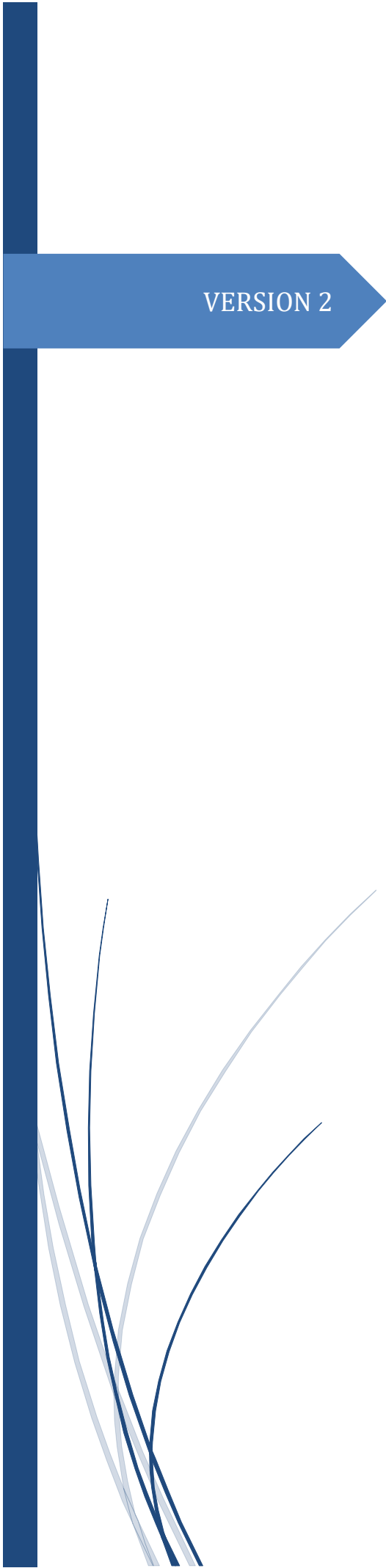




VERSION 2

Protocole Insuffisance Cardiaque

MSP DU VERTOUBLANC

SIEGE SOCIAL : 4 RUE E LA BOUFFIA -34570 PIGNAN

PROBLEMATIQUE

L'insuffisance cardiaque correspond à une anomalie de la pompe cardiaque qui ne permet plus un apport en oxygène et en nutriments suffisant. C'est une maladie fréquente, potentiellement sévère, avec un fort retentissement sur la qualité de vie si elle n'est pas détectée à temps et traitée. Elle peut survenir, par exemple, dans l'évolution d'un infarctus du myocarde, d'une angine de poitrine, d'une HTA.

Quelques chiffres:

- 2,3% de la population française serait atteinte d'insuffisance cardiaque.
- 70213 décès sont associés à une insuffisance cardiaque chaque année
- Elle est à l'origine de 200000 hospitalisations par an en France

Du fait du vieillissement de la population, la fréquence de l'insuffisance cardiaque va augmenter dans les années à venir de 25 % tous les quatre ans.

L'insuffisance cardiaque, ses signes et symptômes d'alerte sont peu connus du grand public. Pourtant, il s'agit d'une pathologie chronique fréquente, **sévère**, avec **des conséquences graves pour les patients** et un **impact significatif sur le système de santé**.

Le diagnostic précoce, la réponse clinique rapide dès la reconnaissance des premiers signes de décompensation de la maladie et la prise en charge optimale de l'insuffisance cardiaque stable relèvent d'un **enjeu de santé publique majeur**.

COMPLEMENTARITE MSP / CPTS

La patientèle de la MSP étant concrètement concernée, les professionnels de santé de la MSP du Vertoublanc ont trouvé pertinent l'élaboration de leur protocole qui se trouve être très complémentaire du parcours IC proposé par la CPTS.

En effet, de par le fait que la population cible est différente, ce n'est pas le même type d'intervention qui est proposé :

La MSP consiste en une approche centrée sur les patients directement suivis dans la maison de santé. Le protocole a été créé pour ajuster le travail en équipe en fonction des situations suivies. Nous ne faisons pas de repérage grand public.

La CPTS consiste en une approche territoriale et organisationnelle, elle intervient à l'échelle de la population de leur secteur, englobant plusieurs structures et professionnels de santé. Il s'agit de mettre en place des actions de repérage, de dépistage et de coordination des parcours de soins.

D'autre part, l'existence des deux protocoles présente plusieurs intérêts :

- Si des patients sont sur le territoire de la MSP sans médecins traitants la CPTS peut venir vers nous. Renforcement du maillage sur le territoire.
- Soutien de la CPTS envers la MSP pour accès direct cardio si besoin ou en recherche de cardio ressources partagées sur le territoire

- Kit parcours insuffisance cardiaque de la CPTS à disposition des patients et des professionnels de la MSP

LES POINTS ESSENTIELS DE NOTRE PROTOCOLE

Optimisation du suivi des patients

- **Détection précoce des décompensations** : Un protocole structuré peut inclure un suivi régulier des symptômes et des constantes (poids, tension artérielle, fréquence cardiaque).
- **Éducation thérapeutique** : Les patients et leurs aidants sont formés à reconnaître les signes d'aggravation, ce qui diminue les hospitalisations évitables.
- **Adhésion thérapeutique** : Les équipes peuvent s'assurer que le patient comprend et suit son traitement.

Réduction des hospitalisations

- **Prévention des rechutes** : Les protocoles maintiennent la surveillance rapprochée, notamment après une hospitalisation pour IC.
- **Suivi des comorbidités** : L'insuffisance cardiaque est souvent associée à d'autres pathologies (HTA, diabète, etc.), qui peuvent être mieux gérées dans un cadre multidisciplinaire.

PRESENTATION DETAILLEE DU PROTOCOLE

PROTOCOLE INSUFFISANCE CARDIAQUE	
Date de création	Juin 2024
Titre du protocole	<i>Repérage précoce et suivi des patients atteints d'insuffisance cardiaque systolique.</i>
Porteur du protocole	MSP du Vertoublanc Référent : Mme Anne de Stordeur
Groupe de travail	Dr MIALOT Caroline Dr TAVERNE Sofia Dr RAHOUI Manel Dr RAYNAL Adrien Dr GRILL Christophe Dr NOEL Catherine Mme de CASTRO Stéphanie Mme de STORDEUR Anne Mme Emilie NOYE

Objectif général	Permettre un dépistage si suspicion repérée par PS de la MSP Améliorer le suivi des patients atteints d'IC Réduire les hospitalisations pour ces patients en prévenant les décompensations
Objectifs secondaires	Améliorer la qualité des soins pour les patients atteints d'IC Réduire les hospitalisations pour ces patients Démontrer que ce suivi protocolisé et renforcé est porteur de meilleure qualité de soins Démontrer la réduction du recours à l'hospitalisation pour ces patients en suivi coordonné
Population cible	Patients ayant des symptômes évocateurs (EPOF) et confirmé par une échographie avec une FEVG < 40-50% ou un avis du cardiologue affirmant l'IC à fonction systolique conservé
Mise en Œuvre	Un membre de la MSP suspecte une IC redirection vers le MG (faire EPOF) <i>Le patient, hospitalisé en service de cardiologie à la suite d'une décompensation cardiaque pourra bénéficier, avec son accord, des éléments de suivi exposés ci-après à son retour à domicile :</i> • Visite hebdomadaire d'un(e) infirmier(ère) libéral(e) en systématique, sous forme de surveillance clinique et soins infirmiers techniques éventuels. La fréquence des visites pourra être augmentée ou diminuée selon l'évaluation initiale et/ou l'évolution du suivi, en accord avec le médecin référent. • Consultation avec son médecin traitant dans les 15 jours qui suivent sa sortie d'hospitalisation • Consultations de suivi par IPA Suivi de réadaptation cardiaque, activité physique adaptée sur prescription médicale. • Si les conditions matérielles sont réunies, des actes de télé-médecine et/ou télé-expertise pourront lui être proposés, avec l'accompagnement de l'infirmier(ère) libéral(e) à son domicile. • Ces actes pourront être réalisés à sa demande, ou à la demande de l'un des professionnels de santé assurant son suivi. Le médecin traitant : MG prescrit BS + ECG avec orientation cardio si confirmation puis : Une consultation est programmée dans les 7 jours qui suivent le retour à domicile du patient. Lors de cette consultation, le bilan sanguin de retour à domicile doit être effectué et les résultats transmis au médecin.

	Cette consultation précoce a pour objectif d'évaluer l'état de santé du patient au plus proche de la sortie d'hospitalisation. Elle doit permettre au médecin d'adapter la prise en charge et de faire appel au cardiologue s'il le juge nécessaire. Dans le cadre de la télé médecine, et si les conditions matérielles sont réunies, les téléconsultations peuvent être envisagées idéalement à partir du deuxième rendez-vous qui suit le retour à domicile. Des actes de télé-expertise peuvent être pratiqués, notamment pour obtenir un avis cardiologique urgent. Dans le cadre du dispositif PRADO, une consultation longue est programmée à l'issue du 2ème mois après le bilan éducationnel dispensé par l'IDEL (voir fiche ci-après) Lors de cette consultation, le médecin peut prolonger le suivi à domicile pour une durée complémentaire de 4 mois à raison d'une séance de surveillance clinique tous les 14 jours. Orientation IPA pour bilan complet et ETP Si prise en charge PRADO ; Lorsqu'elle se termine, le suivi du patient est maintenu si le médecin traitant, le cardiologue, l'IPA et l'IDEL en charge du patient le jugent nécessaire. Le protocole de suivi du patient IC sera rythmé par 3 réunions de concertation pluriprofessionnelles, à 8 semaines, 6 mois et 1 an de la sortie d'hospitalisation. L'IPA effectue un suivi à 8 semaines de la sortie d'hospitalisation afin de programmer la concertation pluriprofessionnelle. L'IPA communique au moyen de la messagerie sécurisée et/ou via le logiciel partagé à tous les professionnels de santé intervenant dans le suivi du patient. L'IPA effectue un deuxième suivi à 6 mois, selon les mêmes modalités. La concertation entre le médecin traitant, le(la) cardiologue (si possible) et l'infirmier(ère) doit avoir lieu après la dernière séance de bilan éducationnel et la consultation longue avec le médecin traitant et après la période de prolongation de suivi de 6 mois. Si le suivi à domicile du patient s'avère nécessaire, le médecin prescrit un « Bilan de Soins Infirmiers » (BSI) permettant la continuité des visites hebdomadaires ou rapprochées. Chaque suspicion de poussée d'IC sera assortie d'un bilan biologique prescrit par le médecin traitant ou l'IPA et donnera lieu à un signalement au cardiologue en charge du suivi du patient au moyen de la messagerie sécurisée. L'IPA effectue un nouveau suivi à 1 an de la sortie d'hospitalisation afin de programmer une concertation pluriprofessionnelle de bilan de prise en charge.. Ce bilan doit permettre d'évaluer la prise en charge annuelle du patient en analysant les résultats attendus et obtenus :
--	---

	• Stade NYHA • Stabilisation de la maladie • Nombre et dates de réhospitalisation dans l'année • Nombre de consultations avec le médecin traitant • Nombre de consultations avec le(la) cardiologue • Périodicité et continuité du suivi infirmier
Rôle de chaque intervenant et coordination des intervenants	MG : Consultations d'annonce ou post annonce : explications, examen, titration ttt, suivi renforcé, inscription dossier en RCP IDE : suivi à dom PRADO, bilan, info, ETP, Il(elle) intervient à domicile suivant l'ordonnance de soins infirmiers prescrit par le cardiologue de l'hôpital. La première visite est programmée dans les 48h qui suivent le retour à domicile pour la surveillance clinique. Lors de sa première visite à domicile, il(elle) effectue le bilan sanguin de sortie du patient, inclus, dans le dossier de liaison. Il(elle) remplit le livret de suivi avec les données cliniques demandées, qu'il(elle) laisse chez le patient. Les éléments cliniques et /ou évènements intercurrents devant être portés à l'attention de l'équipe pluridisciplinaire sont transmis via le logiciel partagé IPA : coordination parcours patient (lien avec la CPTS) Consultations titration, ETP, consultation de suivi Pharmacien : information, conseils, surveillance poids, TA Cardiologue : une fois / an ou plus si décompensation ou adaptation de traitement Kinésithérapeute : Réadaptation à l'effort Diététicienne : Consultation valorisée par la MSP, ateliers nutrition
Fréquence prévue d'actualisation	Annuelle
Liste des documents Associés	Auto-questionnaire HAS : disponible dans les salles d'attente des professionnels de santé de la MSP. Les professionnels réorienteront les patients vers leur médecin traitant. Affiche information patients salle d'attente Grille d'évaluation et questionnaires de satisfaction
Critères d'évaluation	Satisfaction des patients Diminution du nombre des hospitalisations pour insuffisance cardiaque

Lieu de consultation du protocole	Au sein de chaque cabinet de la MSP multisites
Liste des sources documentaires ou références	Guide du parcours de soin HAS, Juin 2014 « insuffisance cardiaque » - Points critiques HAS Juin 2014, « insuffisance cardiaque » Fiches Outiliclic
Listes des documents associés	Ordonnance - Courriers (cardiologue et médecins) - Logiciel partagé WEDA - Check-list Insuffisance cardiaque - Fiche- Les signes d'alerte de l'insuffisance cardiaque - Fascicule sur l'insuffisance cardiaque - Fiche- L'alimentation pauvre en sel