

# Parcours Insuffisance Cardiaque

Promouvoir les bonnes  
pratiques en soins primaires  
et améliorer le lien  
ville-hôpital

TROPHÉES 2024

Production numérique réalisée  
par EthicCare - Mise en page &  
illustrations : www.camillefeuillelet.fr

Avec le  
soutien de :



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

# Edito

## L'insuffisance

cardiaque toucherait 2,3% de la population française. Sa prise en charge constitue un enjeu majeur en raison des répercussions de la maladie sur les personnes concernées et le système de santé.

Les cardiologues sont les principaux acteurs du suivi et de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques. Ils sont représentés par le Conseil National Professionnel Cardiovasculaire (CNPCV) et ses organisations membres qui souhaitent soutenir le développement d'initiatives portées par les professionnels de santé dans ce domaine. C'est pourquoi ils ont créé « Les Trophées Outil'IC », avec le soutien de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Ce concours a pour vocation de faire de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque un élément structurant du système de santé. Il est destiné à valoriser et à promouvoir les initiatives portées par les professionnels de santé français et à améliorer le suivi de l'insuffisance cardiaque en France et les prises en charge grâce à l'émergence de pratiques communes innovantes et au développement d'outils opérationnels diffusés à grande échelle.

Le projet « Parcours IC de la C.P.T.S. du Sud toulousain » fait partie des lauréats de l'édition 2023-2024 des trophées. Le présent document constitue une véritable « boîte à outils destinée à en permettre la diffusion et le déploiement à grande échelle en facilitant son adaptation par les équipes de C.P.T.S. Intéressées sur l'ensemble du territoire.

# Fiche d'identité de l'outil

## Parcours Insuffisance cardiaque



### Descriptif

Sur un territoire, où l'insuffisance cardiaque est la 5<sup>ème</sup> cause d'ALD (Affection de Longue Durée), **la CPTS du Sud toulousain a développé une prise en charge coordonnée** de patients présentant des symptômes d'insuffisance cardiaque. Dans ce cadre, **elle assure la promotion de bonnes pratiques professionnelles autour de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques par la diffusion d'un parcours et d'outils coconstruits ville-hôpital.**

Les principales étapes de son parcours IC intègrent :

- La mise en place d'une action de dépistage précoce de l'IC
- La promotion de la vaccination,
- L'optimisation des thérapeutiques (titration) par les professionnels de premier recours
- Le dépistage et correction de la carence martiale avec solutions d'adressage,
- Le développement de la surveillance infirmière à domicile post décompensation,
- La promotion et le soutien de l'éducation thérapeutique et de l'activité physique adaptée.

### Objectifs :

- Susciter l'intérêt des acteurs du premier recours pour la prise en charge et le repérage de l'IC
- Dépister et inclure les patients IC non diagnostiqués dans un parcours dédié
- Optimiser la prise en charge et le suivi des patients insuffisants cardiaques
- Améliorer les pratiques

### Porteur de la solution

-  Dr Nicolas HOMEHR - Président
-  Mathieu ARNAU - Directeur
-  [coordination@cpts-st.fr](mailto:coordination@cpts-st.fr)
-  Romain VIGOUROUX - Référent parcours IC
-  [ipa@cpts-st.fr](mailto:ipa@cpts-st.fr)

### Bénéfices attendus

- Une dépistage précoce de l'insuffisance cardiaque
- Une prise en charge graduée et coordonnée entre acteurs du 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> recours
- Une pertinence des soins avec le respect de bonnes pratiques partagées
- Une diminution du recours aux urgences et aux hospitalisations évitables

## Populations cibles

- Patients IC connus  
(Ex : 719 patients IC répertoriés sur le territoire - SNDS 2021)
- Patients IC non diagnostiqués :  
potentiellement 3000 patients  
(2 % de la population)

## Partenaires impliqués

Tous les professionnels de santé du territoire et établissements de soins sanitaires et médico-sociaux impliqués dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques.

## Effort nécessaire

Faible **Modéré** Fort

Modéré mais à moduler en fonction de la maturité de la CPTS

## Délais moyens observés

> 1 an

## Les facteurs clés de réussite

### Le principal défi : la mobilisation des adhérents de la CPTS

- Nomination d'un chef de projet : Ici, un IPA
- Démarche proactive « d'aller-vers » les professionnels de santé du territoire afin de susciter leur intérêt et leur engagement
- Communication soutenue du projet
- Travail de co-construction en équipe des outils ville-hôpital
- Identification d'un professionnel référent du parcours (Ex : IDEC ou IPA)
- Centralisation et suivi des dépistages par la CPTS

## Budget à prévoir

11 250 € part fixe ACI + 11 250 € part variable suivant atteinte objectifs

## Projets similaires ou apparentés



CTPS Roanne Défi Santé  
et Dr DE SAUNIÈRE

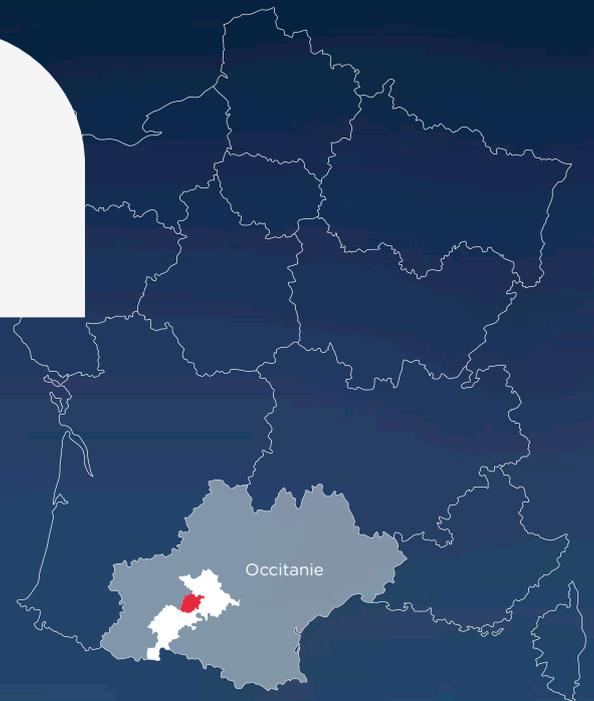
# Présentation de la CPTS et de sa démarche

- 1.1 - Carte d'identité de la CPTS du Sud p6
- 1.2 - Historique de la démarche et son état d'avancement p7

# 1.1 Carte d'identité de la CPTS du Sud Toulousain



- Association loi 1901 créée en 2019
- Taille 3
- 47 communes
- 150 000 habitants



### Composition :

500



Professionnels de santé libéraux adhérents

7



MSP/ESP

3



Hôpitaux

13



EPHAD

- Centre Hospitalier - Muret
- Clinique Privée - Occitanie
- Clinique Privée - Château de Seysses

**719** patients identifiés comme atteints d'insuffisance cardiaque (IC) sur le territoire

- 65% des malades avec ALD → 35% des IC n'ont pas d'ALD déclarée
- Âge moyen 81.8 ans
- Taux de vaccinés - Grippe 83.7%, Pneumocoque 20.8% uniquement
- 44 % des patients IC n'ont pas vu de cardiologue dans l'année (SNDS)
- Taux de recours aux soins infirmiers lors du retour à domicile dans les 14 jours 57.3%
- Taux de recours dans les 8 jours à l'AMI 5.8 1.7%
- Taux de mortalité globale 25.9%

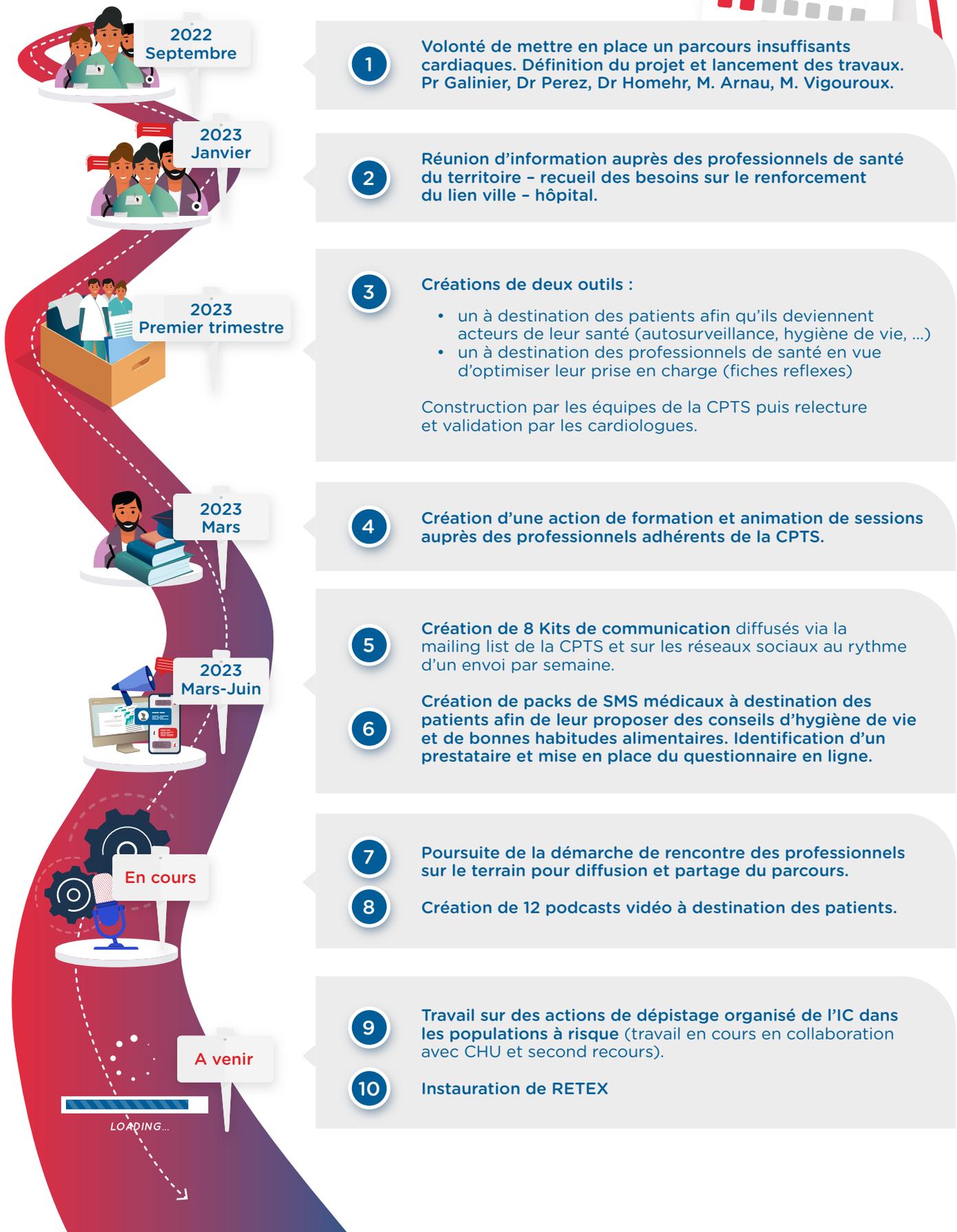
### Éléments clés du diagnostic territorial :

**14%** de patients sous ALD sans médecin traitant



**Estimation** : 25 patient IC par médecin généraliste dont 20 non diagnostiqués

## 1.2 Historique de la démarche et son état d'avancement



1

Volonté de mettre en place un parcours insuffisants cardiaques. Définition du projet et lancement des travaux. Pr Galinier, Dr Perez, Dr Homehr, M. Arnau, M. Vigouroux.

2

Réunion d'information auprès des professionnels de santé du territoire - recueil des besoins sur le renforcement du lien ville - hôpital.

3

Créations de deux outils :

- un à destination des patients afin qu'ils deviennent acteurs de leur santé (autosurveillance, hygiène de vie, ...)
- un à destination des professionnels de santé en vue d'optimiser leur prise en charge (fiches reflexes)

Construction par les équipes de la CPTS puis relecture et validation par les cardiologues.

4

Création d'une action de formation et animation de sessions auprès des professionnels adhérents de la CPTS.

5

Création de 8 Kits de communication diffusés via la mailing list de la CPTS et sur les réseaux sociaux au rythme d'un envoi par semaine.

6

Création de packs de SMS médicaux à destination des patients afin de leur proposer des conseils d'hygiène de vie et de bonnes habitudes alimentaires. Identification d'un prestataire et mise en place du questionnaire en ligne.

7

Poursuite de la démarche de rencontre des professionnels sur le terrain pour diffusion et partage du parcours.

8

Création de 12 podcasts vidéo à destination des patients.

9

Travail sur des actions de dépistage organisé de l'IC dans les populations à risque (travail en cours en collaboration avec CHU et second recours).

10

Instauration de RETEX

# Une prise en charge et un parcours de soins gradué

- |  |        |
|--|--------|
| 2.1 - Éléments clefs du parcours<br>insuffisance cardiaque | p9     |
| 2.2 - Les outils à destination<br>des professionnels       | p10-11 |
| 2.3 - La formation des professionnels                      | p12-13 |
| 2.4 - Les outils à destination<br>des patients             | p14-18 |

## 2.1 Éléments clés du parcours insuffisance cardiaque



Dépistage précoce



1<sup>er</sup> recours : Médecins généralistes formés : *Clinique + biologie*

2<sup>ème</sup> recours : Cardiologues libéraux / Établissements de santé

*Diagnostic RDV rapides (n° appel) ECG + Echocardiographie  
Distinction ICFE r et p - Diagnostic étiologique*

Optimisation des traitements



1<sup>er</sup> recours : Médecins généralistes formés :

*Gestion diurétiques + introduction iSGLT2 + titration des thérapeutiques introduites par les cardiologues*



2<sup>ème</sup> recours : Cardiologues libéraux / Établissements de santé

*Introduction : ARNi/IEC,  $\beta$ B, ARM  
Autres traitements*

Vaccination



1<sup>er</sup> recours : Médecins généralistes formés / IPA + IDEL et pharmaciens :

*Vérification du statut et selon les besoins, vaccination*

Dépistage et correction de la carence martiale



Sécuriser le retour à domicile

Promotion ETP / APA



1<sup>er</sup> recours :

**Médecins généralistes formés :**

*Suivi biologique (dépistage carence martiale ++)* - Diagnostic décompensation

**IDE formés :** Suivi IDE AMI 5,8

*(Surveillance, suivi diététique, éducation à la santé, autonomisation des patients, surveillance observance médicamenteuse et effets indésirables, dépistage décompensation)*



2<sup>ème</sup> recours : Cardiologues libéraux / Établissements de santé

*Titration IEC/ARNi,  $\beta$ B, ARM - Télésurveillance - Correction carence martiale - Hospitalisation directe en cas de décompensation*



3<sup>ème</sup> recours : Centre de référence : *Prise en charge IC avancée*

Suivi

## 2.2 Les outils à destination des professionnels

### → Le référentiel IC pour la prise en charge des patients

Construit principalement sous la forme de fiches réflexes, ce document vise à partager des bonnes pratiques de prise en charge communes entre les intervenants du cercle de soins du patient.

Son objet principal est de leur permettre d'optimiser leur prise en charge des patients IC.

Il contient :

-  Des rappels sur la physiopathologie de la maladie, la vaccination, le repérage des signes d'alerte, ...
-  Des fiches réflexes pour chaque étape de la prise en charge du patient (Cf. schéma ci-après)
-  Les coordonnées des professionnels de santé du territoire pouvant servir d'appui

Étapes	Médecins Généralistes	IDEL
 <b>Dépistage précoce</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultation d'évaluation</li> <li>Suspicion d'une IC - Prescription d'examen biologiques (signes cliniques de surcharge cardiaque et peptides natriurétiques)</li> <li>Demande d'avis cardiologique</li> </ul> <p><i>i</i> Cf. Fiche 1 page 13</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilance sur les principaux facteurs de risque et surveillance EPOF</li> </ul>
 <b>Optimisation des traitements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Titration médicamenteuse (Titration des ARNI, des IEC, ARA2, Béta-bloquants, iSLGT2, anti-aldostérone, diurétiques)</li> </ul> <p><i>i</i> Cf. Fiche 1 pages 3 à 10</p>	
 <b>Vaccination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vaccination</li> </ul> <p><i>i</i> Cf. Fiche 1 page 12</p>	
 <b>Dépistage et correction de la carence martiale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépistage de l'anémie et de la carence martiale</li> </ul> <p><i>i</i> Cf. Fiche 1 page 11</p>	
 <b>Sécuriser le retour à domicile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repérage des signes d'alerte</li> </ul> <p><i>i</i> Cf. Fiche 1 page 11</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Surveillance à domicile PRADO</li> <li>Repérage des signes d'alerte</li> <li>Check-list IDE</li> </ul> <p><i>i</i> Cf. Fiche 1 page 14, 15, 16</p>
 <b>Promotion ETP / APA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eléments d'ETP</li> <li>Des SMS Conseils</li> <li>L'activité physique adaptée</li> </ul> <p><i>i</i> Cf. Fiche 1 page 15 et 17</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eléments d'ETP</li> </ul> <p><i>i</i> Cf. Fiche 1 page 15</p>

① Check-list Cf. Fiche 1 page 13

Le référentiel IC pour la prise en charge des patients est diffusé par la CPTS aux professionnels de santé.



Sa mise en main s'effectue dans le cadre d'une formation proposée aux acteurs du soins primaires (Médecins généralistes, IDEL, .....)

**Rappel :** Stades, symptômes et fréquence des rendez-vous selon NHYA

Stade NYHA	Symptômes	Fréquence des RDV médicaux
I	L'activité physique ordinaire ne causera pas de fatigue, d'essoufflement ou de palpitations excessives.	<b>Médecin traitant :</b> 2x/an <b>IPA :</b> au moins 1x/an en relais du médecin <b>Cardiologue :</b> 1x/an
II	L'activité physique ordinaire provoque une fatigue, un essoufflement ou des palpitations.	<b>Médecin traitant :</b> 4x/an <b>IPA :</b> au moins 2x/an à la place du médecin et au moins 1x/an à la place du cardiologue <b>Cardiologue :</b> 2x/an (si dispositif implantable : 2 à 4x/an (contrôle))
III	Respiration normale au repos, une activité physique moins intense qu'une activité ordinaire provoque une fatigue, un essoufflement ou des palpitations.	<b>Médecin traitant :</b> 4 à 12x/an <b>IPA :</b> entre 2-6x/an à la place du médecin et 2-6x/an à la place du cardiologue <b>Cardiologue :</b> 4 à 12x/an (si dispositif implantable : 2 à 2à4x/an (contrôle))
IV	Les symptômes surviennent au repos : toute activité physique augmente le malaise.	Autant que nécessaire

Cette démarche est secondée par les actions de communication suivantes :

Cible	Objectif de communication	Canaux	Livrable
 Médecins généralistes / IDEL	Informer sur la mise en place de démarche IC de la CPTS	E-mailing auprès des acteurs du territoire  Réseaux sociaux (Twitter, LinkedIn, Instagram)	Kit N°1  Cf. Fiche 2
	Sensibiliser sur les bonnes pratiques de prise en charge des patients IC  Développer de bons réflexes		Kits N°2 à 8 <ul style="list-style-type: none"> <li>• ALD</li> <li>• Peptides natriurétiques : dépistage et suivi de l'IC</li> <li>• Titration des médicaments</li> <li>• Carence martiale</li> <li>• Surveillance des patients</li> <li>• Surveillance des patients post hospitalisation par l'équipe traitante</li> <li>• Vaccination</li> </ul> Cf. Fiches 3 à 9

\* Huit kits thématiques ont été créés à destination des professionnels de santé. Selon leur nature, ils comportent certaines fiches réflexes du référentiel ainsi que des documents complémentaires utiles (articles scientifiques, recommandations HAS, ou autres).

## 2.3 La formation des professionnels

Pour accompagner la mise en place de ce parcours IC au sein du territoire et promouvoir des pratiques communes entre les acteurs, **les professionnels de la CPTS en collaboration avec les cardiologues du CHU de Toulouse et de l'établissement privé du territoire** ont développé une action d'information / formation.

Les données du diagnostic territorial ont servi de guide pour l'ingénierie de cette formation, ciblée tout particulièrement sur l'amélioration de la coordination ville-hôpital.



### Durée

**3h00 en Présentiel** (2h de formation + 1 heure d'échanges entre Professionnels de santé des 1, 2 et 3<sup>ème</sup> recours)



### Objectifs

- Connaître les bases essentielles de la physiopathologie de l'insuffisance cardiaque
- Connaître les stratégies thérapeutiques dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite, modérément réduite et préservée
- Maîtriser le rôle infirmier dans le cadre de la surveillance clinique et de la prévention à la suite d'une hospitalisation pour décompensation d'insuffisance cardiaque :
  - Les critères de surveillance et d'alerte ainsi que leur traçabilité
  - Les règles hygiéno-diététiques indispensables chez ces patients
  - Les éléments éducatifs indispensables à l'acquisition des compétences d'autosoins chez les patients insuffisants cardiaques
- Connaître les impératifs de suivi et de prévention chez les patients porteurs d'une insuffisance cardiaque : vaccinations, dépistage et correction de la carence martiale fonctionnelle, suivi biologique et suivi cardiologique selon le stade NYHA, demande d'ALD



### Public ciblé

- Médecins généralistes
- IDEL
- Pharmaciens adhérents de la CPTS



### Intervenants

La CPTS du Sud Toulousain a fait le choix de recourir à des professionnels de santé du territoire référents en insuffisance cardiaque pratiquant déjà régulièrement des actions de formations.





## Contenu pédagogique :

- Rappels physiopathologiques, lutte contre les mécanismes compensateurs de l'IC, hormonal et sympathique (système rénine-angiotensine-aldostérone et voie sympathique)
- Classification des différentes IC et stratégies thérapeutiques, importance de la titration des thérapeutiques et optimisation, surveillance clinique et biologique

**Objectif 1 :** connaître les voies d'action des thérapeutiques recommandées, leur cadre de prescription et leur bénéfice, ainsi que leur surveillance clinico-biologique pour prévenir l'iatrogénie. Sensibiliser tous les acteurs à l'importance des posologies optimales de ces thérapeutiques.

- Surveillance clinique et prévention à la suite d'une hospitalisation pour décompensation d'insuffisance cardiaque :
  - Présentation du PRADO IC et objectifs des séances de surveillance clinique et de prévention à la suite d'une hospitalisation pour décompensation d'insuffisance cardiaque
  - Les critères de surveillance et d'alerte ainsi que leur traçabilité : EPOF, évaluation clinique et gradation d'une dyspnée, évaluation clinique et gradation des œdèmes, caractéristiques des œdèmes

- d'étiologie cardiaque, surveillance du poids et lien avec la volémie et la rétention hydrosodée, étiologie de la fatigue liée à la progression d'une insuffisance cardiaque, tenue d'un carnet de surveillance
- Identification des professionnels à alerter en cas de signes d'alerte et conduite à tenir
- Les règles hygiéno-diététiques indispensables : le contrôle des apports sodés, l'automédication, l'activité physique adaptée
- Les éléments éducatifs indispensables à l'acquisition des compétences d'autosoins chez les patients insuffisants cardiaques : diagnostic éducatif initial, prise en compte de l'environnement et des habitudes du patient, bilan éducatif à l'issue des séances, attendus des compétences patients
- Promotion du PRADO et de la prescription de l'acte de surveillance IDEL (AMI 5,8) auprès des médecins généralistes

**Objectif 2 :** Connaissance et maîtrise des attendus du suivi du patient insuffisant cardiaque de retour à domicile après une hospitalisation pour décompensation.

- Bonnes pratiques de suivi du patient insuffisant cardiaque en soins primaires : dosage des peptides natriurétiques, suivi cardiologique et échocardiographique suivant les recommandations, vaccinations, dépistage de la carence martiale fonctionnelle, demande d'ALD.



## Moyens pédagogiques :

- Support power-point présenté par les intervenants mis à disposition des participants
- Brochures et flyers en lien avec la thématique : carnet PRADO, carnet IC, ...
- Cas cliniques visant l'échanges entre professionnels



## Méthode d'évaluation (pour les IDEL uniquement) :

- Questionnaire de pré-formation : un questionnaire noté de 10 questions à choix multiples sur les connaissances en lien avec la thématique pour permettre aux participants de situer leur niveau et de préparer leurs questions.
- Questionnaire de post-formation : un questionnaire noté de 10 questions à choix multiples et 4 cas cliniques pour évaluer la compréhension des notions abordées et la progression à la suite de la formation.



Cette session d'information **ne se substitue pas à la formation obligatoire relative à la cotation AMI 5.8 pour les séances infirmières à domicile, de surveillance et de prévention en post-hospitalisation.** (Patient inclus dans le programme du PRADO IC ou non). Seule **une formation déposée et reconnue par L'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) permet la délivrance d'une attestation de formation valide pour la cotation de l'acte** de surveillance des patients en sortie d'hospitalisation pour décompensation d'une insuffisance cardiaque (AMI 5,8).

① Cf. Fiche 10 et 11

## 2.4 Les outils à destination des patients

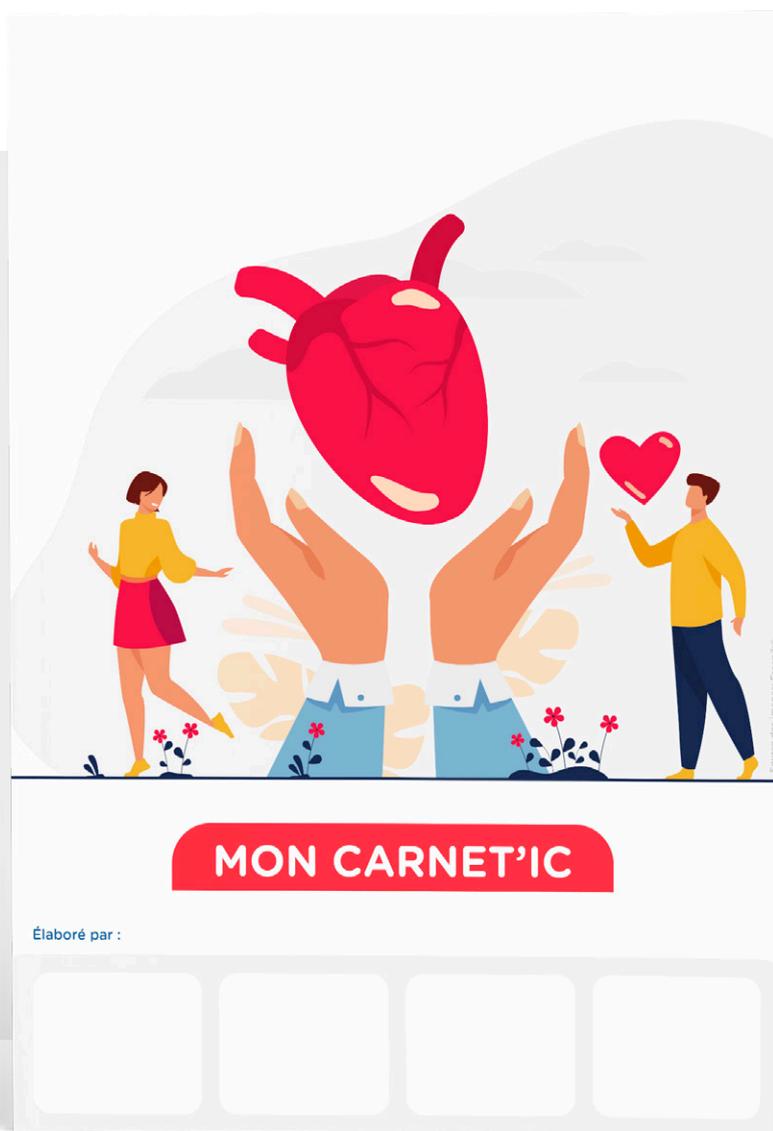
### → Mon carnet 'IC

A destination des patients porteurs d'une insuffisance cardiaque, **cette brochure** a pour vocation **d'aider le patient à devenir acteur de sa santé**. Comme tout carnet de santé, il est construit pour être très rapidement un compagnon fort utile du patient et de son entourage **pour leur permettre de mieux connaître la maladie et vivre avec au quotidien**.



#### Sommaire

- Mes informations personnelles
- Mon équipe soignante
- Mes rendez-vous médicaux et numéros d'urgence
- Mieux comprendre ma maladie
- S'autosurveiller
- Mieux vivre avec mon insuffisance cardiaque
- Mieux m'alimenter avec mon insuffisance cardiaque
- Je prends soin de moi avec mon insuffisance cardiaque
- Mieux bouger avec mon insuffisance cardiaque
- SMS conseils sur les habitudes alimentaires



Cet outil d'éducation à la santé permet non seulement au patient de s'y référer en cas de doute mais également aux professionnels de santé de l'utiliser comme support pédagogique. La CPTS assure sa diffusion auprès des professionnels de santé qui le remettront ensuite à leurs patients IC.

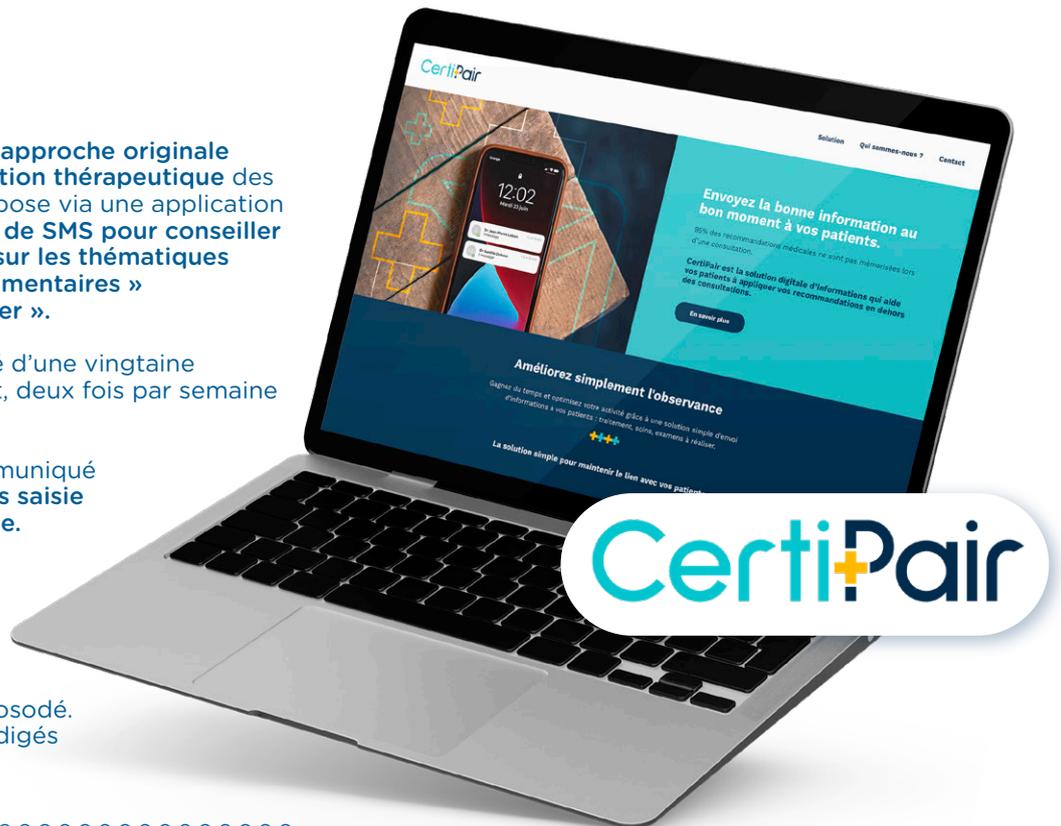
## → Des SMS Conseils

La CPTS a développé une **approche originale complémentaire** à l'éducation thérapeutique des patients. En effet, elle propose via une application (CERTIPAIR) divers packs de SMS pour conseiller au quotidien les patients sur les thématiques suivantes : « **Habitudes alimentaires** » et « **Symptômes à surveiller** ».

Chaque pack est constitué d'une vingtaine de SMS adressé au patient, deux fois par semaine (13 semaines)

La sélection du pack communiqué au patient, s'effectue **après saisie d'un questionnaire en ligne**.

En parallèle, la CPTS propose au patient de recevoir de façon hebdomadaire des recettes de cuisine respectant un régime hyposodé. Ces packs de SMS sont rédigés en fonction des saisons.



### Le questionnaire :



A registration form displayed on a laptop screen. The form includes the following fields:

- Nom : \* (text input)
- Prénom : \* (text input)
- Commune de résidence : \* (text input with a dropdown arrow and an 'x' icon)
- Date de naissance : \* (text input)
- Numéro de portable : \* (text input)
- Nom du médecin traitant : \* (text input)
- Nom d'un autre soignant de référence : (text input)

At the bottom of the form is a green button labeled "Suivant".

A preference selection screen displayed on a laptop screen. It contains two sections:

**L'idée est d'envoyer 2 SMS de façon hebdomadaire pour vous accompagner dans votre changement de vie : \***

- Je souhaiterai recevoir un pack de SMS
- J'ai déjà reçu un pack de SMS et je souhaiterai continuer à en recevoir
- J'ai déjà reçu un pack de SMS et je ne souhaiterai pas en recevoir à nouveau

Below the first section are two green buttons: "Précédent" and "Suivant".

**L'idée est d'envoyer 1 vidéo de façon hebdomadaire pour vous accompagner dans vos habitudes de vie : \***

- Je souhaite recevoir 1 vidéo par semaine
- Je ne souhaite pas recevoir de vidéo

Below the second section are two green buttons: "Précédent" and "Suivant".



### La banque de données d’SMS de prévention

Quatre packs ont été créés en fonction du niveau de compréhension du patient : débutant, intermédiaire, confirmé, expert. Dès qu’un patient a terminé de recevoir le 1<sup>er</sup> pack, il peut recevoir le 2<sup>nd</sup>, etc. Les patients peuvent bien entendu faire céder les envois à tout moment.

106 SMS ont été identifiés et classés selon le niveau « d’expertise » du patient

Pack	Niveau	Couleur
1	DÉBUTANT	VERT
2	INTERMÉDIAIRE	BLEU
3	CONFIRMÉ	ROSE
4	EXPERT	VIOLET

### Les thématiques abordées :

-  Sel
-  Matières grasses
-  Alimentation peu salée
-  Produit laitier
-  Viande
-  Boissons
-  Poisson
-  Condiments et additifs
-  Légumes
-  Comportement alimentaire
-  Céréales
-  Auto-surveillance (EPOF)
-  Pommes de terre et légumes secs
-  Fruits ou produits sucrés

 Cf. Fiche 13



Il s’agit d’une solution digitale d’informations permettant d’envoyer des messages adaptés en fonction de la situation des patients : conseils de prévention, rappel d’usage des médicaments ou des dispositifs médicaux, préparation d’intervention... en dehors des rendez-vous programmés avec un professionnel de santé. La base collaborative de conseils médicaux courts, qualifiés par des pairs et adaptés à chaque spécialité, permet au médecin d’adresser des messages clés de la prise en charge des patients en différé tout en assurant une traçabilité des informations transmises.

<https://www.certipair.fr/> 



→ Des podcasts

La CPTS a fait le choix pour relayer de manière attractive ses messages d'éducation à la santé, de réaliser des podcasts audio et vidéo facilement accessibles pour tous et disponibles sur les réseaux sociaux (LinkedIn).

L'information à destination des patients souffrant d' IC est délivrée par des professionnels de santé de proximité que les patients seront amenés à rencontrer dans leur prise en charge.

Au total 12 podcasts ont été identifiés sur les thématiques suivantes :

					
Sujets	Intervenants	Intervenants	Intervenants	Intervenants	Intervenants
	Intervenants	Intervenants	Intervenants	Intervenants	Intervenants
	Infirmier en Pratique Avancée (1 <sup>er</sup> recours)	Médecin généraliste	Cardiologue	Infirmière Spécialisée dans la Prise en charge de l'IC (3 <sup>ème</sup> recours)	Cardiologue (3 <sup>ème</sup> recours)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Surveillance à domicile : par soi et par l'équipe soignante</li> <li>Rôle des IPA pour le suivi des patients IC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vaccination</li> <li>Alcool et tabac</li> <li>Départ en vacances : Conseils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Habitudes durant les fortes chaleurs</li> <li>Limitation de la consommation en sel</li> <li>Conséquence de la pathologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recommandations repas de fête</li> <li>EPOF et EPON</li> <li>Activité Physique Adaptée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Définition de l'IC</li> <li>Causes de la pathologie</li> <li>Observance médicamenteuse</li> </ul>

3 podcasts sont déjà en ligne !

Leur publication est progressive pour maintenir l'intérêt sur le long terme. N'hésitez pas à vous connecter régulièrement sur la page LinkedIn de la CPTS.



- 1 <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7085647915288780800>
- 2 <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7113447342007037953>
- 3 <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7144363380269617152>



# L'évaluation du parcours IC



Des indicateurs de suivi de la démarche et de déploiement du parcours IC sur le territoire sont en cours de définition entre la CPTS, la CPAM et l'ARS.

## → Liste des indicateurs envisagés

### Indicateurs d'activités

- **Nombre de patients IC dépistés**
  - Age moyen et médian
  - % patients de moins de 75 ans
  - % patients de plus de 75 ans

### Indicateurs parcours IC

- **Nombre de patients ALD**
- **Taux de recours aux examens biologiques : BNP/NT-proBNP, Ferritine, CST**
- **Taux de patients vaccinés contre la grippe**
- **Taux de patients vaccinés contre la covid-19**
- **Taux de patients vaccinés contre le pneumocoque**
- **Taux de dépistage de la carence martiale**
- **Si prise en charge hospitalière**
  - Taux d'entrées par les urgences
  - Nombre de patients hospitalisés
  - Taux de recours à des soins AMI 5,8 en post hospitalisation
  - Taux de ré hospitalisation pour motif IC : 30 jours, 3 mois, 6 mois
  - Taux de patients pris en charge pour une carence martiale
- **Prise en charge par le cardiologue**
  - Taux de recours au cardiologue
  - par rapport aux recommandations
  - Taux de recours aux échographies cardiaques

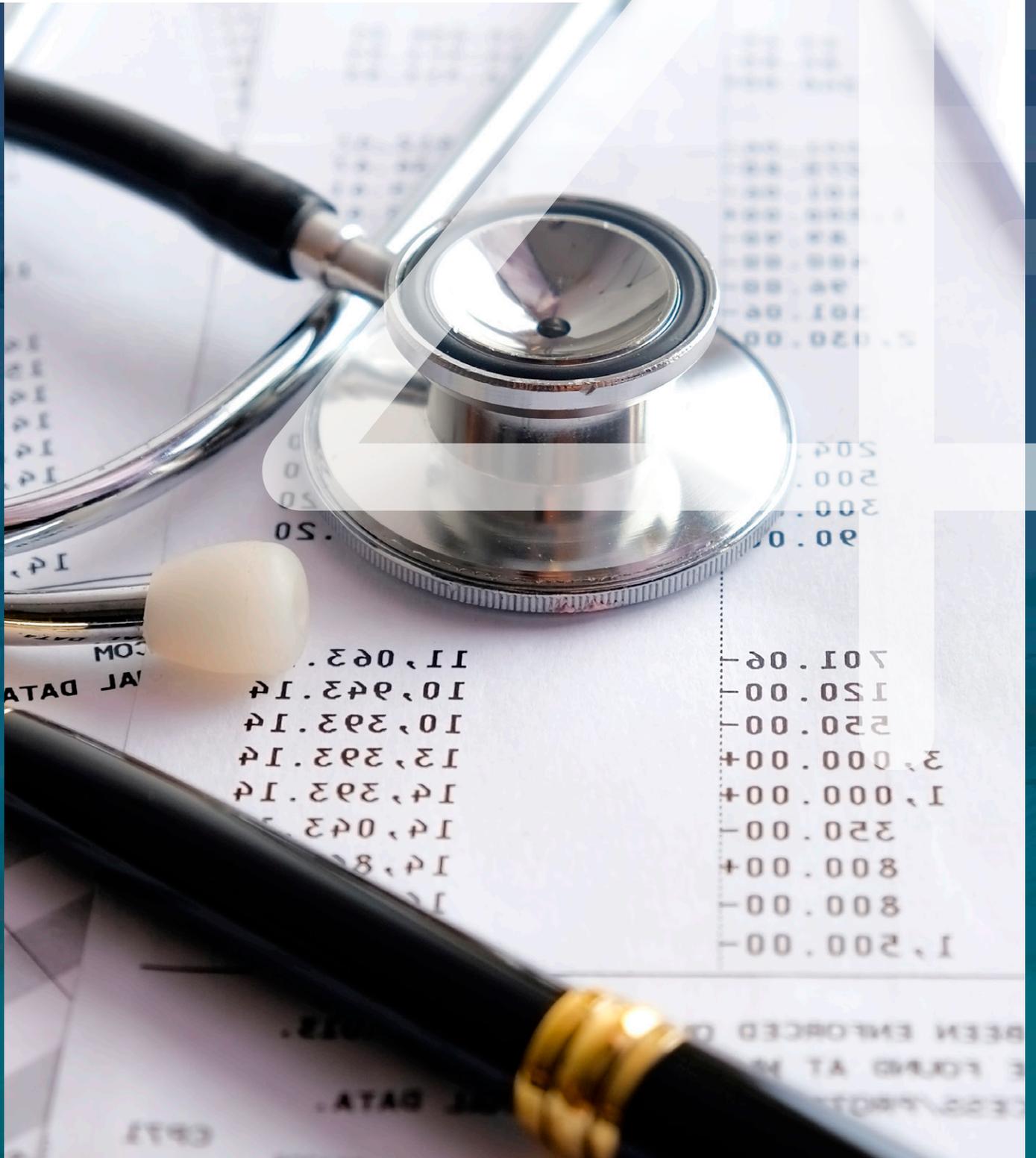
### Indicateurs thérapeutiques

- **Patients à FE réduite : classes médicamenteuses dispensées**



Quels que soient les indicateurs retenus, il est indispensable au préalable de clarifier le ou les systèmes d'information utilisés ainsi que leur modalité de remplissage pour la génération en automatique des différents indicateurs. Ce travail n'a pas encore été réalisé par la CPTS.

# Le modèle économique



Le financement de ce projet « parcours IC » est assuré par la CPTS dans le cadre de sa mission 2 : Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient. Mission financée par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI).

→ Le budget se répartit de la manière suivante :



Montant Annuel €

- **Équipe de la CPTS :**
  - 0,2 E.T.P. d'I.P.A. chef de projet **11 000 €**
  - 0,1 E.T.P. Chargé de communication **10 000 €**
  - 0,1 E.T.P. Directeur de la CPTS
- **Autres dépenses**
  - Frais d'impression **2 400 €**
  - Abonnement CertiPair **1 400 €**

Montant Annuel €

- **Financement**
  - Financement mission 2 ACI **15 000 €**
  - Part variable en fonction de l'atteinte d'objectifs traduits sous la forme d'indicateurs **15 000 €**

Indicateurs	
Mobilité dans les cabinets médicaux et structures pour promotion du parcours	<b>25% du montant annuel variable correspondant</b>
Diffusion des livrets patients et professionnels de santé	
Promotion de la supplémentation en fer IV en ambulatoire	
Augmentation des cotations AMI 5.8	

# La boîte à outils

Fiche 1 - Référentiel pour la prise en charge des patients Insuffisants Cardiaques	p24-41
Fiche 2 - Kit N°1 de communication - Information sur la démarche	p42-44
Fiche 3 - Kit N°2 de communication - L'ALD	p45-47
Fiche 4 - Kit N°3 de communication - La titration médicamenteuse	p48-50
Fiche 5 - Kit N°4 de communication - La carence martiale	p51-53
Fiche 6 - Kit N°5 de communication - Le suivi des patients et RDV	p54-56
Fiche 7 - Kit N°6 de communication - Les peptides natriurétiques	p57-59
Fiche 8 - Kit N°7 de communication - La surveillance par l'équipe traitante	p60-62
Fiche 9 - Kit N°8 de communication - La vaccination	p63-65
Fiche 10 - Support formation	p66-77
Fiche 11 - Questionnaires d'évaluation pré / post formation et grilles d'évaluation	p78-88
Fiche 12 - Mon carnet IC	p89-102
Fiche 13 - Tableaux SMS médicaux de prévention	p103-107

# Fiche n°1

Référentiel pour la prise en charge des patients Insuffisants Cardiaques

ANNEXES - FICHE n°1

Bonnes pratiques - Lien ville-hôpital

Parcours insuffisance cardiaque



Source des images : Freepik©

## RÉFÉRENTIEL

pour la prise en charge des patients Insuffisants Cardiaques

Élaboré par :

--	--	--	--

## → Sommaire

Mieux comprendre l'insuffisance cardiaque .....	2	Vaccination.....	12
La titration médicamenteuse.....	3	Check-list médecin généraliste .....	13
• Titration des ARNI.....	4	Demande d'avis cardiologique.....	13
• Titration des IEC.....	5	IDEL sur PRADO.....	14
• Titration des ARA 2.....	6	Repérage : EPOF.....	15
• Titration des Béta-bloquants.....	7	Éléments d'ETP .....	15
• Titration des iSGLT2 .....	8	Check-list IDEL .....	16
• Titration des anti-aldostérone.....	9	APA .....	17
• Titration des diurétiques .....	10	SMS conseils sur les habitudes alimentaires.....	17
• Flash Code .....	10	Références.....	18
Dépistage de l'anémie et de la carence martiale .....	11	QR code recommandations de la HAS .....	18
		Téléchargement du référentiel .....	18

## 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 1<sup>ère</sup> ligne : Objectifs → Pleine dose !

- ARNI (sacubitril / valsartan) ou IEC ou ARA 2
- Bêta-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 NT-proBNP

L'objectif final est d'atteindre la posologie maximale tolérée.

### → Et les diurétiques ?

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

### → Bénéfice sur la morbi-mortalité, les ré-hospitalisations et la qualité de vie

#### TRAITEMENT DE 1<sup>ÈRE</sup> INTENTION

**Sacubitril / valsartan**  
24/26 mg x2

**Bisoprolol**  
1,25 mg/jour

**Spironolactone / Éplérénone**  
25 mg/jour

**Dapagliflozine / Empagliflozine**  
10 mg/ jour

**Furosémide**  
80 mg/ jour

#### TRAITEMENT OPTIMISÉ

**Sacubitril / valsartan**  
97/103 mg x2

**Bisoprolol**  
10 mg/jour

**Spironolactone / Éplérénone**  
50 mg/jour

**Dapagliflozine / Empagliflozine**  
10 mg/ jour

**Furosémide**  
40 mg/ jour

## 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'anglotène ou d'allergie documentée, sténose bilatérale des artères rénales, femmes enceintes, DFG < 30mL/min/1,73m<sup>2</sup>, TAS < 90 mmHg
- **Où ? :**  
En soins primaires, patients IC stables, NYHA < ou = 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 NT-proBNP (**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.*

### TITRATION DES IEC



#### → Cadre de la prescription

① **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 < ou = III en dehors de toute décompensation
- **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé :**
  - Hyperkaliémie > 5 mmol/L
  - Insuffisance rénale DFG < 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup>
  - Hypotension artérielle symptomatique, hypotension artérielle asymptomatique majeure (TAS < 90mmHG)

#### → Posologie

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ramipril</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Introduction</u> : 2,5 mg</li> <li>◦ <u>Cible</u> : 5 mg X2</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enalapril</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Introduction</u> : 2,5 mg</li> <li>◦ <u>Cible</u> : 10 mg X2</li> </ul> </li> </ul> |
|---|---|

#### → Conseils

- Contrôler la créatinine, le DFG, la kaliémie, la natrémie et le NT-proBNP
- 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, patients IC stables NYHA < ou = III en dehors de toute décompensation
- **Où ? :**  
En soins primaires, patients IC stables, NYHA < ou = III en dehors de toute décompensation
- **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé :**
  - Hyperkaliémie > 5 mmol/L
  - Insuffisance rénale DFG < 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup>
  - Hypotension artérielle symptomatique, hypotension artérielle asymptomatique majeure (TAS < 90mmHG)

Avant d'optimiser un traitement par ARA2 seul, envisager un switch vers ARNI.

## → Posologie

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Candesartan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Introduction</u> : 4 mg</li> <li>◦ <u>Cible</u> : 32mgx2</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Losartan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Introduction</u> : 50 mg</li> <li>◦ <u>Cible</u> : 50 mg</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valsartan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Introduction</u> : 40 mg X2</li> <li>◦ <u>Cible</u> : 160 mg X2</li> </ul> </li> </ul> |
|---|--|--|

## → Conseils

- Contrôler la créatinine, le DFG, la kaliémie, la natrémie et le NT-proBNP
- 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 BÉTA-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 : patients 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 < ou = 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  $\beta$ B
  - 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"> <li>• <b>Bisoprolol</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Introduction</u> : 1,25 mg</li> <li>◦ <u>Cible</u> : 10 mg</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Caverdilol</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Introduction</u> : 3,125 mg X2</li> <li>◦ <u>Cible</u> : 25 mg X2</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nebivolol</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Introduction</u> : 1,25 mg</li> <li>◦ <u>Cible</u> : 10 mg</li> </ul> </li> </ul> |
|--|---|---|

### → 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  $\beta$ B que pas de  $\beta$ B du tout "

*Il est rarement nécessaire d'arrêter totalement un traitement par  $\beta$ B : demander un avis cardiologique avant toute interruption de traitement*

## TITRATION DES ISGLT2



### → 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 m<sup>2</sup>, TAS < 95 mmHg
- **Où ? :**  
En soins primaires, patients IC stables, NYHA < ou = 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'acidocétose
  - Attention aux infections uro-génitales favorisées par la glycosurie induite
  - Attention aux hypoglycémies en cas de traitement par insuline et/ou sulfamides hypoglycémiants

### → Posologie

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dapagliflozine</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Introduction</u> : 10 mg</li> <li>◦ <u>Cible</u> : 10 mg</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Empagliflozine</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Introduction</u> : 10 mg</li> <li>◦ <u>Cible</u> : 10 mg</li> </ul> </li> </ul> |
|--|--|

### → 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 < ou = III en dehors de toute décompensation
- **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé :**
  - Hyperkaliémie > 5 mmol / L
  - Insuffisance rénale DFG < 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup>

→ **Posologie**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Spironolactone</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Introduction</u> : 25 mg</li> <li>◦ <u>Cible</u> : 50 mg</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Éplérénone</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Introduction</u> : 25 mg</li> <li>◦ <u>Cible</u> : 50 mg</li> </ul> </li> </ul> |
|--|--|

→ **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 m<sup>2</sup>
- Arrêt si K > 6,0 mmol/L ou DFG < 20 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> et avis spécialisé

## TITRATION DES DIURÉTIQUES



### → Cadre de la prescription

- **Pourquoi ?**  
Réduire la dyspnée des 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 autre traitements de l'IC
  - Contre indication : ATCD d'allergie documentée, 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 < ou = 3,5 mmol/L
  - DFG < 30 mL/min/1,72 m<sup>2</sup> : réponse aux diurétiques réduite
  - Hypotension TAS < 90 mmHg

### → Posologie

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Furoseme</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Introduction</u> : 20 à 40 mg</li> <li>◦ <u>Cible</u> : 40 à 240 mg</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bumétanide</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Introduction</u> : 0,5 à 1 mg</li> <li>◦ <u>Cible</u> : 1 à 5 mg</li> </ul> </li> </ul> |
|---|--|

### → Conseils

- Contrôler la créatinine, la DFG, la kaliémie, la natrémie et le NT-proBNP
- 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

## 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 :

*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 Via Trajectoire

**HAD Santé Relais Domicile**

05 34 40 40 40

**EXEMPLE**

**CHU**

Programmation en HDJ  
cardiologie  
05 61 32 33 39

### VACCINATION

#### → Grippe

Recommandée pour tout patient insuffisant cardiaque

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

#### → Pneumocoque

Recommandée pour tout patient insuffisant cardiaque

- Patients **jamais vaccinés** : vaccination complète → Prevenar 13 et rappel par Pneumovax minimum 8 semaines après
- Patients **précédemment vaccinés** : rappel Pneumovax tous les 5 ans

Respect d'un délai minimal de 5 ans entre chaque Pneumovax.

**Nouvelle recommandation (HAS, 2023) : utilisation préférentielle du vaccin VPC20 (APEXXNAR®) dès que disponible (2024), en dose unique.**

- Les personnes ayant reçu une seule dose de VPC 13 ou une seule dose de VPP 23 reçoivent une dose de VPC 20 si la vaccination antérieure remonte à plus de 1 an.
- Les personnes déjà vaccinées avec la séquence VPC 13 - VPP 23 pourront recevoir une injection de VPC 20 en respectant un délai de cinq ans après la précédente injection.

ⓘ **ATTENTION: Si administration récente (< 12 mois) d'un Pneumovax, la réponse immunitaire du Prevenar peut être réduite**



À savoir :

Pneumopathie et IC > Incidence élevée (3,8 fois plus fréquente chez IC âgé de 65 ans) > Décompensation + aggravation de la maladie

#### → Covid-19

Recommandée pour tout patient insuffisant cardiaque

- 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



**Traçabilité obligatoire pour toute vaccination :**

DMP | Mon Espace Santé et transmission au médecin traitant indispensable si un autre professionnel est le vaccinateur

Fiche  
n°1Référentiel pour la prise en charge des patients  
Insuffisants Cardiaques

ANNEXES - FICHE n°1

Bonnes pratiques - Lien ville-hôpital

Parcours insuffisance cardiaque



## CHECK-LIST MÉDECIN GÉNÉRALISTE

- 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 : prescription de la surveillance clinique infirmière (AMI 5.8)
- Déclaration ALD faite (ALD 05)
- Orientation ETP/APA

## DEMANDE D'AVIS CARDIOLOGIQUE

Contacts réservés aux médecins généralistes

Centre de suivi habituel du patient	Coordonnées	Solution de télé-expertise
<b>CHU</b> <i>EXEMPLE</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Astreinte urgences vitales</b> : 05 61 32 32 32</li> <li>• <b>Consultation urgente non programmée</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>Consultations</u> : 05 61 32 31 00</li> <li>◦ <u>Secrétariat Pr Galinier</u> : 05 61 32 26 61</li> </ul> </li> <li>• <b>CEPIC (patients IC suivis au CHU)</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 05 61 32 20 94 / 05 61 32 36 79</li> <li>◦ <u>Avis</u> : insuffisancecardiaque@chutoulouse.fr</li> <li>◦ <u>ETP</u> : cepic@chu-toulouse.fr</li> </ul> </li> </ul>	Non
<b>Clinique Occitanie</b> <i>EXEMPLE</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Avis urgent</b> : 05 61 51 88 90</li> <li>• <b>Secrétariat de cardiologie</b> : 05 61 51 88 13</li> </ul>	Conex Santé : Dr Perez, Dr Gauthier, Dr Richez OmniDoc: Dr Marty
<b>Clinique Pasteur</b> <i>EXEMPLE</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Urgences cardiologiques / douleur thoracique</b> : 05 62 21 36 36</li> <li>• <b>Avis/ consultation non programmée</b> : 05 62 21 39 45</li> </ul>	Non

## IDEAL : SURVEILLANCE À DOMICILE / PRADO

### → Définition et objectifs

Objectif principal : prévenir l'évolution de la maladie et la ré-hospitalisation.

Acte comprenant :

- Évaluation clinique
- Éducation thérapeutique du patient et de son entourage
- Observance et surveillance des traitements médicamenteux
- Repérage des signes d'alerte et de décompensation de l'insuffisance cardiaque

### → Évaluation 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  
" Formation reconnue DPC"

### → Prescription médicale

**"Séance 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

### → Protocole thérapeutique

- Présent dans le document de sortie adressé au médecin traitant et aux professionnels de santé s'occupant du patient
- Si nécessaire, transmission des informations médecin traitant sous 48 heures

Fiche  
n°1Référentiel pour la prise en charge des patients  
Insuffisants Cardiaques

## REPÉRAGE DES SIGNES D'ALERTE : EPOF

**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  
périphérique :  
+2 kg en 3 à 7 jours**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 ...**Œdèmes**  
Ainsi que les autres signes :  
tachycardie, 3<sup>ème</sup> bruit cardiaque  
(B3), polypnée, râles crépitants,  
turgescence jugulaire ...

## 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

## 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 1, 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 ?

**Mon cœur en forme  
pour profiter de la vie  
Clinique d'Occitanie**  
05 31 50 27 51

etpcardio@cliniqueoccitanie.com

**EXEMPLE****Programme ETIC (Cepic, CHU),  
APET Cardio Occitanie**

05 61 32 20 94 / 05 61 32 36 79

ceplic@chu-toulouse.fr

Fiche  
n°1Référentiel pour la prise en charge des patients  
Insuffisants Cardiaques

## 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**.

La prescription est rédigée par le médecin généraliste ou le cardiologue. Les séances sont assurées par certains kinésithérapeutes ou moniteurs d'APA. **L'APA n'est pas remboursée par la sécurité sociale.**

### → EFFORMIP

**EXEMPLE**

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

### → VIVIFRIL

**EXEMPLE**

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-contre !

## RÉFÉRENCES

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](https://professionnels.vaccination-info-service.fr)
7. **DGS-Urgent n°2023\_07 :** Recommandations vaccinales pour l'année 2023 du 25/04/2023.

## RECOMMANDATIONS DE LA HAS



## Pour plus d'infos

Pour avoir un complément sur votre téléphone, retrouvez le guide du parcours de soins insuffisance cardiaque.

Si vous souhaitez plus d'informations, n'hésitez pas à contacter votre coordinateur du projet par mail.

Mail coordinateur :

Nom de la CPTS :

Adresse :

Site web :

Mail :



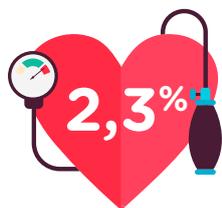
Fiche  
n°2Kit N°1 de communication  
Information sur la démarche

## Exemple d'emailing

OPTIMISATION DU PARCOURS  
INSUFFISANCE CARDIAQUE

Bonjour à tous,  
Comme vous le savez, nous travaillons d'arrache-pied sur l'optimisation du parcours Insuffisance Cardiaque (IC) sur notre territoire, c'est pourquoi nous avons travaillé avec le CHU de Toulouse et la Clinique d'Occitanie sur différents outils.

## QUELQUES CHIFFRES IMPACTANTS :



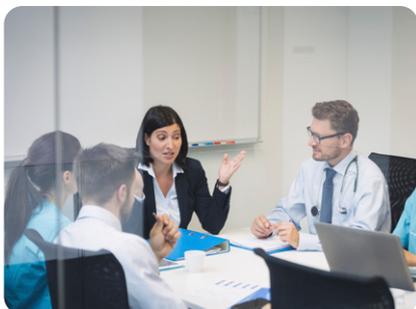
**de la population française  
serait atteinte d'une IC**  
(et jusqu'à 10 % des  
personnes de plus 70 ans)

## Sur le territoire de la CPTS :

- **80%** des insuffisants cardiaques ne seraient **pas diagnostiqués**
- Dans la patientèle moyenne d'un MG, il y aurait **25 patients insuffisants cardiaques**, dont 20 ne seraient pas diagnostiqués et traités
- **40 %** des patients IC ne **bénéficient pas de l'ALD 5**
- Seulement **1,7 %** ont **bénéficié de séances infirmières de surveillance** et de prévention en sortie d'hospitalisation

## NOTRE OBJECTIF

**Améliorer la qualité des soins prodigués par les équipes de premier recours et fluidifier le parcours par un lien fort ville-hôpital, avec la Clinique d'Occitanie de Muret et le CHU de Toulouse.**

Fiche  
n°2Kit N°1 de communication  
Information sur la démarche

## Le 13 mars

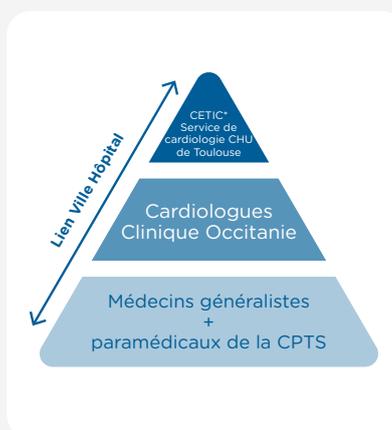
une formation  
a été dispensée par :

- **Professeur Michel GALINIER**, cardiologue et chef du service de cardiologie du CHU de Toulouse
- **Docteur Laurence PEREZ**, cardiologue à la Clinique d'Occitanie de Muret, présidente de la CME et membre du Conseil d'Administration de la CPTS
- **Sandrine AYOT**, Infirmière spécialisée dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (ISPIC) au CHU de Toulouse
- **Docteur Nicolas HOMEHR**, médecin généraliste et président de la CPTS
- **Romain VIGOUROUX**, infirmier en pratique avancée de la CPTS

**Vous trouverez en pièces-jointes le diaporama et le webinaire de la formation réalisée par la CPTS.** Également, une check-list des éléments indispensables à se rappeler dès lors qu'un patient est diagnostiqué IC.

### LES ÉLÉMENTS DE LA FORMATION À NE PAS MANQUER

- Le dépistage primaire avec le repérage des signes EPOF : Essoufflement, Prise de poids, Œdème et Fatigue
- La titration médicamenteuse avec la mise en place des nouveaux traitements et l'optimisation de leurs posologies
- La déclaration d'ALD 5 pour les patients nouvellement diagnostiqués et le renouvellement des autres
- La vérification du carnet vaccinal et la réalisation des rappels : Grippe, Covid19 et Pneumocoque
- La prescription de l'AMI 5.8 en sortie d'hospitalisation pour les patients non télésurveillés ou non inclus dans PRADO : surveillance et éducation à domicile par un.e infirmier.e libéral



\*(Centre de prise en charge de l'Insuffisance Cardiaque)

Source des images : Freepik®

Fiche  
n°2Kit N°1 de communication  
Information sur la démarche

## Exemple de post pour les réseaux sociaux



## CPTS Sud Toulousain

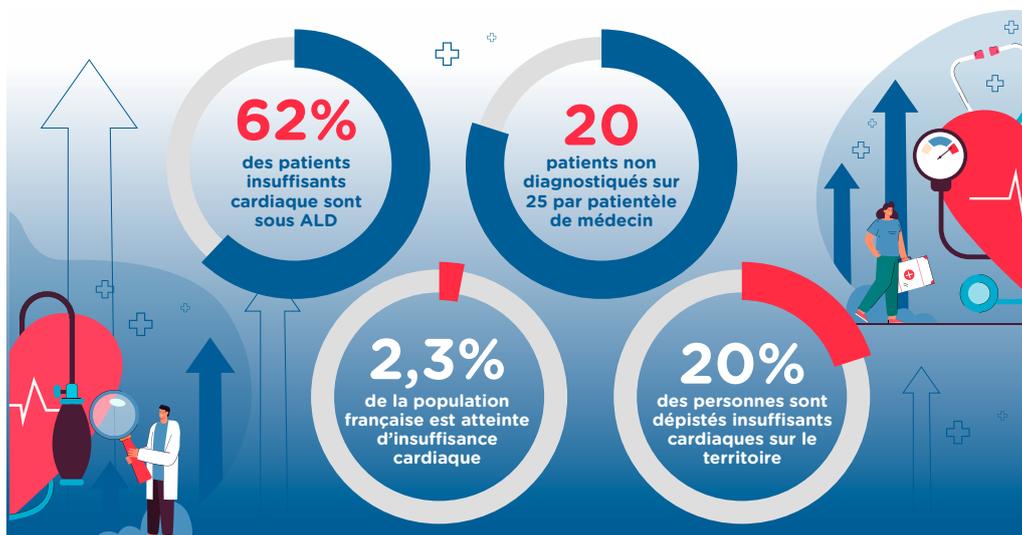
publication  
2 jours · 🌐

L'insuffisance cardiaque est une pathologie touchant 2,3% de la population française soit XX millions de personnes.

Cette pathologie est très sous diagnostiquée, en effet, en moyenne, sur une patientèle de médecin généraliste 25 personnes sont insuffisantes cardiaques et 20 ne sont pas diagnostiqués.

Trop souvent, le diagnostic est tardif car il se fait suite à une décompensation cardiaque, ce qui aggrave le pronostic des patients.

Le projet de la CPTS est donc d'améliorer la qualité des soins prodigués par les équipes de premier recours et fluidifier le parcours par un lien fort ville-hôpital, avec la Clinique d'Occitanie de Muret et le CHU de Toulouse.



CPTS Sud Toulousain

120k

34 Comments



Recommand



Comment



Share



Send

Fiche  
n°3Kit N°2 de communication  
L'ALD

## Exemple d'emailing

L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE  
ALD

Bonjour à tous,

Dans une continuité de mise en œuvre et d'optimisation du parcours territorial insuffisance cardiaque, nous allons aborder aujourd'hui la **déclaration d'affection de longue durée des patients IC.**

Sur le territoire de la CPTS du Sud Toulousain, **38 % des patients IC diagnostiqués n'ont pas d'ALD** déclarée à ce titre. Il est donc nécessaire de solliciter l'ALD pour ces patients, afin qu'ils puissent **bénéficier d'une prise en charge à 100 %.**

## UNE PATHOLOGIE COÛTEUSE

L'insuffisance cardiaque est une pathologie dont la gravité et le caractère chronique nécessite un **traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.**

Elle relève des **pathologies éligibles à l'ALD exonérante n°5**, avec les conditions d'inclusion suivantes :

**L'insuffisance cardiaque systolique**

ancien terme pour l'IC à fraction d'éjection altérée ( $FEVG < 40\%$ ), associe des symptômes de l'IC au repos ou à l'effort, avec une preuve objective de la dysfonction cardiaque (*échocardiographie généralement*)

**L'insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée**

( $FEVG > 40\%$ ), symptomatique chronique. Elle associe :

- des symptômes de l'IC au repos ou à l'effort
- un signe objectif de dysfonction cardiaque au repos avec une  $FEVG > 40\%$  (*ECG, radiographie thoracique, échocardiographie, peptide natriurétique...*)
- une réponse pharmacologique au traitement de l'insuffisance cardiaque

# Fiche n°3

Kit N°2 de communication  
L'ALD

ANNEXES - FICHE n°3

Bonnes pratiques - Lien ville-hôpital

Parcours insuffisance cardiaque

**L'EXONÉRATION EST ACCORDÉE POUR UNE DURÉE DE 10 ANS, RENOUELABLE.**



Vous trouverez en pièce-jointe, pour rappel, le tuto pour faciliter la déclaration via votre compte AmeliPro.

Bien cordialement,

Source des images : Freepik©

Fiche  
n°3Kit N°2 de communication  
L'ALD

## Exemple de post pour les réseaux sociaux

**CPTS Sud Toulousain**publication  
2 jours · 🌐

Sur notre territoire, 38% des malades IC ne bénéficient pas de l'ALD5.

**Comment déclarer une ALD en tant que médecin traitant ?**

Rien de plus simple, il vous suffit de vous connecter à votre Espace Ameli Pro et de suivre les étapes du tutoriel de la CNAM ci-dessous. Lien vers tutoriel Ameli PRO :

[https://authps-espacepro.ameli.fr/PortailPS/ShowProperty/WLP%20Repository/pdf/amelipro\\_ALD\\_documentationTLS.pdf](https://authps-espacepro.ameli.fr/PortailPS/ShowProperty/WLP%20Repository/pdf/amelipro_ALD_documentationTLS.pdf)

La dépense annuelle moyenne remboursée est estimée à 2 310 euros par personne (tous régimes confondus). La déclaration d'ALD permet au patient une prise en charge à 100% des frais médicaux en lien avec sa pathologie selon les bases définies par la Sécurité Sociale.



120k

34 Comments



Recommend



Comment



Share



Send

Fiche  
n°4Kit N°3 de communication  
La titration médicamenteuse

## Exemple d'emailing



Bonjour à tous,  
Dans une continuité de mise en œuvre et d'optimisation du parcours territorial Insuffisance Cardiaque, nous souhaitons aborder le thème de la titration médicamenteuse.

Les patients insuffisants cardiaques **dont la fraction d'éjection du ventricule gauche est réduite**, bénéficient de différentes classes thérapeutiques :

- ARNI / IEC ou ARA 2
- $\beta$ -bloquant
- MRA (*anti-aldostérone*)
- iSGLT2 (*glifozines*)
- Diurétiques de l'anse

## TITRATION MÉDICAMENTEUSE



Ces traitements sont introduits à la suite du diagnostic, le plus souvent de manière graduée avec des **posologies réduites**. Comme vous le savez, celles-ci doivent être **augmentées progressivement**, jusqu'à la **dose maximale tolérée**, cliniquement et biologiquement : c'est la **titration des thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque**. L'objectif est d'atteindre les posologies maximales, qui sont celles ayant démontré leur efficacité dans les différentes études cliniques.

**Cette optimisation n'est pas toujours menée à bout** et il existe une inertie thérapeutique contre laquelle nous devons tous lutter, afin que ces patients puissent bénéficier des meilleurs traitements.

# Fiche n°4

Kit N°3 de communication  
La titration médicamenteuse

## PRÉVENIR LES DÉCOMPENSATIONS

Les posologies optimales des thérapeutiques permettent de **prévenir les décompensations, les ré-hospitalisations** et, plus largement, la progression de la maladie avec une **diminution de la morbi-mortalité** liée à l'insuffisance cardiaque.

De **nouvelles thérapeutiques** ont fait leur apparition ces dernières années et ont maintenant une place incontournable dans le traitement de l'insuffisance cardiaque : l'association sacubitril / valsartan et les gliflozines (*dapagliflozine et empagliflozine*), recommandées en première ligne par l'European Society of Cardiology depuis 2021.

Vous trouverez en pièce jointe des fiches réflexes réalisées pour chaque classe thérapeutique.

Bien cordialement,

Source des images : Freepik®

Fiche  
n°4Kit N°3 de communication  
La titration médicamenteuse

## Exemple de post pour les réseaux sociaux

**CPTS Sud Toulousain**publication  
2 jours · 🌐

La mise en place d'un traitement médicamenteux suite au diagnostic d'insuffisance cardiaque est une étape primordiale. Les traitements sont le plus souvent introduits de manière graduée avec des posologies réduites, qui devront être majorées par la suite suivant la tolérance du patient : c'est la titration médicamenteuse.

Cette titration n'est pas toujours menée à bout et il existe une inertie thérapeutique contre laquelle nous devons tous lutter, afin que ces patients puissent bénéficier des meilleurs traitements.

Les posologies optimales de ces thérapeutiques permettent de prévenir les décompensations, les ré hospitalisations et, plus largement, la progression de la maladie avec une diminution de la morbi-mortalité liée à l'insuffisance cardiaque.

De nouvelles thérapeutiques ont également fait leur apparition ces dernières années et ont maintenant une place incontournable dans le traitement de l'insuffisance cardiaque : l'association sacubitril / valsartan et les gliflozines (dapagliflozine et empagliflozine), recommandées en première ligne par l'European Society of Cardiology depuis 2021.

Vous pouvez retrouver toutes les fiches de titration médicamenteuse ainsi que les nouveaux traitements dans les visuels ci-dessous.



**LES NOUVEAUX TRAITEMENTS**

**Entresto™ :**  
2 substances actives  
Sacubutril et Valsartan

**Empagliflozine :**  
ISGLT2

**Dapagliflozine :**  
ISGLT2

**CPTS Sud Toulousain**

120k

34 Comments



Recommend



Comment



Share



Send

Fiche  
n°5Kit N°4 de communication  
La carence martiale

## Exemple d'emailing



Bonjour à tous,  
Dans une continuité de mise en œuvre et d'optimisation du parcours territorial insuffisance cardiaque, nous souhaitons aborder le thème de la carence martiale.

L'anémie et la carence martiale sont des comorbidités fréquentes chez les patients insuffisants cardiaques. La **carence martiale concernerait jusqu'à 55 % des patients IC**. Un dépistage systématique et annuel est recommandé, avec la réalisation d'une NFS et le dosage de la ferritine et du coefficient de saturation de la transferrine (CST).

La carence martiale peut être :

- **ABSOLUE**  
*(les réserves en fer sont basses, avec une ferritinémie < 100 µg/L)*
- ou
- **FONCTIONNELLE**  
*(les réserves en fer sont conservées ou légèrement augmentées, mais il existe un déficit en fer de transport : CST < 20 %).*

La carence martiale est un facteur pronostic indépendant de décès chez l'insuffisant cardiaque. Sa **supplémentation est recommandée**, qu'elle soit ou non associée à une anémie, la principale difficulté résidant dans le fait que la supplémentation orale est peu efficace chez ces patients.

Fiche  
n°5Kit N°4 de communication  
La carence martiale

Dès lors qu'un patient insuffisant cardiaque présente une carence martiale, absolue ou fonctionnelle, avec ou sans anémie, il est nécessaire de le supplémenter **par voie intraveineuse (carboxymaltose ferrique)**. Pour ce faire, une hospitalisation est nécessaire, elle peut se faire :



**HDJ**  
XXXXXX



**HAD\***  
XXXXXX

\*Après une première administration IV en hospitalisation conventionnelle ou en HDJ, afin de s'assurer de la tolérance du produit. La poursuite de la supplémentation peut être réalisée en HAD

L'objectif est l'amélioration des symptômes et de la classe fonctionnelle de la dyspnée, ainsi que la réduction du risque d'hospitalisation toutes causes et pour insuffisance cardiaque.

Vous trouverez en pièce jointe une fiche réflexe sur la carence martiale et les numéros à joindre en cas d'HDJ à prévoir pour vos patients en carence martiale.

Bien cordialement,

<sup>1</sup>ESC 2021, recommandation de classe I,C

<sup>2</sup>Klip IT, Comin-Colet J, Voors AA et al. Iron deficiency in chronic heart failure : an international pooled analysis. Am Heart J 2013;165(4):575-82

Source des images : Freepik©

Fiche  
n°5Kit N°4 de communication  
La carence martiale

## Exemple de post pour les réseaux sociaux

**CPTS Sud Toulousain**publication  
2 jours · 🌐

L'anémie et la carence martiale sont des problématiques rencontrées par les patients insuffisants cardiaques. La carence martiale concernerait jusqu'à 55 % des patients.

Il est donc important de réaliser un dépistage systématique et annuel avec la réalisation d'une NFS et le dosage de la ferritine et du coefficient de saturation de la transferrine (CST).

La carence martiale peut être absolue (les réserves en fer sont basses, avec une ferritinémie < 100 µg/L) ou fonctionnelle (les réserves en fer sont conservées ou légèrement augmentées, mais il existe un déficit en fer de transport : CST < 20 %).

Dès qu'une personne présente une carence martiale absolue ou fonctionnelle, avec ou sans anémie, il est impératif de le supplémenter en carboxymaltose ferrique par voie intraveineuse.



**LA CARENCE MARTIALE**

- Dépistage systématique et annuel
- Dépistage de la NFS, Ferritine et Coefficient de saturation de la Transferrine

**PERFUSION DE CARBOXYMALTOSE FERRIQUE**

**HAD Pasteur**  
05 62 21 30 36  
had@cliniquepasteur.com

**HAD CHU de Toulouse**  
05 61 32 33 39

**CPTS Sud Toulousain**

120k

34 Comments



Recommand



Comment



Share



Send

Fiche  
n°6Kit N°5 de communication  
Le suivi des patients et RDV

## Exemple d'emailing

LE SUIVI DES PATIENTS  
ET RENDEZ-VOUS

Bonjour à tous,  
Dans une continuité de mise en œuvre et d'optimisation du parcours territorial Insuffisance Cardiaque, nous souhaitons aborder le thème du **suivi de la pathologie**.

## L'ÉCHELLE NYHA

Pour rappel, le **degré de sévérité de la pathologie** s'estime grâce à l'échelle de la NYHA (*New York Heart Association*). Cette classification fonctionnelle **facilite le suivi de la progression de la maladie**. En fonction du stade de l'insuffisance cardiaque, des **fréquences de RDV** sont à **respecter** afin de ralentir sa progression et d'éviter les complications (*HAS, 2014*) :



STADE NYHA	SYMPTOMATOLOGIE	FRÉQUENCE DE RDV
1	L'activité physique ordinaire ne cause pas de fatigue, d'essoufflement ou de palpitations excessive	Médecin traitant <b>2 fois/an</b> et cardiologue <b>1 fois/an</b>
2	L'activité physique ordinaire provoque une fatigue, un essoufflement ou des palpitations	Médecin traitant <b>4 fois/an</b> et cardiologue <b>2 fois/an</b>  Si dispositif implantable : 2 à 4 fois/an (contrôle)

# Fiche n°6

Kit N°5 de communication  
Le suivi des patients et RDV

ANNEXES - FICHE n°6

Bonnes pratiques - Lien ville-hôpital

Parcours insuffisance cardiaque

<b>3</b>	Respiration normale au repos ; une activité physique moins intense qu'une activité ordinaire provoque une fatigabilité, un essoufflement ou des palpitations	Médecin traitant <b>4 à 12 fois/ an</b> et cardiologue <b>4 à 12 fois/an</b>  Si dispositif implantable : 2 à 4 fois/an (contrôle)
----------	---	--

<b>4</b>	Les symptômes surviennent au repos : toute activité physique augmente le malaise	<b>Autant que nécessaire</b>
----------	--	------------------------------

L'apparition de symptômes de décompensation nécessite une consultation médicale au plus vite afin d'éviter une hospitalisation pour dégradation de l'état de santé.

Vous trouverez en pièce jointe une fiche réflexe synthétisant cela.

Source des images : Freepik©

Fiche  
n°6Kit N°5 de communication  
Le suivi des patients et RDV

## Exemple de post pour les réseaux sociaux

**CPTS Sud Toulousain**publication  
2 jours · 🌐

La sévérité de l'insuffisance cardiaque se classe en 4 stades, suivant le degré d'essoufflement qu'engendre la maladie. Ces stades sont définis suivant les critères de la NYHA (New York Heart Association).

Selon la sévérité de l'insuffisance cardiaque, votre fréquence de rendez-vous chez votre médecin et votre cardiologue varie.

Vous trouverez toutes les informations dans le tableau ci-dessous



STADE NYHA	SYMPTÔMES	FRÉQUENCE DE RDV
I	L'activité physique ordinaire ne cause pas de fatigue, d'essoufflement ou de palpitations excessive	Médecin traitant : 2x/an IPA : au moins 1x/an en relais du médecin Cardiologue : 1x/an
II	L'activité physique ordinaire provoque une fatigue, un essoufflement ou des palpitations	Médecin traitant : 4x/an IPA : Entre 2-6x/an à la place du médecin et 2x/an à la place du cardiologue Cardiologue : 2x/an Si dispositif implantable : 2 à 4x/an (contrôle)
III	Respiration normale au repos ; une activité physique moins intense qu'une activité ordinaire provoque une fatigabilité, un essoufflement ou des palpitations	Médecin traitant : 4 à 12x/an IPA : Entre 2-6x/an à la place du médecin et 2x/an à la place du cardiologue Cardiologue : 4 à 12x/an Si dispositif implantable : 2 à 4x/an (contrôle)
IV	Les symptômes surviennent au repos : toute activité physique augmente le malaise	Autant que nécessaire

CPTS Sud Toulousain

120k

34 Comments



Recommend



Comment



Share



Send

Fiche  
n°7Kit N°6 de communication  
Les peptides natriurétiques

## Exemple d'emailing

LES PEPTIDES  
NATRIURÉTIQUES

Bonjour à tous,  
Dans une continuité de mise en œuvre et d'optimisation du parcours territorial Insuffisance Cardiaque en collaboration avec le Dr PEREZ et le Pr GALINIER, nous allons aborder ce-jour le thème des **dosages des peptides natriurétiques**.

N'hésitez pas à faire un dosage des peptides natriurétiques dès lors que vous suspectez une insuffisance cardiaque (*EPOF, facteurs de risque, ECG pathologique*) ou un changement de classe fonctionnelle chez un patient IC suivi.

## LE NTproBNP À PRIVILÉGIER

- Le **NT-proBNP est à privilégier** chez la plupart des patients
- Le BNP pour les patients sous sacubitril/valsartan (**Entresto®**) n'est pas fiable : le sacubitril inhibe la néprilysine et son action de dégradation du BNP, ce qui fausse l'interprétation de ce dernier. **Seul le NT-proBNP doit être réalisé chez les patients sous sacubitril-valsartan.**



- Le suivi est à réaliser **toujours avec le même biomarqueur et toujours dans le même laboratoire**. Les valeurs de BNP et NT-proBNP ne sont pas comparables entre elles.

Fiche  
n°7Kit N°6 de communication  
Les peptides natriurétiques

- L'European Society of Cardiology (ESC) propose les seuils suivants à la phase non aiguë en soins primaires :

permettent d'exclure une insuffisance cardiaque avec un bon niveau de certitude.



**NT-proBNP**  
≤ 125 pg/mL



**BNP**  
≤ 35 pg/mL



En cas d'anomalie ou de doute, il convient d'adresser le patient pour la réalisation d'une échocardiographie.



Les valeurs seuils du NT-proBNP proposées par les laboratoires d'analyses médicales **tiennent compte de l'âge des patients**. La valeur prédictive positive du NT-proBNP augmente avec l'âge, tandis que sa valeur prédictive négative diminue.

- Il est pertinent de connaître le **taux de peptides natriurétiques à l'état basal** d'un patient insuffisant cardiaque suivi, afin de pouvoir apprécier sa **cinétique** en cas de suspicion de décompensation.



En cas d'obésité, la synthèse du NT-proBNP est diminuée et sa clairance rénale augmentée, entraînant des concentrations circulantes de peptides natriurétiques plus basses (*environ 40%*). **Le taux de NT-proBNP peut donc être faussement rassurant chez les patients obèses.**

- Le **BNP** reste utile pour les patients **insuffisants rénaux terminaux** (le NT-proBNP est principalement éliminé par voie rénale).

Source des images : Freepik©

Fiche  
n°7Kit N°6 de communication  
Les peptides natriurétiques

ANNEXES - FICHE n°7

Bonnes pratiques - Lien ville-hôpital

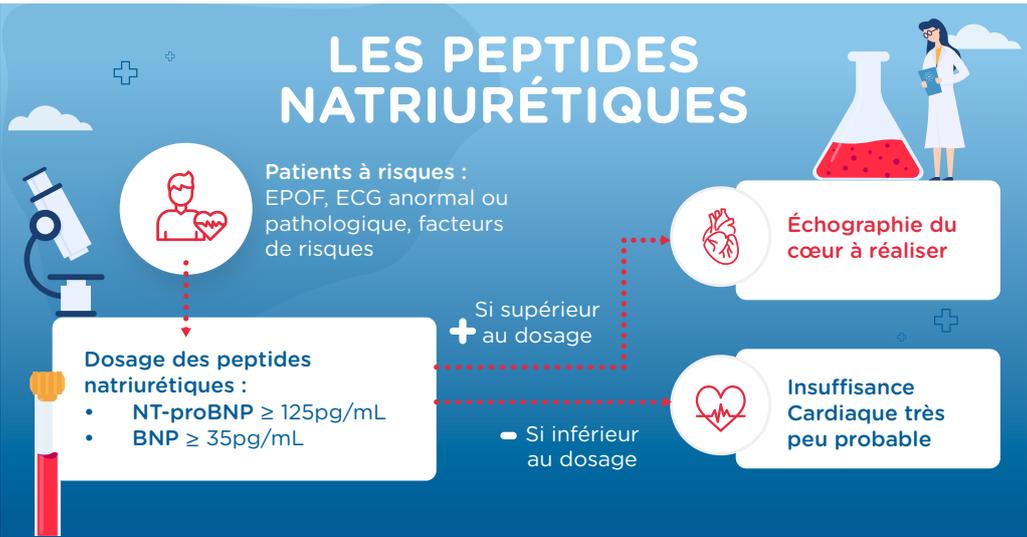
Parcours insuffisance cardiaque

## Exemple de post pour les réseaux sociaux

**CPTS Sud Toulousain** publication  
2 jours · 🌐

Dans une continuité de mise en œuvre et d'optimisation du parcours territorial Insuffisance Cardiaque en collaboration avec le Dr PEREZ et le Pr GALINIER, nous allons aborder ce-jour le thème des dosages des peptides natriurétiques.

N'hésitez pas à faire un dosage des peptides natriurétiques dès lors que vous suspectez une insuffisance cardiaque (EPOF, facteurs de risque, ECG pathologique) ou un changement de classe fonctionnelle chez un patient IC suivi.



**LES PEPTIDES NATRIURÉTIQUES**

Patients à risques :  
EPOF, ECG anormal ou pathologique, facteurs de risques

Dosage des peptides natriurétiques :

- NT-proBNP  $\geq$  125pg/mL
- BNP  $\geq$  35pg/mL

+ Si supérieur au dosage → Échographie du cœur à réaliser

- Si inférieur au dosage → Insuffisance Cardiaque très peu probable

**CPTS Sud Toulousain**

120k 34 Comments

Recommend Comment Share Send



Fiche  
n°8Kit N°7 de communication  
La surveillance par l'équipe traitante

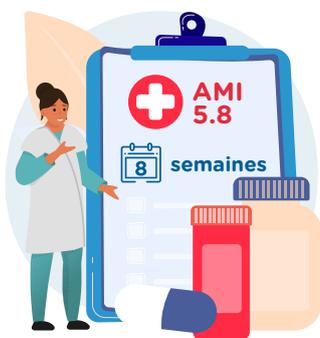
## Exemple d'emailing

LA SURVEILLANCE  
PAR L'ÉQUIPE TRAITANTE

Bonjour à tous,  
Dans une continuité de mise en œuvre et d'optimisation du parcours territorial Insuffisance Cardiaque en collaboration avec le Dr PEREZ et le Pr GALINIER, nous souhaitons aborder le thème de **la surveillance des patients post hospitalisation par l'équipe traitante.**

## SURVEILLANCE RAPPROCHÉE

Comme vous le savez, à la suite d'une hospitalisation pour décompensation, une **surveillance rapprochée** ainsi qu'une **modification de l'hygiène de vie** est nécessaire pour la **préservation de la qualité de vie du patient.**



Pour cela, à la suite de la **déclaration d'ALD**, 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 semaines renouvelables. Le nombre maximal de séances est de 15.**

Cette cotation permet aux **IDE** d'être valorisés à hauteur de **18,27€ par séance**. Elle permet de surveiller, prendre les **constantes** et observer les **variations de poids**, faire de **l'observance médicamenteuse** et de **l'éducation thérapeutique.**

# Fiche n°8

Kit N°7 de communication  
La surveillance par l'équipe traitante

ANNEXES - FICHE n°8



Également, **se mobiliser de façon régulière** lorsque le patient est stable permet d'améliorer significativement l'état de santé.

Pour les patients nécessiteux, une **Activité Physique Adaptée** peut être réalisée par les **masseurs-kinésithérapeutes** via une prescription médicale après avis du cardiologue.

Vous trouverez en pièce jointe des informations complémentaires sur l'AMI 5.8, l'Éducation Thérapeutique, l'observance médicamenteuse et l'APA.

Source des images : Freepik©

Fiche  
n°8Kit N°7 de communication  
La surveillance par l'équipe traitante

ANNEXES - FICHE n°8

Bonnes pratiques - Lien ville-hôpital

Parcours insuffisance cardiaque

## Exemple de post pour les réseaux sociaux

**CPTS Sud Toulousain**publication  
2 jours · 🌐

La surveillance des patients post-hospitalisation est fondamentale pour préserver la qualité de vie des patients de retour à domicile.

Pour cela, à la suite de la déclaration de l'ALD, une prescription pour une surveillance doit être faite, ce que l'on appelle l'AMI 5.8 ou "séances à domicile de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour une épisode de décompensation d'une IC".

La cotation AMI 5.8 permet à toutes les IDE formés d'être valorisés à hauteur de 18,27 euros par séance.

Pour plus d'informations sur la cotation AMI 5.8 :

[https://www.ameli.fr/sites/default/files/cpam-marne\\_memo-decompensation-cardiaque.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/cpam-marne_memo-decompensation-cardiaque.pdf)



**LA COTATION INFIRMIÈRE AMI 5.8**

- 18,27 euros / séance
- Durée : 8 à 15 semaines maximum
- Temporalité : 1 fois / semaine

**CPTS Sud Toulousain**

120k

34 Comments



Recommend



Comment



Share



Send

Fiche  
n°9Kit N°9 de communication  
La Vaccination

## Exemple d'emailing



Bonjour à tous,  
Dans une continuité de mise en œuvre et d'optimisation du parcours territorial Insuffisance Cardiaque en collaboration avec le Dr PEREZ et le Pr GALINIER, nous souhaitons aborder le thème de **la 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 CONTRE LA GRIPPE

Comme vous le savez, à la suite d'une hospitalisation pour décompensation, une **surveillance rapprochée** ainsi qu'une **modification de l'hygiène de vie** est nécessaire pour la **préservation de la qualité de vie du patient**.



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.

Fiche  
n°9Kit N°9 de communication  
La Vaccination

**Vies sauvées par an  
chez les +65 ans**  
Grâce à la vaccination

## 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**.

## LE VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le vaccin du pneumocoque est devenu **obligatoire pour les nouveau-nés**. Il est recommandé de le réaliser pour les personnes qui ont certaines pathologies chroniques et qui ont un déficit immunitaire. Il **protège des formes graves**.

Il existe 3 types de vaccins :



**Le 13-valent  
(Prevenar)**  
il couvre 13 sérotypes  
de pneumocoque



**Le 23-valent  
(Pneumovax)**  
il couvre plus de  
sérotypes, il vient  
en complément du  
13-valent.



**Le VPC20  
(Apexxnar®)**  
Nouvelle  
recommandation  
(HAS, 2023) en  
dose unique.

- Patients **jamais vaccinés** : vaccination complète → Prevenar 13 et rappel par Pneumovax minimum 8 semaines après
- Patients **précédemment vaccinés** : rappel Pneumovax tous les 5 ans

Respect d'un délai minimal de 5 ans entre chaque Pneumovax.

**Nouvelle recommandation (HAS, 2023) : utilisation préférentielle du vaccin VPC20 (APEXXNAR®) dès que disponible (2024), en dose unique.**

- Les personnes ayant reçu une seule dose de VPC 13 ou une seule dose de VPP 23 reçoivent une dose de VPC 20 si la vaccination antérieure remonte à plus de 1 an.
- Les personnes déjà vaccinées avec la séquence VPC 13 - VPP 23 pourront recevoir une injection de VPC 20 en respectant un délai de cinq ans après la précédente injection.

**ⓘ ATTENTION: Si administration récente (< 12 mois) d'un Pneumovax, la réponse immunitaire du Prevenar peut être réduite**

## Exemple de post pour les réseaux sociaux



CPTS Sud Toulousain

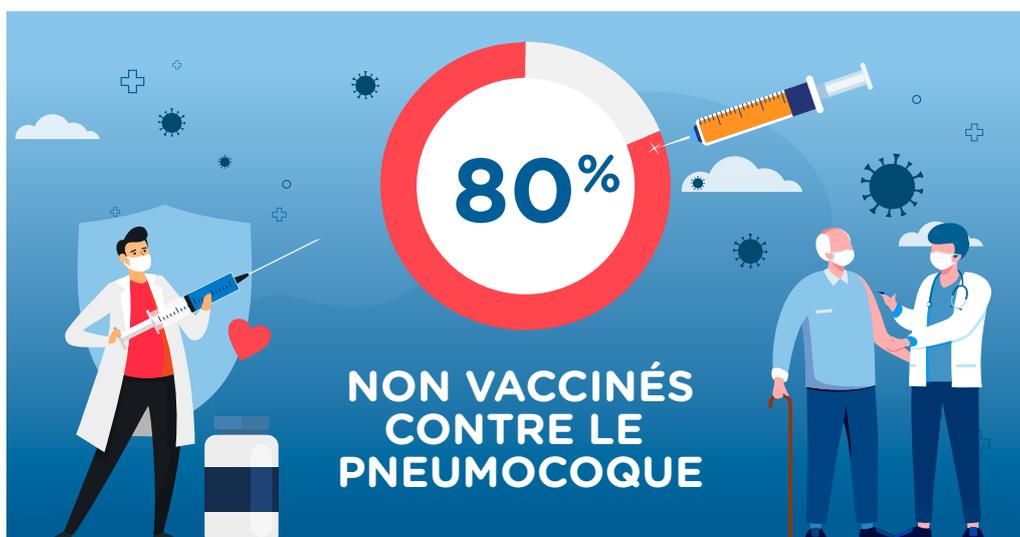
publication  
2 jours · 🌐

Afin de se protéger au mieux, les personnes IC doivent avoir un carnet de vaccination à jour, surtout concernant 3 vaccins :

- La grippe, qui touche entre 2 et 6 millions de personnes tous les ans en France.
- Le pneumocoque, dont le vaccin permet aux patients ayant des pathologies chroniques comme l'IC de se protéger des formes graves et de prévenir les décompensations
- La covid, dont l'immunité vaccinale diminue avec le temps, nécessite la réalisation de rappels



## Vaccination obligatoire



CPTS Sud Toulousain

120k

34 Comments



Recommend



Comment



Share



Send



## Suivi à domicile - PRADO

- Place de l' IDE libéral importante car assure la prise en charge du patient dès son retour à domicile post décompensation
- Collaboration étroite avec le médecin généraliste
- Prodiges des soins prescrits et accompagnement thérapeutique
- Contrôle la bonne observance médicamenteuse
- Proche du patient dans sa vraie vie
- Temps d'écoute et d'échanges

formation professionnelle 2023

## Suivi à domicile - PRADO

- Durée 8 semaines renouvelables
- Post hospitalisation pour décompensation cardiaque avec un service hospitalier participant au programme PRADO
- Patient affilié CPAM ou organisme adhérent au programme
- Cotation AMI 5,8
- Livret remis au patient + ordonnance IDE + 2 rdv de consultation (généraliste+cardiologue) organisés par les CAM.

formation professionnelle 2023

## Suivi à domicile - PRADO

### **Objectifs pour le soignant :**

- Surveillance Clinique : TA, Poids ,FC, respiration
- **Identifier les signes d'alerte** : Essoufflement(Toux), prise de Poids, OMI Fatigue (EPOF)
- Accompagnement thérapeutique
- Suivi des règles hygiéno diététiques
- Observance et co gestion du traitement
- Favoriser l' autonomie et l'implication du patient
- Détection et gestion des signes de décompensation ( appel médecin ou 15)

### **Actions :**

- Transmissions sur carnet de suivi et bilan éducationnel à réaliser fin 2° mois
- Visite dans les 7 jours de sortie du patient avec le généraliste et dans le mois avec le cardiologue ( appel de la CAM pour RDV)

formation professionnelle 2023

## Suivi à domicile - PRADO

### • **Retentissement de l' IC:**

- Impact sur vie quotidienne , handicap, sentiment dépressif

 **importance de l' écoute et motiver le patient**

- Partenariat avec le patient et essayer de préserver son autonomie

- **Rappels des messages éducatifs**

- **Identifier précocement la survenue d' une décompensation**

formation professionnelle 2023

## Suivi à domicile - PRADO

### • **Quelle surveillance ?**

#### **1-Modification rapide du poids :**

- > Perte de poids rapide  **attention déshydratation**

soif, sécheresse buccale ( favorisé par diurétiques et restriction hyposodée, dans conditions de chaleur excessive , fièvre, diarrhées)

- > **PRISE DE POIDS** : 2 à 3 kgs en quelques jours voir une semaine: rechercher diminution diurèse, OMI

#### **2- Baisse symptomatique de la PA :**

Voile noir devant les yeux, vertiges, lipothymie au lever

Traitement entraine une baisse de la PA à respecter si la tolérance est bonne ( jusqu'à 90 mmhg)

#### **3- Variation de la FC:**

**Savoir alerter si :** pouls inférieur à 50/min au repos

Arythmie évocatrice d' une FA ou accélération brutale

formation professionnelle 2023

## Suivi à domicile - PRADO

### 4- Aggravation de l'essoufflement, dyspnée de décubitus

Patient doit alerter si rajout d'oreillers ou position demi assise dans le lit ou assis dans le fauteuil

L'essoufflement est le critère essentiel d'évaluation du retentissement fonctionnel de l'IC

### 5- Toux : peut évoquer

- Surinfection bronchique (expectorations)
- Effets secondaires des IEC (toux sèche)
- Œdème pulmonaire pour toux survenant en position couchée

### 6- Surveiller la prise et les effets secondaires des médicaments:

Vérifier la bonne observance des médicaments (pilulier)

Vérifier la biologie: BNP ou NT-proBNP, kaliémie, créatinémie....

Baisse de la TA

Bradycardie, décompensation asthmatiforme (sous bêta-bloquants)

Interactions médicamenteuses: IEC + ARM = risque hyperkaliémie

Diurétiques + Neuroleptiques = risque d'hypoTA

AINS: risque d'altération de la fonction rénale chez le sujet âgé

formation professionnelle 2023

## Suivi à domicile - PRADO

### Attention chez le sujet âgé !

#### Co morbidités fréquentes :

- > Insuffisance rénale (20 à 34%)
- > Broncho-pneumopathies chroniques Obstructives (10 à 20%)
- > Diabète (28 à 37%)
- > Désensibilisation des Baro-récepteurs (récepteurs de pression situés dans la carotide):



Réponse plus faible aux situations hypovolémiques (diarrhée, déshydratation)

Plus grande vulnérabilité à la vasoplégie (effets des dérivés nitrés par ex)

Fréquence des hypotensions orthostatiques

formation professionnelle 2023

## Suivi à domicile - PRADO

### • Conduite à tenir :

Appel du cardiologue ou médecin traitant si:

- Essoufflement stade 3 ou plus
- Résultats sanguins anormaux (kaliémie, BNP ou NT-proBNP, créatinémie, natrémie)
- Hypotension symptomatique (symptômes à mise en position debout avec baisse de 20 mmHg de la PAS)
- Bradycardie < 50 bts/min au repos
- Défaut d'observance médicamenteuse
- Présence d'OMI ou de douleurs hypochondre droit
- Palpitations

Appel du 15:

- si patient ne peut s'habiller ou s'allonger
- Douleurs thoraciques durant plus de 5 min
- Syncopes

formation professionnelle 2023



## GÉNÉRALITÉS SUR LE SEL (1)

**Sel** = chlorure de sodium *NaCl*  
 = sel minéral indispensable à notre organisme  
 1g de sel = 400mg de sodium  
 Besoin physiologique pour l'Homme = 2g/jour  
 Consommation moyenne / personne = 10 à 12g./jour



## GÉNÉRALITÉS SUR LE SEL (2)

### Différentes sources de sel :

- **Sel de constitution de l'aliment naturel** <2g/j  
Légumes, fruits, viande, poisson, œuf, lait, laitages, céréales, légumes secs, matières grasses
- **Sel ajouté ( fabrication et conservation)** >4g/j  
Pain, fromage, charcuterie, conserves, plats cuisinés, bouillon de viande, condiments, saumures, potages prêts à l'emploi, biscuits apéritifs, beurre ½ sel, viennoiserie, médicaments effervescents
- **Sel de table ( assaisonnement et cuisson)** >4-5g/j  
Fin, gros, de céleri, de Guérande
- **Sel de certaines eaux gazeuses :**  
Na > 50mg/l ex : Badoit, Vichy Célestin



## GÉNÉRALITÉS SUR LE SEL (3)

5 principaux aliments vecteurs de sel dans l'alimentation des français :

- Pain, biscottes
- Charcuterie
- Soupes
- Fromages
- Plats cuisinés/conserves

#FORMATION PROFESSIONNELLES 2023

## GÉNÉRALITÉS SUR LE SEL (4)

Où trouve-t-on un gramme de sel ?



#FORMATION PROFESSIONNELLE 2023

## ALIMENTATION HYPOSODÉE ET INSUFFISANCE CARDIAQUE (2)

En pratique une alimentation hyposodée à 6 g de sel/jour c'est quoi ?

- Pas de sel avant et après cuisson
- 150 à 200g de pain/jour soit 1 baguette
- Une portion de 30g de fromage/jour
- 1gr de sel aliment salé

- 1g de sel au déjeuner et 1gr au dîner
- Une portion de 30g de fromage/jour
- 100 gr de pain salé

#FORMATION PROFESSIONNELLE 2023

## PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE AU SEIN DU CEPIC (2)

- **Qu'est ce qu'il a ?** Etat, évolution de la maladie
- **Qu'est ce qu'il fait ?** Profession, loisirs, environnement familial

**Ex : Utilisez vous du sel dans la cuisson ?**

**Qui cuisine chez vous ?**

- **Qu'est ce qu'il sait ?**

**Sur ses facteurs cardio vasculaires, sur sa maladie**

**Ex : Savez vous pourquoi on vous préconise un régime pauvre en sel ?**

- **Qui est-il ?** Motivation, centres intérêts

**Ex : Le régime hyposodé est il contraignant pour vous ?**

- **Quels sont ses projets ?**

**D'application immédiate, à moyen terme, à long terme**

#FORMATION PROFESSIONNELLE 2023

## PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE AU SEIN DU CEPIC (3)

### Synthèse de l'entretien individuel

Elle va nous permettre d'identifier :

- sa motivation
- son stade d'acceptation de la maladie
- ce qu'il est prêt à changer (*dans son comportement alimentaire*)
- les facteurs limitant de la prise en charge (*ne sait pas cuisiner, faible revenu*)
- et les ressources sur lesquelles nous pouvons nous appuyer (*un entourage aidant*)

#FORMATION PROFESSIONNELLE 2023

## SÉANCE D'ÉDUCATION NUTRITIONNELLE (1)

### Séances d'éducation de groupe

1 journée

Comprenant plusieurs ateliers

- **Atelier diététique**
- **Objectifs pour le patient**

Etre capable d'identifier la teneur en sel des aliments consommés/ et de diminuer ses apports à 6 g/j

### Outils

Cartes représentants des photographies d'aliments



#FORMATION PROFESSIONNELLE 2023

## SÉANCE D'ÉDUCATION NUTRITIONNELLE (2)

▪ **Atelier diététique** Durée 1h**Objectif pour le patient**

Etre capable d'élaborer des repas hyposodés et équilibrés

**Outils**

- Photographies d'aliments
- + teneur en sel (code de couleur) côté pile
- 1 tapis de jeu

**Consigne** : composer une journée de menus équilibrés



FORMATION PROFESSIONNELLE 2023

## SÉANCE D'ÉDUCATION NUTRITIONNELLE (3)

**Objectif pour le patient :**

Faire des choix judicieux pour éviter l'excès de sel lors de repas au restaurant

**Outils**

Menus de brasserie, chinois, italien, crêperie

**Méthode** : Jeu de rôle



FORMATION PROFESSIONNELLE 2023

## RÉUNION DE SYNTHÈSE ET SUIVI

**La réunion de synthèse avec l'équipe éducative et les patients**

Permet à chaque patient de choisir des *micro projets* réalisables, quantifiables et évaluables

**Le suivi**

- Classeur de suivi
- Suivi régulier des patients
  - Par téléphone
  - Par courrier : questionnaire d'évaluation envoyé au domicile

FORMATION PROFESSIONNELLE 2023

### CONSTAT (1)

Échantillon de patients - 2007

**Réduction de l'apport en sel** = objectif atteint pour la majorité des patients

**Manque de saveur**

Pour + de 50% des patients l'alimentation manque de saveur


 #FORMATION PROFESSIONNELLE 2023

### CONSTAT (2)

Le sel est un agent de saveur, sans ajout de sel l'alimentation manque de goût

La saveur salée fait partie des quatre sensations gustatives

⇒ stimulant de l'appétit

! Manque de goût du régime hyposodée chez les patients IC

⇒ abandon du régime prescrit

⇒ diminution de l'appétit

⇒ altération de la qualité de vie


 #FORMATION PROFESSIONNELLE 2023

### SEL: CONSEILS

- Evaluer ses fonctions cognitives, son autonomie et son état nutritionnel
- Analyser les aidants du patient et ses liens avec ceux-ci
- Pouvoir alerter et mettre en œuvre un soutien social ou nutritionnel ( portage de repas, apports protéiques afin d'éviter la détresse )
- Restriction sodée modérée ( 6 gr /j)chez les personnes âgées
- Eviter la dénutrition
- Choix qualitatifs et quantitatifs parmi les aliments, tout en jouant avec les équivalences en sel selon les goûts des patients
- Utiliser les condiments pour améliorer le goût
- Avancer par étapes et accepter les compromis : écart unique 1 fois/semaine
- Surveiller le poids et être attentif à son essoufflement
- Pas plus de 1l5 de liquide /jour

Attention aux médicaments effervescents et éviter les sels de régime

L'alimentation hyposodée est nécessaire mais difficile et contraignante

**Rôle de l'ETP** = aider , accompagner, proposer des axes d'amélioration de l'alimentation


 #FORMATION PROFESSIONNELLE 2023



**Partage documents et formulaires types**

Document et Formulaire Type : Tous...  
 Dont le titre contient : AMI  
 Nom du cabinet ou RS :  
 Partage du 01/02/2023 au 28/02/2023 (Février 2023)

Date	Titre	Type	Document
16/02/2023	Surveillance insuffisance cardiaque - AMI 5,8	Document	31
16/02/2023	Surveillance insuffisance cardiaque RVI - AMI 5,8	Document	31

**Surveillance insuffisance cardiaque - AMI 5,8**  
 Destination : Demande pour paramédicaux

Par IDE à domicile :  
 Séance 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.  
 1 séance par semaine pendant 8 semaines.

### SURVEILLANCE CLINIQUE INFIRMIÈRE : LES ATTENDUS

- **Objectif** : surveillance infirmière et automatisation du patient
- **Surveillance clinique**
  - Evaluer et quantifier la dyspnée et les oedèmes
  - Surveillance du poids
  - Surveillance de la TA et FC
  - Autres symptômes
  - Observance

### LES DIFFÉRENTS STADES NYHA

NYHA I	NYHA II	NYHA III	NYHA IV
Je ne suis pas gêné dans ma vie quotidienne.	Quand je vais chez ma sœur qui habite au 2 <sup>e</sup> étage sans ascenseur, je suis essouffé.	J'apprends de sortir maintenant. Le fait d'aller à la boulangerie à 100m m'essouffie.	Je reste dans mon fauteuil toute la journée, je ne sors plus, tout m'essouffie, même m'habiller est un calvaire.
<b>PAS DE SYMPTÔME</b> L'activité physique ordinaire n'entraîne aucune fatigue, palpitation, ni dyspnée. <sup>1</sup>	<b>SYMPTÔMES POUR EFFORT IMPORTANT</b> À laise au repos, mais l'activité physique ordinaire entraîne une fatigue, des palpitations, une dyspnée. <sup>1</sup>	<b>SYMPTÔMES À L'EFFORT</b> À laise au repos, mais une activité physique moindre qui à l'accoutumée provoque des symptômes et des signes objectifs de dysfonction cardiaque. <sup>1</sup>	<b>SYMPTÔMES AU REPOS</b> Toute activité physique entraîne une sensation d'inconfort, y compris au repos. <sup>1</sup>

**SURVEILLANCE CLINIQUE INFIRMIÈRE :  
LES ATTENDUS**

- **Objectif** : surveillance infirmière et automatisation du patient
- **Surveillance clinique**
  - Evaluer et quantifier la dyspnée et les oedèmes
  - Surveillance du poids
  - Surveillance de la TA et FC
  - Autres symptômes
  - Observance

**OEDEMES****SURVEILLANCE CLINIQUE INFIRMIÈRE :  
LES ATTENDUS**

- Renseigner le carnet de suivi + alerte précoce si besoin
- Acquisition de compétences d'auto-soins par le patient
  - Savoir se surveiller, reconnaître les signes d'alertes EPOF
  - Savoir réagir
  - RHD
  - Observance



### AUTOSURVEILLANCE DU PATIENT ET INTERVENTIONS PLURIPROFESSIONNELLES

Self-management strategies are recommended to reduce the risk of HF hospitalization and mortality.<sup>309</sup>

I

A

Either home-based and/or clinic-based programmes improve outcomes and are recommended to reduce the risk of HF hospitalization and mortality.<sup>310,317</sup>

I

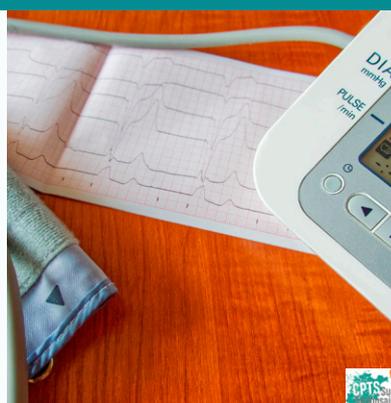
A

(ESC, 2021)



### IPA ET INSUFFISANCE CARDIAQUE

- En collaboration MG / Cardiologue
- Activités d'orientation, d'éducation, de prévention et de dépistage
- Entretien, anamnèse et examen clinique
- Suivi biologique
- Renouvellement ou adaptation des thérapeutiques



Fiche  
n°11Questionnaires d'évaluation pré / post formation  
et grilles d'évaluation*Questionnaires à paramétrer sous google forms par exemple*

## QUESTIONNAIRE PRÉ-FORMATION

## Formation Insuffisance Cardiaque

Prochainement, vous allez suivre une formation sur l'Insuffisance Cardiaque et notamment sur la prise en charge à domicile des patients IC\* sortant d'hospitalisation par les IDEL.

L'objectif de ce questionnaire est de faire un état des lieux de vos connaissances et de faire un comparatif avec celles que vous aurez acquises durant la formation.

Veillez répondre aux 10 QCM ci-dessous. Ils comportent des questions théoriques et des questions pratiques sur la prise en charge.

① *Les questions sont à choix multiples : plusieurs bonnes réponses sont possibles.*

\*Obligatoire

Nom\* :  Prénom\* :

Lieu d'exercice\* :

## QUESTIONS À CHOIX MULTIPLES

**Q1 : Quelles sont les réponses correctes ?\***

*Plusieurs réponses possibles*

1 point

- A. L'IC touche de façon équivalente toutes les branches d'âges de la population
- B. Passé 70 ans, elle affecterait entre 10 et 20% des personnes
- C. L'espérance de vie à 5 ans est de 50%
- D. Presque la moitié du budget consacré à l'IC de l'Assurance Maladie est due aux hospitalisations imprévues
- E. L'IC est une pathologie qui apparaît subitement et n'évolue pas dans le temps

**Q2 : Quelles sont les réponses correctes ?\***

*Plusieurs réponses possibles*

1 point

- A. L'IC perturbe l'équilibre en eau de l'organisme
- B. Les œdèmes de l'IC sont dus à l'insuffisance veineuse
- C. Les patients ayant fait un infarctus du myocarde sont parmi les plus à risque de développer une IC
- D. L'IC entraîne des modifications neuro-hormonales de compensation
- E. Un essoufflement de novo chez un patient hypertendu est le plus souvent lié à une IC

# Fiche n°11

## Questionnaires d'évaluation pré / post formation et grilles d'évaluation

Questionnaires à paramétrer sous google forms par exemple

### Q3 : Quelles sont les réponses correctes ?\*

1 point

Plusieurs réponses possibles

- A. Un patient IC qui est essoufflé en parlant est classé NYHA II
- B. Un patient IC NYHA II doit consulter son médecin traitant au moins 4X / an et son cardiologue 2X / an
- C. Après une hospitalisation, le poids et la tension artérielle sont à surveiller 1X / mois
- D. Le traitement médicamenteux est suffisant à l'amélioration de la qualité de vie du patient
- E. Le traitement médicamenteux est à prendre à horaires réguliers

### Q4 : Quelles sont les réponses correctes ?\*

1 point

Plusieurs réponses possibles

- A. L'apparition d'œdème est un signe de rétention d'eau et de décompensation
- B. L'essoufflement, la perte de poids, les œdèmes et la fatigue sont les conséquences de l'IC
- C. Les muscles ne sont pas impactés par cette pathologie
- D. La capacité à réaliser les activités quotidiennes est représentative du degré de sévérité de la maladie
- E. La surveillance du poids est à faire chaque jour ainsi que la surveillance de la tension artérielle

### Q5 : Quelles sont les réponses correctes ?\*

1 point

Plusieurs réponses possibles

- A. Le Furosémide est un diurétique hyperkaliémant
- B. La titration médicamenteuse consiste à donner la dose minimale efficace de chaque traitement pour éviter les effets indésirables
- C. La diurèse excessive est plus dangereuse que l'œdème
- D. Le pneumocoque fait partie des vaccins recommandés pour les patients IC
- E. En cas d'oubli du sacubitril/valsartan le matin, le patient doit prendre une double dose le soir

### Q6 : Quelles sont les réponses correctes ?\*

1 point

Plusieurs réponses possibles

- A. Si le patient ressent des palpitations, il doit arrêter son traitement B-bloquant et prendre RDV chez son médecin traitant
- B. La prise de 2-3 kg en moins de 3 jours nécessite une consultation chez son médecin traitant afin de réaliser un ajustement des traitements médicamenteux
- C. La posologie de diurétique peut être modifiée par le patient en cas de prise de poids
- D. Les traitements de première intention ont une posologie optimale
- E. Le patient doit toujours avoir une ordonnance de son traitement à portée de main

### Q7 : Quelles sont les réponses correctes ?\*

1 point

Plusieurs réponses possibles

- A. Le sel est composé de Sodium et de Chlore
- B. En règle générale, le patient IC ne doit pas consommer plus de 2,4g de sodium par jour
- C. En règle générale, le patient IC ne doit pas consommer plus de 6g de sel par jour
- D. Il faut recommander aux patients de remplacer le sel par du sel de régime
- E. L'eau de la marque Salveta contient du sodium et n'est pas recommandée pour les patients IC

**Fiche  
n°11****Questionnaires d'évaluation pré / post formation  
et grilles d'évaluation***Questionnaires à paramétrer sous google forms par exemple***Q8 : Quelles sont les réponses correctes ?\***

1 point

*Plusieurs réponses possibles*

- A. Les patients IC ne doivent pas boire plus de deux verres d'alcool par jour
- B. L'autosurveillance est à privilégier chez tous les patients IC
- C. Il faut privilégier les médicaments sous forme effervescente lorsqu'ils existent
- D. Il est recommandé d'utiliser du bicarbonate alimentaire pour la cuisson des légumes afin de diminuer leur teneur en potassium
- E. Le roquefort est un des fromages les plus salés et donc à déconseiller auprès des patients

**Q9 : Quelles sont les réponses correctes ?\***

1 point

*Plusieurs réponses possibles*

- A. Le paracétamol aux posologies usuelles est l'antalgique de premier choix pour les patients IC
- B. L'ibuprofène peut être utilisé par les patients en cas de douleur modérée sans fièvre associée
- C. L'insuffisance cardiaque auprès un infarctus du myocarde est une contre-indication à l'activité physique
- D. La levure de boulanger contient plus de sel que la levure chimique
- E. La bonne observance des traitements médicamenteux a davantage d'impact sur le pronostic de l'IC que l'éducation thérapeutique

**Q10 : Quelles sont les réponses correctes ?\***

1 point

*Plusieurs réponses possibles*

- A. Les IEC peuvent être suspendus les jours où le patient n'a pas de dyspnée
- B. Lors d'un voyage en avion, il est nécessaire d'avoir son traitement dans le bagage à main
- C. La natation n'est pas recommandée lorsque le patient présente des œdèmes
- D. Il est conseillé de surveiller son poids, sa tension artérielle et l'apparition de signes d'alertes chaque jour
- E. Essoufflement, prise de poids, œdème et fatigue sont des signes d'alertes de décompensation

## QUESTIONNAIRE POST-FORMATION

### Formation Insuffisance Cardiaque

Vous avez suivi une formation sur l'Insuffisance Cardiaque et notamment sur la prise en charge à domicile de patients IC sortant d'hospitalisation par les IDEL.

L'objectif de ce questionnaire est de faire un état des lieux de vos connaissances acquises durant cette formation et de faire un comparatif avec celles que vous aviez avant.

Veillez répondre aux 10 QCM ci-dessous. Ils comportent des questions théoriques et des questions pratiques sur la prise en charge, ainsi qu'aux 3 Cas d'Usagers.

**i** Les questions sont à choix multiples : plusieurs bonnes réponses sont possibles.

\*Obligatoire

Nom\* :  Prénom\* :

Lieu d'exercice\* :

### QUESTIONS À CHOIX MULTIPLES

**Q1 :** Concernant l'Insuffisance cardiaque (IC), quelles sont les réponses correctes ?\* 1 point  
*Plusieurs réponses possibles*

- A. Le taux de mortalité dû à l'IC est plus élevé chez les femmes
- B. Passé 70 ans, elle affecterait environ 50% des personnes
- C. 6 patients sur 10 sont ré-hospitalisés dans les 6 mois après la première décompensation
- D. On estime à 600 000 personnes en France souffrant d'une IC
- E. L'IC touche surtout la population âgée

**Q2 :** Quelles sont les réponses correctes ?\* 1 point  
*Plusieurs réponses possibles*

- A. L'IC perturbe l'équilibre en électrolytes de l'organisme
- B. Les œdèmes de l'IC sont dus à l'insuffisance veineuse
- C. Les patients ayant fait un infarctus du myocarde sont parmi les plus à risque de développer une IC
- D. L'IC entraîne des modifications neuro-hormonales de compensation
- E. Un essoufflement de novo chez un patient hypertendu est le plus souvent lié à une IC

Fiche  
n°11Questionnaires d'évaluation pré / post formation  
et grilles d'évaluation*Questionnaires à paramétrer sous google forms par exemple***Q3 : Quelles sont les réponses correctes ?\***

1 point

*Plusieurs réponses possibles*

- A. Un patient IC qui est essoufflé en parlant est classé NYHA III
- B. Un patient IC NYHA I doit consulter son médecin traitant au moins 4X / an et son cardiologue 2X / an
- C. Juste après une hospitalisation, le poids est à surveiller chaque semaine
- D. Le traitement médicamenteux permet en parti l'amélioration de la qualité de vie du patient
- E. Les traitements médicamenteux sont à prendre dès l'apparition de symptômes

**Q4 : Quelles sont les réponses correctes ?\***

1 point

*Plusieurs réponses possibles*

- A. Un essoufflement inhabituel est un signe de décompensation
- B. L'essoufflement, la prise de poids, les œdèmes et la fatigue sont les conséquences de l'IC
- C. Les muscles ne sont pas impactés par cette pathologie
- D. La capacité à réaliser les activités quotidiennes n'est pas représentative du degré de sévérité de la maladie
- E. La surveillance tensionnelle et du poids chez un patient IC doit être transmise au médecin traitant

**Q5 : Quelles sont les réponses correctes ?\***

1 point

*Plusieurs réponses possibles*

- A. La Furosémide est un diurétique hyperkaliémant
- B. La titration médicamenteuse consiste à donner la dose minimale efficace de chaque traitement pour éviter les effets indésirables
- C. La diurèse excessive est plus dangereuse que l'œdème
- D. Le pneumocoque fait partie des vaccins recommandés pour les patients IC
- E. En cas d'oubli du sacubitril/valsartan le matin, le patient doit prendre une double dose le soir

**Q6 : Quelles sont les réponses correctes ?\***

1 point

*Plusieurs réponses possibles*

- A. Si le patient ressent des palpitations, il doit arrêter son traitement B-bloquant et prendre un rdv chez son médecin traitant
- B. La posologie de diurétique peut être modifiée par le médecin traitant ou l'IPA en cas de prise de poids
- C. La prise de 2-3 kg en moins de 3 jours nécessite une hospitalisation en urgence
- D. Les traitements de première intention ont une posologie optimale
- E. Le patient doit toujours avoir une ordonnance de son traitement à portée de main

**Q7 : Quelles sont les réponses correctes ?\***

1 point

*Plusieurs réponses possibles*

- A. Le sel est composé de Sodium et de Chlore
- B. En règle générale, le patient IC ne doit pas consommer plus de 6g de sodium par jour
- C. En règle générale, le patient IC ne doit pas consommer plus de 6g de sel par jour
- D. Il faut recommander aux patients de remplacer le sel par du sel de régime
- E. L'eau de la marque Vichy est recommandée pour les patients IC

**Fiche  
n°11****Questionnaires d'évaluation pré / post formation  
et grilles d'évaluation***Questionnaires à paramétrer sous google forms par exemple***Q8 : Quelles sont les réponses correctes ?\***

1 point

*Plusieurs réponses possibles*

- A. Le tabac n'a pas d'effet sur la pression artérielle
- B. L'autosurveillance est à privilégier chez tous les patients IC
- C. Il faut privilégier les médicaments sous forme effervescente lorsqu'ils existent
- D. Il est recommandé d'utiliser du bicarbonate alimentaire pour la cuisson des légumes afin de diminuer leur teneur en potassium
- E. Le Saint-Nectaire fait partie des fromages les plus salés et est donc à déconseiller auprès des patients IC

**Q9 : Quelles sont les réponses correctes ?\***

1 point

*Plusieurs réponses possibles*

- A. Le paracétamol aux posologies usuelles est l'antalgique de premier choix pour les patients IC
- B. L'ibuprofène peut être utilisé par les patients en cas de douleur modérée sans fièvre associée
- C. L'insuffisance cardiaque après un infarctus du myocarde est une contre-indication à l'activité physique
- D. Les patients IC ne doivent pas boire plus d'un verre standard d'alcool par jour
- E. La bonne observance des traitements médicamenteux a autant d'impact que l'éducation thérapeutique du patient

**Q10 : Quelles sont les réponses correctes ?\***

1 point

*Plusieurs réponses possibles*

- A. Les anti-aldostérone peuvent être suspendus les jours où le patient n'a pas de dyspnée
- B. Lors d'un voyage en avion, il est nécessaire d'avoir son traitement dans le bagage à main
- C. La natation n'est pas recommandée lorsque le patient présente des œdèmes
- D. Il est conseillé de surveiller son poids, sa tension artérielle et l'apparition de signes d'alertes chaque jour
- E. Essoufflement, prise de poids, œdème et fatigue sont des signes d'alertes de décompensation

Fiche  
n°11Questionnaires d'évaluation pré / post formation  
et grilles d'évaluation

Questionnaires à paramétrer sous google forms par exemple

## CAS PRATIQUES

**Pour cette section, vous devez commenter les différents cas se présentant à vous.**

Suite à la formation, comment auriez-vous agit devant un patient présentant le même tableau clinique que nos cas factices ? Y a-t-il des signes d'alertes visibles et si oui qu'auriez-vous fait à ce moment ? Quelles questions pouvez-vous poser au patient ? Quels conseils pourriez-vous donner ? Mettez en application ce que vous avez appris lors de la formation.

DATE DE L'EXAMEN	POIDS en kg	TENSION ARTÉRIELLE en mmHg	POULS en pulsations / mn	CÈDÈMES DES MEMBRES INFÉRIEURS 0 = absente 1 = présence modérée 2 = œdèmes moyens 3 = œdèmes importants	RESPIRATION			OBSERVANCE DU TRAITEMENT		SURVEILLANCE BIOLOGIQUE Réalisation des examens sanguins (oui, non ou sans objet)
					DYSPNÉE 0 = absente ↑ = augmentée ↓ = abaissée	TOUX 0 = absente 1 = présente	ORTHOPNÉE Nb d'oreillers pour la nuit	Alimentation hyposodée (oui / non)	Erreur(s) dans la prise des médicaments (oui / non)	
1 <sup>ère</sup> semaine 01_03	61,50	15 / 8	90	0	0	0	0	oui	non	non
2 <sup>ème</sup> semaine 08_03	62,00	15 / 8	85	0	0	0	0	oui	non	non
3 <sup>ème</sup> semaine 15_03	62,50	15 / 9	94	1	0	0	1	oui	non	non
4 <sup>ème</sup> semaine 22_03	64,50	16 / 9	108	1	1	1	1	oui	non	non

**Cas pratique #1** - En vous basant sur le relevé ci-dessus d'un patient revenant d'hospitalisation après une décompensation de son insuffisance cardiaque, quels sont les éléments de surveillance infirmière qui attirent votre attention et qu'auriez-vous fait ?\*

\*Obligatoire

# Fiche n°11

Questionnaires d'évaluation pré / post formation et grilles d'évaluation  
Questionnaires à paramétrer sous google forms par exemple

ANNEXES - FICHE n°11

Bonnes pratiques - Lien ville-hôpital

Parcours insuffisance cardiaque

**Cas pratique #2** - Lors de votre arrivée au domicile du patient, celui-ci présente des signes qui vous évoquent une décompensation cardiaque. Vous essayez alors de contacter le médecin généraliste mais celui-ci est injoignable. Que faites vous ?\*

Détaillez les éléments cliniques que vous surveillez et vos actions.

Empty text boxes for notes.

**Cas pratique #3** - Lors de la visite au domicile du patient, vous ouvrez l'armoire à pharmacie et le réfrigérateur, quels sont les conseils que vous pouvez apporter au patient pour ces différents aliments, outils et médicaments ?\*

Commentez chaque élément.



Source des images : Freepik©

Empty text boxes for notes.

\*Obligatoire

# Fiche n°11

Questionnaires d'évaluation pré / post formation  
et grilles d'évaluation  
*Questionnaires à paramétrer sous google forms par exemple*

## GRILLES D'ÉVALUATION

### Avant la formation

→ État des lieux des connaissances :  
<https://forms.gle/CPwu5qtRYVEJhSDw7>

#### Professionnel de santé formé :

Nom :  Prénom :

Profession :

Lieu d'exercice :

COMPÉTENCES	CRITÈRES D'ÉVALUATION	N°	RÉPONSES ÉMISES	RÉPONSES CORRECTES	
THÉORIQUES	Généralités	1		BCD	
		2		ACD	
	Évaluation		Non acquis / En cours d'acquisition / Acquis		
PRATIQUES	Surveillance et signes de décompensation	3		BE	
		4		ADE	
	Traitements	5		CD	
		6		BE	
	Éducation thérapeutique	7		ABC	
		8		BCE	
	Prévention	9		ACD	
		10		BDE	
	Évaluation		Non acquis / En cours d'acquisition / Acquis		

# Fiche n°11

Questionnaires d'évaluation pré / post formation  
et grilles d'évaluation  
*Questionnaires à paramétrer sous google forms par exemple*

## GRILLES D'ÉVALUATION

### Après la formation

→ État des lieux des connaissances :  
<https://forms.gle/G1wpVXrcHgpUKmX86>

#### Professionnel de santé formé :

Nom :

Prénom :

Profession :

Lieu d'exercice :

#### Professionnel de santé formateur :

Nom :

Prénom :

Profession :

Lieu d'exercice :

COMPÉTENCES	CRITÈRES D'ÉVALUATION	N°	RÉPONSES ÉMISES	RÉPONSES CORRECTES	
THÉORIQUES	Généralités	1		CDE	
		2		ACD	
	<b>Évaluation</b>		<b>Non acquis / En cours d'acquisition / Acquis</b>		
PRATIQUES	Surveillance et signes de décompensation	3		AD	
		4		ABE	
	Traitements	5		CD	
		6		BDE	
	Éducation thérapeutique	7		AC	
		8		BC	
	Prévention	9		ADE	
		10		BDE	
		<b>Évaluation</b>		<b>Non acquis / En cours d'acquisition / Acquis</b>	

# Fiche n°11

## Questionnaires d'évaluation pré / post formation et grilles d'évaluation

Questionnaires à paramétrer sous google forms par exemple

COMPÉTENCES	CRITÈRES D'ÉVALUATION	RÉPONSES CORRECTES
CAS CLINIQUES	Patient 1	Prise de poids, OMI et orthopnée, renforcer la vigilance dès la semaine 3 + vérifier les écarts alimentaires et l'observance médicamenteuse. Appel au MG car décompensation semaine 4.
	Patient 2	Prise des constantes : TA, FC, FR, SpO2, poids et température. Quantifier la dyspnée, les œdèmes et la prise de poids. Position demi-assise si dyspnée. Dernière ordonnance et derniers résultats biologiques à portée de main si disponibles. Appel du 15.
	Patient 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le roquefort est un fromage riche en sel, il est à déconseiller</li> <li>2. Il faut se peser tous les jours, à jeun le matin et après être allé aux WC</li> <li>3. Les sels de régime contiennent souvent du potassium qui peut être dangereux en association avec certains médicaments</li> <li>4. Les médicaments effervescents sont à éviter dans le cadre d'un régime hyposodé, leur équivalent dans une autre forme galénique est à privilégier</li> <li>5. Toutes les marques d'eau ne contiennent pas les mêmes apports en sodium, attention aux eaux gazeuses qui ne sont pas toutes équivalentes</li> <li>6. Les huîtres constituent un apport en sel important. Leur consommation doit rester exceptionnelle : 6 huîtres maximum, à rincer 3 fois avant consommation, ne pas consommer l'eau</li> <li>7. Le gruyère est un fromage pauvre en sel, à privilégier</li> <li>8. Prendre sa tension artérielle de façon régulière et la noter. Pour prendre sa tension il faut être au repos (pas d'exercice, repas, café, cigarette 30 min avant), s'asseoir 3 à 5 min avant la prise et ne pas parler/bouger/serrer le poing lors de celle-ci. Le bras doit être posé sur une table, brassard à hauteur du cœur. Préférer et conseiller les tensiomètres huméraux aux radiaux.</li> </ol>
	Évaluation	Non acquis / En cours d'acquisition / Acquis

Date et signature du professionnel de santé formateur :

# Fiche n°12

Mon Carnet'IC

ANNEXES - FICHE n°12

Bonnes pratiques - Lien ville-hôpital

Parcours insuffisance cardiaque



Source des images : Freepik®

## MON CARNET'IC

Élaboré par :

--	--	--	--


**→ Sommaire**

Mes informations personnelles.....	3
Mon équipe soignante .....	4
Mes rendez-vous médicaux et numéros d'urgence .....	5
Mieux comprendre ma maladie.....	6
S'auto-surveiller .....	8
Mieux vivre avec mon insuffisance cardiaque .....	9
Mieux m'alimenter avec mon insuffisance cardiaque .....	11
Je prends soin de moi avec mon insuffisance cardiaque .....	12
Mieux bouger avec mon insuffisance cardiaque.....	13
SMS conseils sur les habitudes alimentaires.....	14



## MES INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Date de naissance :  /  / Prénom : Date de renseignement de la brochure :  /  / 

VACCINATIONS :

 Pneumocoque..... Date :  /  /  Covid 19..... Date de la dernière dose :  /  /  Grippe : tous les ans

Poids de référence :

Poids sec

 kg

Tension artérielle :

 /  mmHG

Pouls :

 bpm

Fraction d'éjection :

 %

NT-pro BNP de référence :

**STADE NYHA :** Degré de sévérité de la maladie

- Stade 1 :** L'activité physique ordinaire ne cause pas de fatigue, d'essoufflement ou de palpitations excessives
- Stade 2 :** L'activité physique ordinaire provoque une fatigue, un essoufflement ou des palpitations
- Stade 3 :** Respiration normale au repos. Une activité physique moins intense qu'une activité ordinaire provoque une fatigabilité, un essoufflement ou des palpitations
- Stade 4 :** Les symptômes surviennent au repos. Toute activité physique augmente le malaise

Fiche  
n°12

Mon Carnet'IC

ANNEXES - FICHE n°12

Bonnes pratiques - Lien ville-hôpital

Parcours insuffisance cardiaque

MON ÉQUIPE SOIGNANTE 

## MON MÉDECIN TRAITANT

Nom :  Prénom : Téléphone : 

## MON CARDIOLOGUE

Nom :  Prénom : Téléphone : 

## MA PERSONNE DE CONFIANCE

Nom :  Prénom : Téléphone : 

## AUTRES

Nom :  Prénom : Fonction :  Téléphone :

## MES RENDEZ-VOUS MÉDICAUX ET NUMÉROS D'URGENCE



### → Fréquence recommandée des rendez-vous selon votre stade NYHA



- **Stade 1** : Médecin traitant 2X / an et cardiologue 1X / an
- **Stade 2** : Médecin traitant 4X / an et cardiologue 2X / an.  
Si dispositif implantable : 2 à 4X / an (*contrôle*)
- **Stade 3** : Médecin traitant 4 à 12X / an  
et cardiologue 4 à 12X / an.  
Si dispositif implantable : 2 à 4X / an (*contrôle*)
- **Stade 4** : Autant que nécessaire



### → Appelez le 15

En cas d'urgence vitale

En cas d'impossibilité de joindre votre médecin traitant

Le centre 15 vous orientera vers la solution et le professionnel de santé le plus adapté à votre situation



**Munissez vous de votre dernière ordonnance**

## MIEUX COMPRENDRE MA MALADIE



Le rôle du cœur est d'**apporter l'oxygène** et les **substances nutritives** aux différents organes du corps.



### → L'insuffisance cardiaque, qu'est-ce que c'est ?

On parle d'**insuffisance cardiaque** lorsque le cœur n'arrive plus à pomper le sang efficacement, avec deux conséquences principales :

- Les apports deviennent **insuffisants** pour couvrir les besoins des différents organes
- Le cœur met en place des **mécanismes d'adaptation** : il accélère son rythme et augmente de volume pour tenter de gagner en efficacité. Ces mécanismes, efficaces au début, sont nuisibles au long cours et contribuent à l'aggravation de la maladie



### → Quelles sont les principales causes ?

La **crise cardiaque** (infarctus du myocarde) et les **maladies du cœur causées par une affection de ses artères** (cardiopathies ischémiques) :

Certaines zones du cœur peuvent alors ne plus fonctionner correctement car elles ont été privées d'oxygène trop longtemps

L'**hypertension artérielle** (HTA), non traitée ou mal équilibrée, peut elle aussi conduire à une insuffisance cardiaque :

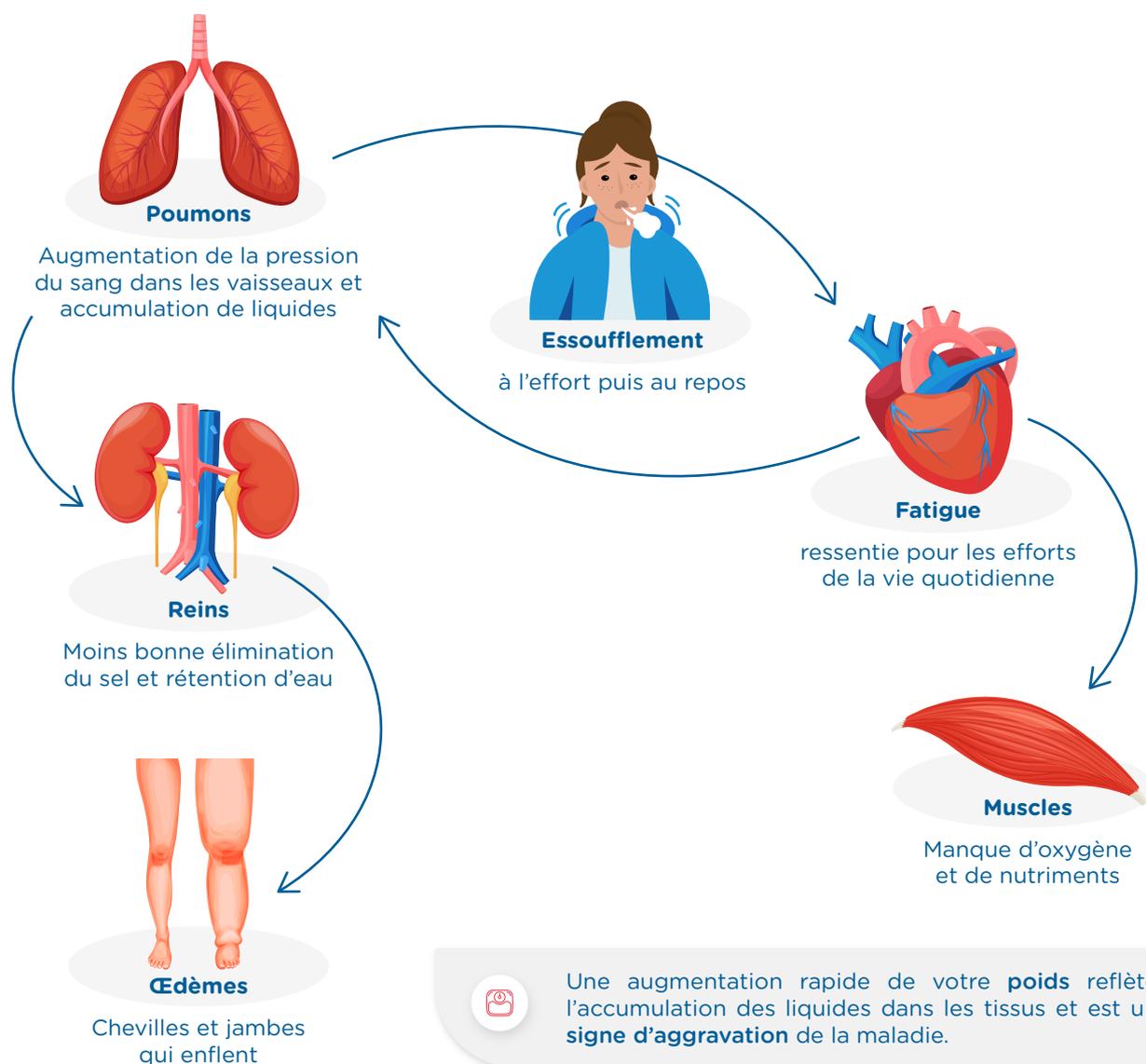
Pour compenser la tension trop élevée, le cœur peut s'épaissir et s'élargir, ce qui sur le long terme lui fait perdre en efficacité

D'autres causes peuvent également être à l'origine d'une insuffisance cardiaque : les maladies des **valves** du cœur ou encore les anomalies de son **rythme**.

## MIEUX COMPRENDRE MA MALADIE

→ **Conséquences de l'insuffisance cardiaque**

Des apports insuffisants aux organes → fonctionnement défaillant de ceux-ci



## S'AUTO-SURVEILLER

## → Règles de l'auto-surveillance



**Pesez-vous** tous les jours, à jeun le matin et après être allé aux toilettes.  
**Surveillez votre tension artérielle** régulièrement.



## Évaluez vos symptômes quotidiennement :

- Avez-vous plus de mal à réaliser vos activités quotidiennes aujourd'hui?
- Êtes-vous plus essoufflé ou fatigué qu'hier?
- Toussez-vous plus que d'habitude?
- Est-ce que vos jambes sont plus enflées que d'habitude?
- La nuit dernière, avez-vous eu besoin d'utiliser un oreiller en plus pour mieux respirer?
- Avez-vous de la fièvre? Ressentez-vous des palpitations?

## SIGNES D'ALERTE : EPOF



**Surveillance d'un Essoufflement inhabituel**  
(pendant l'effort, au repos ou en position allongée)



**Prise de poids rapide**  
(+2 kg en 3 jours)



**Apparition d'œdèmes**  
(pieds et jambes qui gonflent)



**Fatigue excessive / inhabituelle**

## ESSOUFFLEMENT - POIDS - ŒDÈMES - FATIGUE



**Si vous présentez un ou plusieurs de ses critères, appelez votre médecin ou le 15**

## MIEUX VIVRE AVEC MON INSUFFISANCE CARDIAQUE



### → Conseils d'auto-surveillance

Afin de surveiller au mieux les signaux d'alertes, il est conseillé de mesurer, de façon autonome, quelques valeurs simples chez soi à l'aide d'une balance et d'un tensiomètre.

Vous pouvez utiliser le modèle ci-dessous et réaliser un tableau où vous inscrirez la date, votre poids, votre tension artérielle et fréquence cardiaque, ainsi que vos symptômes si vous en avez. **Apportez-le lors de vos consultations!**

### → Exemple de tableau

Date	Poids	Tension artérielle	Fréquence cardiaque	Symptômes

*EXEMPLE*



Bien vous surveiller et partager ces informations avec vos professionnels de santé vous permet :

- de bénéficier du traitement le plus adapté
- d'éviter certaines hospitalisations
- d'améliorer vos symptômes



### Exemples de symptômes à surveiller et noter :

essoufflement, œdèmes, fatigue, toux, palpitations, rajout d'un oreiller pour mieux dormir, fièvre ...

## MIEUX VIVRE AVEC MON INSUFFISANCE CARDIAQUE



### → Les médicaments

- Plusieurs médicaments peuvent vous être prescrits suivant le stade de votre maladie; leurs modes d'action sont complémentaires et ils ont tous leur importance
- Ils permettent de :
  - réduire vos symptômes et améliorer votre quotidien
  - limiter l'aggravation de la maladie
  - éviter les hospitalisations
  - améliorer le pronostic vital
- Votre traitement pourra être modifié au cours du temps par votre cardiologue ou votre généraliste en fonction de l'évolution de la maladie et de vos symptômes.
- Les doses de vos médicaments peuvent aussi être augmentées même si vous vous sentez bien : c'est la garantie de leur efficacité.

#### Mes traitements, c'est pour la vie !

- Ne les arrêtez jamais sans un avis médical
- Prenez-les à des horaires réguliers pour ne pas les oublier
- Signalez tout effet indésirable à votre médecin : ne modifiez jamais le traitement de vous-même
- Présentez toujours votre ordonnance en cours quand vous consultez un professionnel de santé



**Soyez prévoyants :** anticipez vos renouvellements d'ordonnance et vos prises de rendez-vous pour **ne jamais être à court de médicaments**

**ⓘ Pas d'auto-médication :** Demandez toujours conseil à votre pharmacien ou médecin avant d'acheter un médicament en vente libre, des compléments alimentaires ou de la phytothérapie

## MIEUX M'ALIMENTER AVEC MON INSUFFISANCE CARDIAQUE



### → Attention au sel !

- La plupart des personnes consomment trop de sel au quotidien. Celui-ci favorise la rétention d'eau et son excès peut aggraver les symptômes de l'insuffisance cardiaque
- Pour votre santé, il est indispensable de limiter le sel dans votre alimentation: suivez les conseils de votre médecin

**En règle générale : pas plus de 4 à 6 grammes de sel par jour**

- Le sel que vous rajoutez dans votre assiette ne représente qu'une partie de votre consommation. La plus grande part du sel que vous ingérez est déjà présente dans vos aliments ; c'est pourquoi il est important de **savoir identifier les produits les plus riches en sel**.
  - **Exemples de produits à éviter/ limiter** : plats cuisinés industriels, charcuteries, certains fromages, légumes en conserve, soupes du commerce, pain et biscottes, moutarde, bouillon-cube, thon et sardines à l'huile, biscuits apéritifs, olives en saumure, certaines eaux gazeuses, les médicaments effervescents ...
  - Pour plus de précisions et pour des conseils adaptés à vos habitudes, **sollicitez vos professionnels de santé et participez à un programme d'éducation thérapeutique**



Le sel est un exhausteur de goût. Pour **relever vos plats**, vous pouvez le **remplacer** par des herbes aromatiques ( persil, coriandre, thym, basilic...) ou encore des épices (cumin, poivre, muscade...)

Retrouvez la teneur en sel des aliments et produits alimentaires du commerce sur: [ciqua.anses.fr](http://ciqua.anses.fr)



**Astuce : 1000 mg de sodium = 2,5 g de sel**



**Attention aux sels de régime (substituts de sel) vendus en grande surface** : ils contiennent souvent du potassium qui peut être dangereux en association avec vos médicaments.  
**Demandez toujours conseil à vos professionnels de santé.**

## JE PRENDS SOIN DE MOI AVEC MON INSUFFISANCE CARDIAQUE



### → Peu d'alcool et pas de tabac

Si vous consommez de l'alcool, il est important de **maîtriser votre consommation**.

- **Alcool** : maximum un verre standard par jour (10 cl de vin ou 25 cl de bière)
- **Tabac** : l'arrêt total est indispensable. **Faites-vous aider** par vos professionnels de santé de proximité !



Vous avez **80 % plus de chances de réussir votre arrêt du tabac** si vous vous faites accompagner par un professionnel de santé. Vous pouvez aussi appeler le 3989 (Tabac Info Service)



### → Le régime méditerranéen, votre meilleur allié !

**Augmentez** la part des légumes, privilégiez les féculents complets, les huiles végétales (olive, colza), limitez les produits gras, salés, sucrés.

**Réduisez** les matières grasses animales (beurre, crème ...), la viande rouge, les produits industriels transformés (pain de mie, plats préparés ...)



Lors de vos courses, utilisez le **Nutri-Score** pour comparer les produits et guider vos choix : privilégiez les **aliments classés A et B**



## MIEUX BOUGER AVEC MON INSUFFISANCE CARDIAQUE



### → Activité physique

Une activité physique régulière et modérée est essentielle, dès lors que votre insuffisance cardiaque est stabilisée.

- **30 minutes par jour** d'activité modérée : jardinage, marche, activités domestiques ...
- **Faites-vous accompagner** : débutez avec un programme d'activité physique adaptée ou une réadaptation cardio-vasculaire pour bénéficier de conseils adaptés à votre maladie



### → L'activité physique adaptée, c'est quoi ?

- Elle regroupe l'ensemble des activités sportives et physiques adaptées **aux personnes atteintes de maladies chroniques**. L'objectif est de prévenir l'aggravation de l'insuffisance cardiaque et **d'améliorer votre qualité de vie**.
- La prescription est rédigée par votre médecin généraliste après avis de votre cardiologue. Vous pourrez ensuite contacter une Maison Sport Santé afin de débiter un programme.

Pour plus de renseignements,  
contactez EFFORMIP :

~~05 67 06 64 76~~

**EXEMPLE**



### → Des astuces pour bouger plus

- Prenez le temps de **marcher** un peu **toutes les 2 heures**
- Privilégiez les **escaliers** si vous en avez l'occasion
- Privilégiez **la marche** plutôt que la voiture pour **les trajets courts**



### Signes à surveiller pendant l'activité physique

**Essoufflement inhabituel, palpitations, douleurs dans la poitrine, les bras ou la mâchoire, sensation de malaise, sueurs froides ...**

Si vous présentez un ou plusieurs de ces **signes**, **stoppez votre activité physique** et prenez un **avis médical** auprès de votre **médecin** traitant ou en appelant le **15**.

## SMS CONSEILS SUR LES HABITUDES ALIMENTAIRES

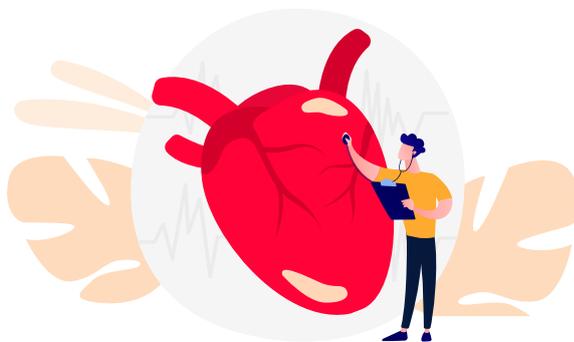
Nous pouvons vous apporter un complément d'aide sur l'éducation thérapeutique et notamment sur les **habitudes alimentaires et les symptômes à surveiller**. C'est aussi important que les médicaments pour améliorer la qualité de vie et pour diminuer la progression de la maladie.



**Flashez-moi !**

### RENSEIGNEZ LE QUESTIONNAIRE,

vous même ou avec un professionnel de santé, afin de recevoir des SMS pour vous accompagner dans votre quotidien.



**N'oubliez pas de mettre à jour cette brochure  
et prenez soins de vous !**

**MON CARNET'IC**

Élaboré par :



Fiche  
n°13

## Tableaux SMS médicaux de prévention

ANNEXES - FICHE n°13

Bonnes pratiques - Lien ville-hôpital

Parcours insuffisance cardiaque

Thématique	SMS médicaux de prévention	N°
 <b>Sel</b>	Le sel aide à bien répartir l'eau dans le corps. Un excès de sel entraîne une aggravation des problèmes de santé, et provoque des œdèmes.	1
	L'excès de sel entraîne des œdèmes soit une quantité d'eau excessive dans l'organisme et une répartition anormale : le plus souvent ce sont les jambes et les chevilles qui gonflent	2
	En excès, le sel peut augmenter la pression artérielle et le risque de maladies cardiovasculaires	3
	Attention, il existe 2 types de sel : sel de mer et sel de table. Leur procédé de fabrication étant différent, le sel de mer est plus sain que le sel de table car il contient des oligoéléments importants pour l'organisme	4
	Attention, le sel de régime est un faux bon ami : il contient du potassium qui peut provoquer de l'hypertension, ostéoporose, ...	5
	Si votre cœur est malade alors il pompe moins bien le sang et la circulation va être ralentie. Alors, la pression sanguine va augmenter sur la paroi des vaisseaux sanguins et va avoir des conséquences sur les reins	6
	Le rein a pour rôle d'éliminer les toxines du corps et notamment le sel. Si la pression sanguine est trop forte, alors le sel ne va pas être bien éliminé. Ceci entraîne une accumulation d'eau et donc des œdèmes	7
	Le cœur pompe mal, la pression sanguine augmente, le sel est moins bien éliminé, des œdèmes apparaissent, une prise de poids survient, le cœur a une surcharge de travail, il pompe mal, la pression sanguine augmente ... un cercle vicieux a contré le plus rapidement possible	8
	La rétention d'eau due à une rétention de sel surcharge le travail du cœur aggravant la maladie	9
	Les symptômes EPOF apparaissent dès lors que le cœur travaille trop : essoufflement inhabituel, prise de poids, œdèmes des membres inférieurs, fatigue inhabituelle. Dès l'apparition, la consultation chez le médecin est primordiale	10
	Des mesures hygiéno-diététiques sont à prendre dès l'apparition de la maladie : la diminution d'apport en sel permettra de soulager le cœur	11
	limiter l'apport en sel consiste à ne pas consommer entre 4 et 6g de sel par jour soit une cuillère à café rase.	12
	Des actes quotidiens simples permettent de limiter l'apport en sel : supprimer le sel à la cuisson, ne pas resaler ses aliments, éviter les sels de régime, substituer par des herbes, épices et jus de citron, consommer des produits frais, attention à certaines eaux gazeuses, ne pas prendre des médicaments effervescents	13
	Il est recommandé de consommer 4 à 6g de sel par jour. A savoir qu'il est impossible de descendre en dessous du seuil de 2g par jour avec une alimentation correcte car elle en contient naturellement, c'est ce que l'on appelle : « forfait 2g de sel »	14
	Supprimez ou modérez votre consommation en alcool	15
 <b>Alimentation peu salée</b>	Le sodium est le principal constituant du sel. Il ne faut donc pas négliger le sodium sur les étiquettes alimentaires : 400mg de sodium = 1g de sel (NaCl)	16
	Lisez les étiquettes de chaque aliment que vous achetez et comparez la teneur en sel ou sodium de chaque. Privilégiez les versions « sans sel ajouté » et « à faible teneur en sodium » des aliments que vous aimez	17
	1 pincée de sel = 1g de sel / 1 cuillère à café de sel rase = 5g de sel	18
	Une vigilance particulière est à avoir sur les aliments industriels car ils contiennent des « sels cachés » : ces aliments sont souvent sels au cours de leur cuisson et/ou contiennent des additifs contenant du sodium	19
	Notre consommation en sel journalière est majoritairement due à la composition des aliments en eux-mêmes et non pas à celle que l'on ajoute durant le repas. Il est donc important de connaître ceux riches à éviter et ceux pauvres en sel à privilégier	20

Fiche  
n°13

## Tableaux SMS médicaux de prévention

Thématique	SMS médicaux de prévention	N°
 <b>Alimentation peu salée</b>	Attention, les produits sucrés peuvent contenir du sel, tels que les céréales et les biscuits, vérifiez les étiquettes !	21
	Privilégiez un régime méditerranéen : cuisine à l'huile d'olive, consommation de céréales complètes, de fruits et de légumes, et des oméga3	22
	Réduisez votre consommation d'aliments dit « pro-inflammatoire » : viande rouge, céréales raffinés, produits laitiers riches en matière grasse	23
 <b>Viande</b>	La viande fraîche contient certes du sodium mais il ne faut pas s'en priver : elle apporte du fer et des protéines ! Il est nécessaire d'alterner viande blanche, viande rouge et volaille pour varier et les plaisirs et lisser l'apport en sel	24
	Attention, la charcuterie n'est pas considérée comme de la viande fraîche. Son procédé de fabrication consiste en l'adjonction de sel : il est donc nécessaire d'éviter sa consommation	25
	Privilégiez la viandes grillées, rôties ou braisées sans ajouter de sel. N'hésitez pas à agrémenter le tout d'ail, de persil, de citron, d'épices, d'échalottes ; également faites mariner votre viande dans du vin rouge ou du vinaigre de vin pour y ajouter du goût, ce sera que meilleur !	26
	L'œuf représente un bon aliment pour l'apport en protéines, s'il est toutefois consommé sans ajout de sel. Il peut se substituer à la viande 1 à 2 fois par semaine dans vos menus	27
 <b>Poisson</b>	Contrairement à ce que l'on peut penser, la chair des poissons n'est pas plus riche en sodium que la viande. Elle peut se substituer à la viande dans plusieurs menus de la semaine.	28
	Attention, il se peut que le poisson acheté frais soit conservé dans de la glace salée : n'hésitez pas à demander à votre poissonnier pour vous en assurer	29
	Les produits de la mer sont trompeurs : les coquillages et fruits de mer sont naturellement trop salés	30
	La fabrication de certains produits de la mer nécessite une adjonction de sel : morue, poisson fumé, poisson en conserve, surimi, terrine, plats cuisinés ... Lisez les étiquettes !	31
	Privilégiez le poisson en papillote, micro-onde, poêle ou grill ou mieux conserver les saveurs naturelles de poissons ; agrémentez cela de citron, tomates fraîches, ail et oignon ... sans oublier les herbes aromatiques et les épices	32
	Occasionnellement, notamment lors des fêtes de fin d'année, il est possible de consommer des produits de la mer, mais certaines précautions sont à prendre	33
	Il est nécessaire de rincer à l'eau claire les coquillages consommés crus tels que les huîtres ou les palourdes. Ceci permettra d'enlever l'eau de mer résiduelle. A savoir qu'une demi-douzaine d'huîtres contient 1g de sel, alors à vos calculs	34
Les moules et les bulots doivent être tremper dans de l'eau claire durant 1h avant d'être cuits. Agrémenter cela de vin blanc, d'oignon et de thym, le tour sera joué !	35	
 <b>Légumes</b>	Pour garder l'équilibre, il faut consommer au moins un plat de légumes cuits par jour ainsi qu'un ou 2 plats de crudités	36
	On connaît la doctrine : 5 fruits et légumes par jours. Ceci correspond à 400-500g de légumes et fruits à consommer quotidiennement	37
	Attention, le céleri est certes un légume mais contient énormément de sodium. D'où la fabrication de sel avec ...	38
	La consommation de fruits et légumes permet de couvrir les besoins en fibres et vitamines de l'organisme. Il faut éviter de les consommer en conserve ou salés durant leur fabrication ; soit privilégier l'achat de produits frais ou surgelés	39
	Rien de mieux que la cuisson à la vapeur pour préparer vos légumes et conserver un maximum de nutriment	40
	Poivre, ail, échalotte, persil, piment et épices sont vos meilleurs alliés pour ajouter du goût à vos plats de légumes	41

Fiche  
n°13

## Tableaux SMS médicaux de prévention

Thématique	SMS médicaux de prévention	N°
 <b>Légumes</b>	Quelques astuces : vous pouvez faire mijoter vos légumes avec épices aromates ... et y ajouter du jus de viande ou du cerfeuil ou du jus de citron ou des croutons (sans sel bien sûr) La cuisson à l'huile d'olive est à privilégier dans votre régime, mais pleins d'autres sortes existent (noisette, noix, framboise, ...) tout comme le vinaigre	42
	La cuisson à l'huile d'olive est à privilégier dans votre régime, mais pleins d'autres sortes existent (noisette, noix, framboise, ...) tout comme le vinaigre	43
	Les céréales, les pommes de terre et les légumes secs sont pauvres en sodium à l'état naturel	44
	Attention à la fabrication des légumes qui peut majorer vos apports en sel : évitez le pain, les viennoiseries et les conserves	45
 <b>Légumes sec</b>  <b>Céréales</b>  <b>Pommes de terre</b>	Par repas, les féculents doivent représenter ¼ de votre assiette. Il est nécessaire de consommer au moins une fois par jour des féculents « complets » car ils sont naturellement riches en fibres	46
	Saviez-vous que 100g de pâtes représente 30g de pain complet ? Privilégiez la consommation de pain ou de biscotte sans sel à chaque repas	47
	Si vous trouvez votre pain sans sel fade, vous pouvez le griller ou le remplacer par des biscottes sans sel. Également, le pain complet sans sel a plus de goût !	48
	La cuisson des pommes de terre à l'eau est peu agréable : vous pouvez les cuisiner en frites, rissolées avec des herbes, en purée (avec du sucre), en salade ou au four !	49
	Pour la cuisson des pâtes, n'hésitez pas à ajouter beaucoup d'aromates dans l'eau afin d'apporter un maximum de saveurs	50
	Remplacez votre riz blanc par du riz parfumé type basmati ou thaï ou du riz complet. Vous pouvez également le préparer de façon « Pilaf » ou « Créole »	51
 <b>Fruits ou produits sucrés</b>	Les fruits ont une place primordiale dans votre alimentation : consommez au moins 2 fruits par jour	52
	Attention, il est nécessaire d'éviter les « gâteaux d'apéritifs » : les cacahuètes, les biscuits, les olives, ...	53
	Les produits sucrés « basiques » sont pauvres en sodium mais pas les produits du commerce type pâtisseries et biscuiterie	54
	Il est nécessaire de substituer les « gateaux d'apéritifs » par des aliments non-salés : raisins secs, noix de coco, tomates cerises, assortiments de crudités, toast de pain sans sel avec des rillettes de poisson maison, des œufs, du maïs, ... et faire preuve d'imagination !	55
<b>Matières grasses</b>	Il est important de varier les sources de matières grasses dans l'alimentation. Généralement, elles sont pauvres en sodium exceptées si elles sont salées comme le beurre salé ou les margarines salées	56
 <b>Produits laitiers</b>	Le lait et les laitages sont de bonnes sources d'apport en calcium et en protéines. Ils ne posent pas de problèmes particuliers en termes de régime hyposodé. Seulement, certains fromages sont riches en sel !	57
	L'emmental, le gruyère et le comté sont des jeunes fromages contenant peu de sels : une portion de ces fromages peut être intégrée dans le forfait journalier 2g	58
	On trouve 1g de sel dans : 200g de Mozzarella; 80g de Chèvre; 70g de Reblochon ou Saint-Morêt et Rouy; 60g de Saint-Nectaire, Saint Marcellin, Camembert, Gouda, Cheddar, Parmesan ; 50 de Brie, Raclette, Vache qui rit, Tomme, Pyrénées ; 40g de Cantal ; 30g de Bleu, Féta	59
 <b>Boissons</b>	Les boissons sont généralement pauvres en sodium, sauf certaines eaux gazeuses	60
	Si vous constatez que vous éliminez moins d'eau que ce que vous en buvez, réduisez votre consommation de liquide et parlez-en à votre médecin	61

Fiche  
n°13

## Tableaux SMS médicaux de prévention

Thématique	SMS médicaux de prévention	N°
 Boissons	Certaines eaux gazeuses sont déconseillées car riches en sel. Renseignez-vous auprès de votre médecin	63
	Attention, le jus de tomate est fortement déconseillé car il contient 0.70g de sel pour 100g	64
	Les boissons alcoolisées ne contiennent pas spécialement du sodium mais sont fortement déconseillées pour certaines formes d'insuffisance cardiaque, demandez l'avis de votre médecin	65
	La consommation de boisson alcoolisée doit être modérée : maximum 2 verres de vin par jour et pas plus de 10 verres par semaine	66
 Condiments et additifs	Pour relever le goût, rien de mieux que : le jus de citron, la ciboulette, le cerfeuil, le poivre, l'ail, les germes de blé, le vinaigre, le persil, les épices et la levure diététique	67
	Les condiments sans sels peuvent être obtenus dans des magasins bio : cornichon, moutarde, ketchup ... Ce sont des produits à exclure du régime dès lors qu'ils sont achetés dans les commerces classiques	68
	Les herbes fraîches sont de bons moyens d'agrémenter vos aliments, elles peuvent perdre de leur goût durant la cuisson, il vaut mieux donc les ajouter au dernier moment dans les préparations	69
	Les herbes séchées ont une saveur plus concentrée que les herbes fraîches : à utiliser avec parcimonie	70
	Quelques pincées d'épices peuvent modifier complètement le goût de vos plats, essayez	71
	L'acidité est un bon moyen de contrebalancer le goût en cas d'absence de mail : jus de citron, vinaigre de vin, vinaigre balsamique peuvent agrémenter vos plats	72
	Certains plats mijotés contiennent de l'alcool dans la préparation, lorsqu'il est cuit ou flambé, l'alcool s'évapore et ne présente plus de toxicité	73
 Comportement alimentaire	Il est nécessaire d'apprendre à lire les étiquettes alimentaires car « des sels cachés » peuvent être présents dans un certain nombre d'aliment : conserve, glaces, fromages, boissons, charcuteries, confiserie ...	74
	Les additifs riches en sel se retrouvent régulièrement sur les étiquettes des produits industriels transformés. Parmi les plus fréquents, vous pourrez retrouver : E250, E251, E555, E556 et E627. Vous trouverez une liste exhaustive de l'ensemble des additifs contenant des « sels cachés »	75
	Pour pouvoir modifier son alimentation, il faut d'abord observer son propre comportement et le faire évoluer en fonction des améliorations à apporter	76
	L'alimentation se décompose en 3 phases : 1) Construction des menus : prévoir ce que l'on mange, faire les courses, faire les stocks de certains aliments, préparer les plats; 2) Comportement durant les repas : le service, la composition de la table, le contexte environnemental; 3) Retentissement du régime sur l'hygiène de vie	77
	Pour pouvoir respecter une alimentation simple, un conseil facile à appliquer au quotidien est la préparation des menus pour chaque semaine et établir la liste de courses en fonction	78
	Pour acheter des aliments de sorte à respecter le régime hyposodé, il est conseillé d'apprendre à lire les étiquettes alimentaires afin d'éviter tout additif composé de sel	79
	De prime abord, nous pensons que le régime sans sel est un régime sans goût. C'est faux ! L'utilisation d'épices ou d'aromates peuvent rendre appétissant chacun de vos plats, essayez	80
	Faire un régime hyposodé n'est pas une chose facile et ne doit pas être source d'exclusion à des repas de famille. Proposer des plats uniques pour toute la famille en ajoutant du sel au dernier moment pour les autres convives	81
	N'hésitez pas à inviter des amis pour leur montrer qu'il est possible de faire des plats de qualité et appétissant sans ajout de sel	82
	Si vous êtes invité à aller manger quelque part, n'hésitez pas à demander à la personne de faire des plats et de les saler qu'au dernier moment	83
N'hésitez pas à contacter les restaurateurs qui reçoivent des demandes diététiques particulières pour leur faire part de votre régime	84	

Fiche  
n°13

## Tableaux SMS médicaux de prévention

ANNEXES - FICHE n°13

Bonnes pratiques - Lien ville-hôpital

Parcours insuffisance cardiaque

Thématique	SMS médicaux de prévention	N°
 Comportement alimentaire	Un acte quotidien simple pour ne pas être tenté par le sel est de supprimer la salière sur la table	85
	Servez vos convives à l'assiette afin que chacun rajoute sa dose de sel qu'il aime	86
	Pour les aliments contenant un certain grammage de sel que vous souhaiteriez consommer, évitez de les mettre tous ensemble sur la table. Rationnez la part que vous souhaitez manger et n'amenez que ça à table	87
	Si vous avez pour habitude de grignoter entre les repas, prévoyez vous une collation type yaourt blanc, des biscottes avec de la confiture, des fruits ...	88
	Analysez vos dérives alimentaires de manière positives et trouvez des stratégies d'évitements qui ne reposent pas uniquement sur la volonté	89
	La clef pour un régime alimentaire équilibré est de manger varié, attention au respect trop strict qui entraînerait la dénutrition ! Demandez conseil à une diététicienne ou nutritionniste pour vous aider à gérer ces difficultés	90
	Un repas équilibré contient 20% de protéines (viande poisson), 30% lipides (graisses) 50% glucides lents (légumes, graines, pain complet). Boissons sans sucre	91
	Cuisez moins gras, mettez du vert, du rouge du jaune dans votre assiette, mangez 3 repas en quantités modérées, augmentez les fruits et les légumes	92
 Auto Surveillance	Quand le cœur fonctionne mal, des œdèmes apparaissent qui se traduisent par une prise de poids et des jambes gonflées	93
	Les œdèmes sont dus à une accumulation de l'eau, le poids va augmenter en conséquence. La situation est considérée alarmante quand 2-3kg sont pris en 3 jours. Si c'est le cas, contactez votre médecin traitant	94
	Si votre poids diminue rapidement sans œdème, c'est que votre régime alimentaire est trop strict. Parlez-en à votre médecin qui pourra vous orienter vers un nutritionniste	95
	Les signes d'alerte de la décompensation cardiaque sont faciles à retenir : « EPOF » Essoufflement, Prise de poids, Œdème et Fatigue ; si vous êtes dans cette situation, appelez votre médecin traitant immédiatement	96
	Les signes « EPOF » apparaissent dès lors que la maladie s'aggrave, il faut le plus rapidement possible contacter son médecin pour ne pas qu'il est des conséquences trop graves	97
	Le « E » de « EPOF » signifie Essoufflement. Il se traduit par des difficultés à reprendre le souffle pour des efforts de plus en plus petits (marche de courte distance et monter quelques marches d'escaliers). Également, il se traduit par des difficultés à dormir en position allongée et être obligé à dormir assis	98
	Le « P » de « EPOF » signifie Prise de poids. Si vous avez pris 2-3 kg en 3 jours, ce n'est pas à cause de ce que vous mangez mais à cause de l'eau que vous stockez. C'est un signe que votre cœur est fatigué et a des difficultés à pomper le sang	99
	Le « O » de « EPOF » signifie Œdèmes. Il se traduit la plupart du temps par le gonflement des jambes et des pieds. Pour pouvoir vérifier que c'est bien cela, appuyez dessus avec votre doigt, si la marque reste c'est que c'est de l'eau et que vous avez des œdèmes	100
	Le « F » de « EPOF » signifie Fatigue. Cette sensation peut arriver à tout le monde n'importe quand mais si vous avez des difficultés à réaliser des petits efforts de la vie quotidienne, c'est peut-être le signe que votre Insuffisance Cardiaque s'aggrave.	101
	Les règles de vie pour bien vivre avec son Insuffisance Cardiaque peuvent être regroupés sous l'acronyme « EPON » Exercice, Prendre son Poids, Observance, Ne pas saler	102
	Le « E » de « EPON » signifie Exercice. Faire de l'exercice physique d'endurance adapté de manière quotidienne est un bon moyen de garder la forme. Attention à ne pas faire des exercices physiques qui entraînent une augmentation de la fréquence cardiaque (ex : sprint, ...)	103
	Le « P » de « EPON » signifie Prendre son poids. Afin de vérifier l'accumulation d'eau dans son corps, prendre son poids plusieurs fois par semaine est un bon indicateur. Une augmentation de 2-3kg sur 3 jours est un signe d'alerte et nécessite une consultation chez son médecin.	104
	Le « O » de « EPON » signifie Observance. Ce terme englobe la prise des médicaments, le respect des heures et la régularité des RDV avec son équipe médicale	105
	Le « N » de « EPON » signifie Ne pas saler. Avoir une alimentation peu salée permet d'éviter la rétention d'eau et de sel et soulage votre muscle cardiaque. Il est possible de demander des conseils à un nutritionniste ou un diététicien	106



# Outil'ic

La boîte à outils de l'Insuffisance Cardiaque



EthiCare

[www.ethicare.fr](http://www.ethicare.fr)

[direction@ethicare.fr](mailto:direction@ethicare.fr)