : 40 à 240 mg
- **Bumétanide** :
 - Introduction : 0,5 à 1mg
 - A 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

Flashez, optimisez !



**Téléchargez les fiches
“titration médicamenteuse”
des thérapeutiques
de l'insuffisance cardiaque**

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)

- 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

OBJECTIFS

- 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

Clinique d'Occitanie

◦ Programmation en ambulatoire : secretariat.cardio@occitaniecardio.fr
Joindre le dernier courrier du cardiologue si non suivi à Occitanie, traitement en cours et dernier bilan sanguin avec le bilan martial

HAD Pasteur

05 62 21 30 36

had@cliniquepasteur.com
ou ViaTrajectoire

HAD Santé

Relais Domicile

05 34 40 40 40

CHU

Programmation en
HDJ cardiologie
05 61 32 33 39

GRIPPE

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

PNEUMOCOQUE (2024)

- Patients **jamais vaccinés** : vaccination avec une dose unique de **PREVENAR 20 (VPC 20)**
- Patients **précédemment vaccinés** :
 - avec un schéma complet VPC 13 **et** VP 23 : VPC 20 **5 ans après** la dernière injection
 - avec VPC 13 **ou** VP 23 : VPC 20 **1 an après** la dernière injection
- Le **PREVENAR 13 (VPC 13)** n'est plus recommandé chez l'adulte
- Disparition du **PNEUMOVAX (VP 23)**

COVID-19

- 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

VRS

La vaccination contre le VRS (virus respiratoire syncytial) est à ce jour recommandée mais non remboursée pour les patients ≥ 65 ans présentant une insuffisance cardiaque. Il peut être administré simultanément avec le vaccin contre la grippe saisonnière.



Traçabilité obligatoire pour toute vaccination :
DMP / Mon Espace Santé et transmission au médecin traitant
indispensable si un autre professionnel est le vaccinateur

Check-List MG

- ☐ Traitement optimal
- ☐ Suivi biologique : NT-proBNP
- ☐ Dépistage annuel de la carence martiale
- ☐ RDV cardiologue au minimum annuel avec ETT
- ☐ Vaccinations à jour
- ☐ En sortie d'hospitalisation : 3 possibilités encadrées en cas de retour à domicile après un épisode de décompensation cardiaque :

- en HAD avec la clinique Pasteur.

Possibilité pour un patient présentant une décompensation cardiaque redevable d'un traitement diurétique IV, d'une prise en charge directe par l'HAD Pasteur. Demande par mail : HAD@clinique-pasteur.com ou par ViaTrajectoire



- avec le programme PRADO (cf livret p. 19)
- prescription d'une surveillance clinique infirmière AMI 5.8 (cf livret p. 20).

- ☐ Déclaration ALD faite (ALD 05)

- ☐ Orientation :

- Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) à orientation cardiaque
- Education Thérapeutique du Patient (cf livret p 22)
- Activité Physique Adaptée (cf livret p 24)



Demande d'avis cardiologique

Centre de suivi habituel du patient	Coordonnées	Solution de téléexpertise
CHU	• Astreinte urgences vitales : 05 61 32 32 32 • Consultation urgente non programmée : ◦ <u>Consultations</u> : 05 61 32 31 00 ◦ <u>Secrétariat Pr Galinier</u> : 05 61 32 26 61 • CEPIC (patients IC suivis au CHU) : ◦ 05 61 32 20 94 / 05 61 32 36 79 ◦ <u>Avis</u> : insuffisancecardiaque@chu-toulouse.fr ◦ <u>ETP</u> : cepic@chu-toulouse.fr	Non
Clinique Occitanie	• Avis urgent : 05 61 51 88 90 • Secrétariat de cardiologie : 05 61 51 88 13	Conex Santé : Dr Richez OmniDoc : Dr Marty
Clinique Pasteur	• Urgences cardiologiques / douleur thoracique : 05 62 21 36 36 • Avis / consultation non programmée : 05 62 21 39 45	Non



Contacts réservés aux médecins généralistes

Repérage des signes d'alerte : EPOF

ESSOUFFLEMENT - POIDS - ŒDÈMES - FATIGUE



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



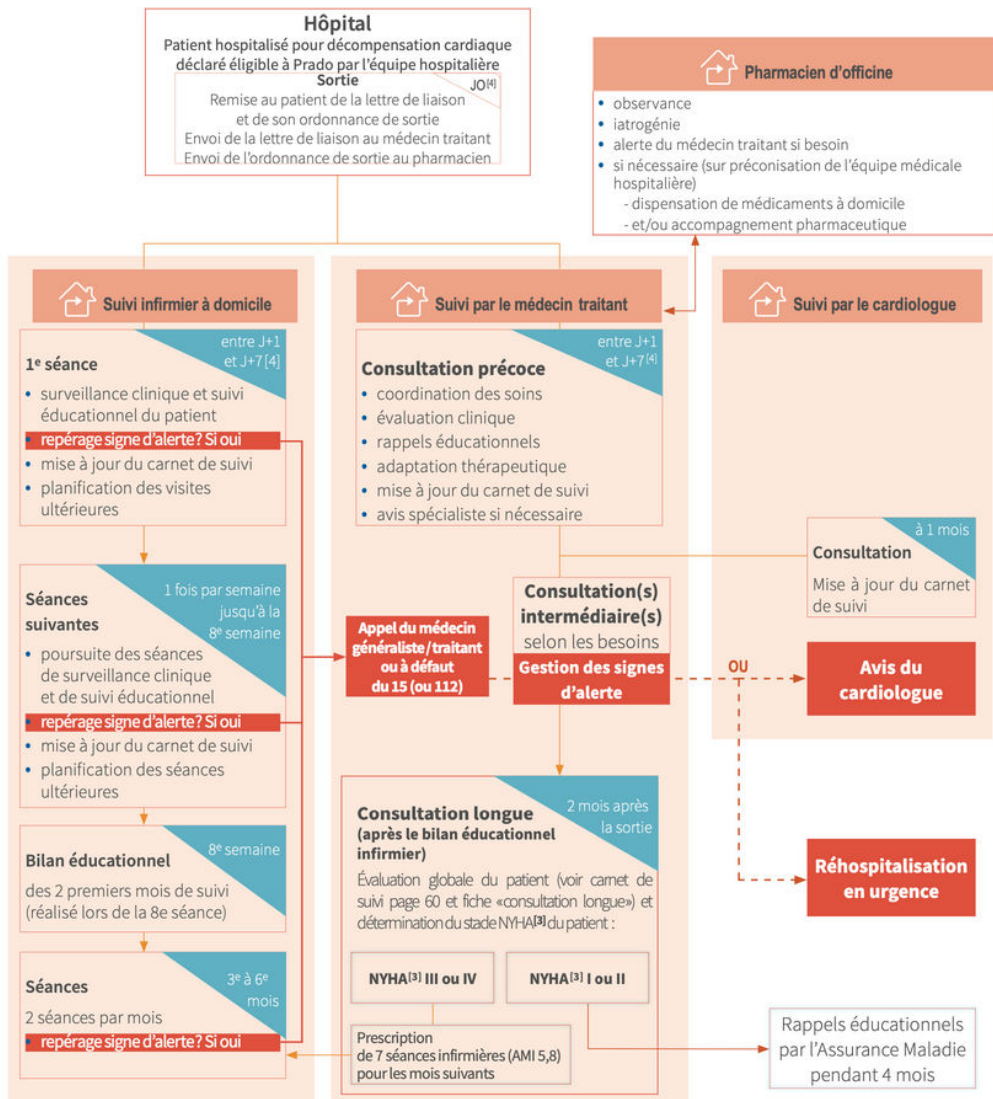
Transmission des informations au médecin traitant et/ou cardiologue



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

Conduite à tenir en cas de retour à domicile dans le cadre du programme PRADO

ARTICULATION DES CONSULTATIONS ET VISITES AUTOUR DU PATIENT



IDEL : surveillance à domicile au travers de deux dispositifs distincts : PRADO-IC et/ou AMI 5.8

DEFINITION ET OBJECTIFS

- Le programme PRADO-IC est un parcours standardisé avec un calendrier fixé par l'Assurance Maladie (cf page 19 du livret).
- L'AMI 5,8 est un acte NGAP autonome, inspiré des recommandations HAS mais sans calendrier imposé. L'IDEL peut adapter la fréquence et la durée du suivi aux besoins du patient, en concertation avec le prescripteur.

Dans les 2 cas, l'objectif principal est de prévenir l'évolution de la maladie chronique et la ré-hospitalisation.

L'acte infirmier comprend :

- une évaluation et surveillance clinique,
- une éducation thérapeutique du patient et de son entourage,
- un accompagnement à la prise médicamenteuse et surveillance des traitements médicamenteux,
- un repérage des signes d'alerte et de décompensation de l'insuffisance cardiaque,
- une coordination avec le médecin traitant et le cardiologue.

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

IDEL : surveillance à domicile au travers de deux dispositifs distincts : PRADO-IC et/ou AMI 5.8

PRESCRIPTION MÉDICALE

Dans le cadre du programme PRADO

Séances 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.

Dans le cadre d'une prescription AMI 5.8 hors PRADO - IC

Séances 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.

- Fréquence des séances à adapter aux besoins du patient sans dépasser 15 séances/6 mois.

PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE

Un protocole thérapeutique doit être rédigé par le prescripteur et figurer :

- soit dans le courrier médical de sortie suite à une hospitalisation pour décompensation cardiaque,
- soit directement sur l'ordonnance médicale de prescription AMI 5.8.

Une traçabilité écrite des interventions de l'IDEL est nécessaire, idéalement sur un carnet de suivi dédié à l'insuffisance cardiaque avec, si besoin, une coordination rapide auprès du médecin traitant ou du cardiologue référent pour adapter la prise en charge.

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'hospitalisations.**
- Elle est obtenue par l'acquisition de compétences d'auto-soins lors de l'ETP

OBJECTIFS 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)

COMMENT ?

- *Bien vivre avec son insuffisance cardiaque* - **Clinique d'Occitanie** : etpcardio@cliniqueoccitanie.com - 05 31 50 27 51
- *Programme ETIC* (Cepic, **CHU Toulouse**), APET Cardio Occitanie : ceplic@chu-toulouse.fr - 05 61 32 20 94 / 05 61 32 36 79

Check-List IDEL

- ☐ Surveillance clinique du patient
- ☐ Autonomisation du patient
- ☐ Alimentation contrôlée en sel
- ☐ Prévention auto-médication
- ☐ Observance médicamenteuse



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



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



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 et aidez-les à le compléter !



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**.

L'activité physique adaptée est une recommandation de niveau la dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Dès que la pathologie est stabilisée, elle doit alterner travail d'endurance et de renforcement musculaire, de manière régulière (au moins 30 minutes par jour) et d'intensité modérée (possibilité de pouvoir continuer à parler pendant l'effort).

La prescription est rédigée par le médecin généraliste ou le cardiologue. Les séances sont assurées par certains kinésithérapeutes ou enseignants d'APA. **L'APA n'est pas remboursée par la sécurité sociale, mais peut être prise en charge partiellement par les mutuelles.**

EFFORMIP

Propose différents accompagnements des patients pour la reprise d'une activité physique : Bilan initial téléphonique, accompagnement motivationnel des patients, accompagnement pour identifier une structure ou un moniteur de proximité, accompagnement vers une activité en autonomie.

contact@efformip.com
05 67 06 64 76

VIVIFRAIL

Le projet Vivifrail est un programme de promotion de l'activité physique pour les patients âgés de 70 ans ou plus. Les outils en ligne permettent de proposer un programme d'activité physique adaptée aux patients, réalisable en autonomie supervisée ou complète, après évaluation médicale.

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://vivifrail.com/fr/outiltheque/>

SMS conseils sur les habitudes alimentaires

La prévention des écarts alimentaires et une bonne auto-surveillance des signes d'alerte de décompensation sont **aussi importants** que l'observance thérapeutique.

Vous pouvez proposer à vos patients insuffisants cardiaques l'inscription à une **liste de diffusion par SMS** : ils recevront 2 messages par semaine pendant 13 semaines avec des **conseils et astuces alimentaires**, ainsi que des **rappels sur les signes qui doivent les inciter à consulter leur médecin**.

L'objectif est un **renforcement et un maintien des compétences d'auto-soins** qu'ils auront commencé à acquérir avec les interventions de l'équipe soignante.

Les patients peuvent demander l'arrêt des envois à tout moment.



N'hésitez pas à les accompagner pour l'inscription en **flashant le QR code ci-dessus !**



1. **McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al.** 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 21 sept 2021;42(36):3599-726.
2. **Haute Autorité de Santé (HAS).** Guide du parcours de soins. Insuffisance cardiaque. 2014.
3. **Santé Publique France.** Prévalences et statut fonctionnel des cardiopathies ischémiques et de l'insuffisance cardiaque dans la population adulte en France : apports des enquêtes déclaratives « Handicap-Santé ». 2019.
4. **ameli.fr.** Insuffisance cardiaque : un diagnostic précoce indispensable. 2023
5. **Groupe Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathies (GICC) de la Société Française de Cardiologie (SFC).** Plaidoyer pour une prise en charge de l'insuffisance cardiaque et des cardiomyopathies. 2021.
6. professionnels.vaccination-info-service.fr
7. **DGS-Urgent n°2023_07** : Recommandations vaccinales pour l'année 2023 du 25/04/2023
8. **Haute Autorité de Santé (HAS).** Stratégie de vaccination contre les infections à pneumocoque - Place du vaccin pneumococcique polysidique conjugué (20-valent, adsorbé) chez l'adulte. Août 2023

Référentiel pour la prise en charge des patients IC



En partenariat avec :



CPTS du Sud Toulousain

116 avenue Louis Pasteur

31600 MURET

cpts-st.fr

*Si vous souhaitez plus d'informations, n'hésitez pas à contacter la
CPTS du Sud Toulousain par mail à : secretariat@cpts-st.fr*