



# Référentiel pour la prise en charge des patients Insuffisants Cardiaques

Elaboré par :



**imprimé en \*\*\* 2024- Version 3**

# Sommaire

<b>Mieux comprendre l'insuffisance cardiaque</b>	<b>5</b>
<b>La titration médicamenteuse</b>	<b>6</b>
o <i>Titration des ARNI</i>	<b>7</b>
o <i>Titration des IEC</i>	<b>8</b>
o <i>Titration des ARA 2</i>	<b>9</b>
o <i>Titration des Béta-bloquants</i>	<b>10</b>
o <i>Titration des iSLGT2</i>	<b>11</b>
o <i>Titration des anti-aldostérone</i>	<b>12</b>
o <i>Titration des diurétiques</i>	<b>13</b>
o <i>Flash code</i>	<b>14</b>
<b>Dépistage de l'anémie et de la carence martiale</b>	<b>15</b>
<b>Vaccination</b>	<b>16</b>
<b>Check-List médecin généraliste</b>	<b>17</b>
<b>Demande d'avis cardiologique</b>	<b>18</b>
<b>IDEL sur PRADO</b>	<b>19</b>
<b>Repérage : EPOF</b>	<b>20</b>
<b>Eléments d'ETP</b>	<b>21</b>
<b>Check-List IDEL</b>	<b>22</b>
<b>APA</b>	<b>23</b>
<b>SMS conseils sur les habitudes alimentaires</b>	<b>24</b>
<b>Références</b>	<b>25</b>
<b>QR code recommandations de la HAS</b>	<b>26</b>
<b>Téléchargement du référentiel</b>	<b>27</b>



# Mieux comprendre l'insuffisance cardiaque (IC)



## DÉFINITION

Selon la HAS (2019) et l'ESC (2021), l'insuffisance cardiaque (IC) est un syndrome clinique associant :

→ Des symptômes comme la dyspnée et la fatigue, des signes caractéristiques de l'IC comme une polypnée, des râles crépitants pulmonaires, des œdèmes périphériques, une hépatomégalie...

ET

→ Une preuve objective d'une anomalie structurelle ou fonctionnelle du cœur au repos, le plus souvent décelée par l'échocardiographie.

**L'IC se traduit par l'incapacité du cœur à assurer les besoins métaboliques et fonctionnels de l'organisme, entraînant l'activation des systèmes d'adaptation neuro-hormonaux, qui aggravent la maladie sur le long terme.**



## STATISTIQUES ET CHIFFRES CLEFS

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

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

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

Tous ensemble, dépistons ces patients et soignons-les !

# Titration médicamenteuse : Résumé

## THÉRAPEUTIQUE DE 1ÈRE LIGNE : OBJECTIFS → PLEINE DOSE !

- ARNI (sacubitril / valsartan) ou IEC ou ARA 2
- Béta-bloquant
- Anti aldostérone (antagoniste du récepteur minéralocorticoïde)
- iSGLT2 : posologie unique
- Principe général : majorer progressivement la posologie tous les 15 jours avec une surveillance clinique et biologique rapprochée :
  - NYHA, TA, poids, OMI
  - Na, K, Créat et DFG, BNP ou NTproBNP

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

## ET LES DIURETIQUES ?

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

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

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

Traitement de 1ère intention

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

Traitement optimisé

# Titration des ARNI

## CADRE DE LA PRESCRIPTION

- **Pourquoi ?** : Lutter contre le remodelage cardiaque, réduire le risque d'hospitalisation pour IC et augmenter la survie
- **Pour qui et quand ?** :
  - Indication : Patient IC avec une FEVG < 50% de novo ou en remplacement IEC / ARA 2
  - Contre indication : ATCD d'anglotène ou d'allergie documentée, sténose bilatérale des artères rénales, femmes enceintes , DFG <30 mL/min/1,73m<sup>2</sup>, TAS <90 mmHg
- **Où ?** : En soins primaires, patients IC stables, NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation
- **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé** :
  - Hyperkaliémie > 5 mmol/L
  - washout de 48 heures en relai IEC / ARA 2

**Introduction si PAS > 100 mmHg**

## POSOLOGIE

- **Sacubitril / Valsartan** :
  - Introduction : 24 / 26 mg x2
  - Cible : 97/103 mg x2

## CONSEILS

- Contrôler la créatinine, le DFG, la kaliémie, la natrémie et le NTproBNP (**pas de BNP, dosage faussé par l'inhibition de la neprilysine**)
- En consultation : évaluation clinique avec mesure TA et poids
- **Doubler la dose si bonne tolérance clinique et biologique**
- 15 jours au minimum entre chaque ajustement posologique
- **Objectif : atteinte de la cible ou la dose maximale tolérée**
- Contrôle biologique entre 7 et 15 jours suivant chaque modification
- Puis contrôle biologique tous les 4 mois une fois la titration achevée

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

# Titration des IEC

## CADRE DE LA PRESCRIPTION

### Jamais IEC + ARA2 dans le traitement de l'IC

- **Pourquoi ?** : Réduire le risque d'hospitalisation et augmenter la survie
- **Pour qui et quand ?** :
  - Indication : Patient IC avec une FEVG < 50%
  - Contre indication : ATCD d'angioœdème ou d'allergie documentée, sténose bilatérale des artères rénales, femmes enceintes
- **Où ?** : En soins primaires, patients IC stables, NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation
- **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé** :
  - Hyperkaliémie > 5 mmol/L
  - Insuffisance rénale DFG < 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup>
  - Hypotension artérielle symptomatique, hypotension artérielle asymptomatique majeure (TAS < 90mmHG)

## POSOLOGIE

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

## CONSEILS

- Contrôler la créatinine, le DFG, la kaliémie, la natrémie et le NTproBNP
- En consultation : évaluation clinique avec mesure TA et poids
- **Doubler la dose si bonne tolérance clinique et biologique**
- 15 jours au minimum entre chaque ajustement posologique
- **Objectif : atteinte de la cible ou de la dose maximale tolérée**
- **"Il vaut mieux très peu d'IEC que pas d'IEC du tout"**
- Contrôle biologique entre 7 et 15 jours suivant chaque modification
- Puis contrôle biologique tous les 4 mois une fois la titration achevée

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

# Titration des ARA 2

## CADRE DE LA PRESCRIPTION

Pour les patients intolérants aux IEC  
Jamais IEC + ARA2 dans le traitement de l'IC

- **Pourquoi ?** : Lutter contre le remodelage cardiaque, réduire le risque d'hospitalisation pour IC
- **Pour qui et quand ?** :
  - Indication : patients avec une FEVG <50%
  - Contre indication : ATCD d'allergie documentée ou d'angioœdème, sténose bilatérale des artères rénales, femmes enceintes
- **Où ?** : En soins primaires, patients IC stables NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation
- **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé** :
  - Hyperkaliémie > 5 mmol/L
  - Insuffisance rénale DFG < 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup>
  - Hypotension artérielle symptomatique ou hypotension artérielle asymptomatique majeure (TAS < 90 mmHg)

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

## POSOLOGIE

- **Candesartan** :
  - Introduction : 4 mg
  - Cible : 32 mg
- **Losartan** :
  - Introduction : 50 mg
  - Cible : 50 mg x 2
- **Valsartan** :
  - Introduction : 40 mg x 2
  - Cible : 160 mg x 2

## CONSEILS

- Contrôler la créatinine, la DFG, la kaliémie, la natrémie et le NTproBNP
- En consultation : évaluation clinique avec mesure TA et poids
- **Doubler la dose si bonne tolérance clinique et biologique**
- 15 jours au minimum entre chaque ajustement posologique
- **Objectif : atteinte de la cible ou de la dose maximale tolérée**
- **"Il vaut mieux très peu d'ARA2 que pas d'ARA2 du tout"**
- Contrôle biologique entre 7 et 15 jours suivant chaque modification

*Il est rarement nécessaire d'arrêter totalement un traitement par ARA2 : demander un avis cardiologique avant toute interruption de traitement*

# Titration des bêta-bloquants

## CADRE DE LA PRESCRIPTION

- **Pourquoi ?** : Lutter contre l'activation sympathique, réduire le risque d'hospitalisation pour IC et augmenter la survie
- **Pour qui et quand ?** :
  - Indication : Patient IC avec une FEVG < 50%
  - Contre indication : BAV 2 ou 3 en l'absence de DAI, ischémie de membre aigüe, allergie documentée
- **Où ?** : En soins primaires, patients IC stables, NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation
- **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé** :
  - IC sévère (NYHA IV)
  - Décompensation aigüe ou récente, trouble conducteur ou FC < 50 bpm
  - Traiter les signes congestifs avant de majorer les βB
  - Attention aux interactions : IC avec effets cardiaques directs (diltiazem et verapamil) déconseillés dans l'insuffisance cardiaque + inhibiteurs enzymatiques
  - Attention aux associations avec amiodarone, digoxine et ivabradine

## POSOLOGIE

- **Bisoprolol** :
  - Introduction : 1,25 mg
  - Cible : 10 mg
- **Nebivolol** :
  - Introduction : 1,25 mg
  - Cible : 10 mg
- **Caverdilol** :
  - Introduction : 3,125 mg x2
  - Cible : 25 mg x2

## 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 BB que pas de BB du tout"**

*Il est rarement nécessaire d'arrêter totalement un traitement par βB : 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, patient IC stable, NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation
- **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé** :
  - Pas de contre-indication absolue si diabète de type 1 mais avis spécialiste pour évaluation du risque d'acido-cétose
  - Attention aux infections uro-génitales favorisées par la glycosurie induite
  - Attention aux hypoglycémies en cas de traitement par insuline et/ou sulfamides hypoglycémiants

## POSOLOGIE

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

## CONSEILS

- **Pas de titration nécessaire : dose unique**
- Contrôle régulier de la **fonction rénale** : une **diminution initiale est attendue** à l'introduction, mais **néphroprotection sur le long terme**
- Surveillance glycémique chez le patient diabétique : modification des thérapeutiques du diabète si besoin. **Privilégier le maintien du iSGLT2**
- Vigilance sur le statut volémique, surtout si d'autres diurétiques associés

# Titration des anti-aldostérone

## CADRE DE LA PRESCRIPTION

- **Pourquoi ?** : Lutter contre la fibrose cardiaque, réduire le risque d'hospitalisation et augmenter la survie
- **Pour qui et quand ?** :
  - Indication : Patient IC avec une FEVG < 50%
  - Contre indication : allergie documentée, insuffisance hépatique sévère (Child-Pugh C)
- **Où ?** : En soins primaires, patients IC stables, NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation
- **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé** :
  - Hyperkaliémie > 5 mmol / L
  - Insuffisance rénale DFG < 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup>

## POSOLOGIE

- **Spironolactone** :
  - Introduction : 25 mg
  - Cible : 50 mg
- **Eplérénone** :
  - Introduction : 25 mg
  - Cible : 50 mg

## CONSEILS

- Contrôler la créatinine, le DFG, la kaliémie, la natrémie
- **Envisager la majoration de la posologie 4 à 8 semaines après l'introduction**
- **Contrôle biologique 1 puis 4 semaines après toute modification**
- **Suivi biologique rapproché la première année : tous les trois mois**
- Repasser à demi-dose si K > 5,5 mmol/L ou DFG < 30 mL/min/1,73 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 et les œdèmes chez les patients qui restent symptomatiques
- **Pour qui et quand ?** :
  - Indication : Tous les patients avec des signes congestifs quelque soit la FEVG. Si FE <50% : toujours associer aux autres traitements de l'IC
  - Contre indication : ATCD d'allergie 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  $\leq 3,5$  mmol/L
  - DFG < 30 mL/min/1,72 m<sup>2</sup> : réponse aux diurétiques réduite
  - Hypotension TAS <90 mmHg

## POSOLOGIE

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

## CONSEILS

- Contrôler la créatinine, la DFG, la kaliémie, la natrémie et le NTproBNP
- En consultation : évaluation clinique avec mesure TA et poids
- **Ajuster la posologie aux symptômes, signes congestifs, TA et fonction rénale**
- **Utiliser la dose minimale efficace** pour maintenir l'euvolémie et le poids sec du patient
- **La diurèse excessive est plus dangereuse que l'œdème**
- Contrôle biologique entre 7 et 15 jours suivant chaque modification

# **Titration médicamenteuse**

**Flashez, optimisez !**



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

# Dépister l'anémie et la carence martiale

## REPÉRER L'ANÉMIE ET LA CARENCE MARTIALE

- Dépistage systématique et annuel de l'anémie et de la carence martiale :
  - NFS
  - Ferritine
  - Coefficient de saturation de la transferrine (CST)



- Patients symptomatiques + FEVG < 45 % et carence martiale :
    - Ferritine < 100 µg/L (carence martiale absolue) ou
    - Ferritine [100-299] µg/L et CST < 20 % (carence martiale relative)
- Supplémentation recommandée, que la carence martiale soit associée ou non à une anémie
- La supplémentation *per os* est peu efficace : nécessité d'injection de Fer IV



## OBJECTIFS

- Amélioration des symptômes et de la classe fonctionnelle de la dyspnée
- Réduction du risque d'hospitalisation toutes causes et pour insuffisance cardiaque

## OÙ ADRESSER LES PATIENTS EN CARENCE MARTIALE POUR INJECTION DE FER IV

### Clinique d'Occitanie

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

### HAD Pasteur

05 62 21 30 36  
[had@cliniquepasteur.com](mailto:had@cliniquepasteur.com)  
ou ViaTrajectoire

### HAD Santé Relais Domicile

05 34 40 40 40

### 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. Le schéma actuel ne sera alors plus recommandé.**
  - 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

## COVID-19

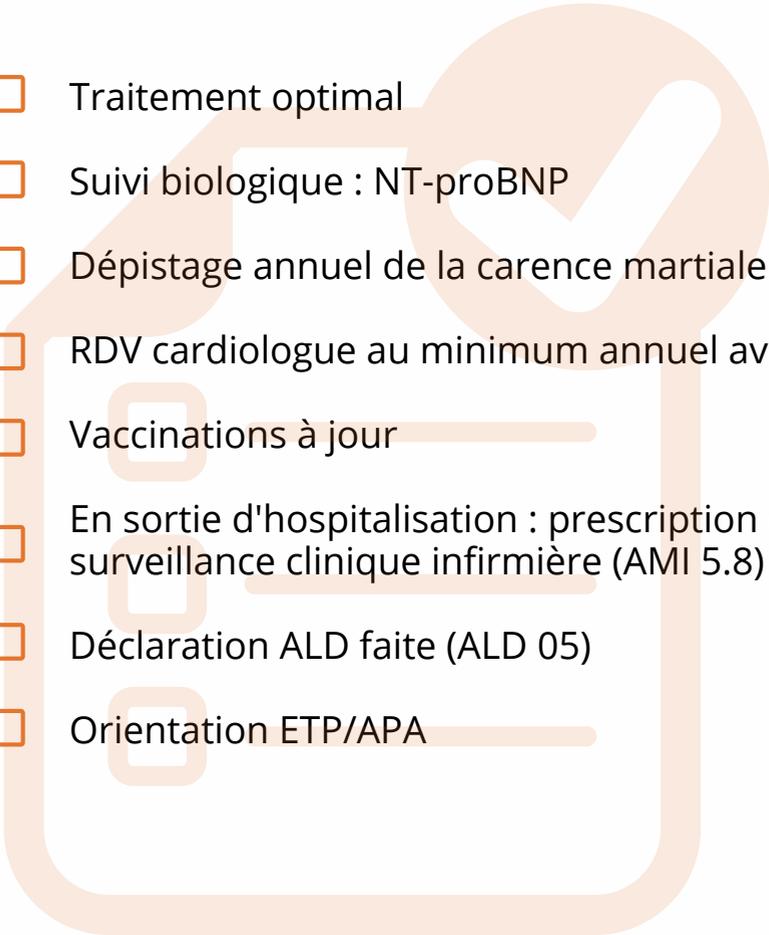
*Recommandée pour tout patient insuffisant cardiaque*

- 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*

# Check-List MG



- Traitement optimal
- Suivi biologique : NT-proBNP
- Dépistage annuel de la carence martiale
- RDV cardiologue au minimum annuel avec ETT
- Vaccinations à jour
- En sortie d'hospitalisation : 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 téléexpertise
<b>CHU</b>	<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@chu-toulouse.fr</li> <li>◦ <u>ETP</u> : cepic@chu-toulouse.fr</li> </ul> </li> </ul>	Non
<b>Clinique Occitanie</b>	<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 : Drs Perez, Gauthier, Richez OmniDoc : Dr Marty
<b>Clinique Pasteur</b>	<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

# IDEL : surveillance à domicile /

## PRADO



### DEFINITION ET OBJECTIFS

Objectif principal : prévenir l'évolution de la maladie et la réhospitalisation.

Acte comprenant :

- Évaluation clinique
- Education 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

### INFORMATIONS SUR LA COTATION

- Tarif : **18,27 euros** (1 AMI 5,8 / séance + IFD / IK)
- Patient inclus **ou non** dans PRADO
- Condition : être formé au suivi du patient insuffisant cardiaque



### 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



# 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



## **Œdèmes**

ainsi que les autres signes : tachycardie, 3ème bruit cardiaque (B3), polypnée, râles crépitants, turgescence jugulaire...



## **Fatigue excessive**

asthénie, difficulté à réaliser les activités de la vie quotidienne. symptômes non spécifiques chez le sujet âgé : confusion, troubles du comportement, désorientation, chutes...



## Conduite à tenir



**Prise des constantes** : TA, température, FR, SpO2, HGT si diabétique



**Quantifier la prise de poids** : combien de kilos en combien de jours → cahier de liaison



**Transmission des informations au médecin traitant et/ou cardiologue**



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

# Éléments d'ETP

## (éducation thérapeutique du patient)

### ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : FONDAMENTALE !

- L'ETP n'est pas un "plus" ni une option : elle est indispensable à la prise en soins des patients IC
- **L'autonomisation des patients est une recommandation de même niveau de preuve que les thérapeutiques médicamenteuses les plus efficaces (niveau I, grade A). Elle réduit la mortalité et le risque d'hospitalisations.**
- Elle est obtenue par l'acquisition de compétences d'auto-soins lors de l'ETP

### OBJECTIFS PATIENT

- Savoir se surveiller
- Reconnaître les signes d'alerte (EPOF) et savoir qui alerter
- Compréhension des traitements et observance
- Connaître les principes de l'alimentation contrôlée en sel et les appliquer
- Identifier les risques de l'automédication (AINS notamment)

### COMMENT ?

- *Mon cœur en forme pour profiter de la vie* (prévention primaire) et *ETIC initial* (dédié à l'IC). Clinique d'Occitanie : [etpcardio@cliniqueoccitanie.com](mailto:etpcardio@cliniqueoccitanie.com) - 05 31 50 27 51 / 05 31 50 27 42
- *Programme ETIC* (Cepic, CHU), APET Cardio Occitanie : [cepico@chu-toulouse.fr](mailto:cepico@chu-toulouse.fr) - 05 61 32 20 94 / 05 61 32 36 79

# Check-List IDEL

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



La pesée, quotidienne en sortie d'hospitalisation, puis régulière, est l'un des éléments les plus simples et les plus contributifs à la prévention des décompensations



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



L'utilisation d'un oreiller supplémentaire pour dormir peut témoigner de l'apparition ou de l'aggravation d'une orthopnée



Utilisez **Mon Carnet'IC** comme support pédagogique pour échanger avec vos patients et aidez-les à le compléter !

# L'activité physique adaptée (APA)

Elle regroupe l'ensemble des activités sportives et physiques **adaptées aux personnes atteintes de maladies chroniques**. L'objectif étant de **prévenir l'aggravation** de l'insuffisance cardiaque et d'**améliorer leur qualité de vie**.

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**

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**

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

Ces programmes sont adaptés aux patients insuffisants cardiaques stabilisés, après avis médical.

*Tous les outils et supports sont disponibles et téléchargeables gratuitement en ligne : <https://vivifrail.com/fr/outiltheque/>*

# SMS conseils sur les habitudes alimentaires



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

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

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

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



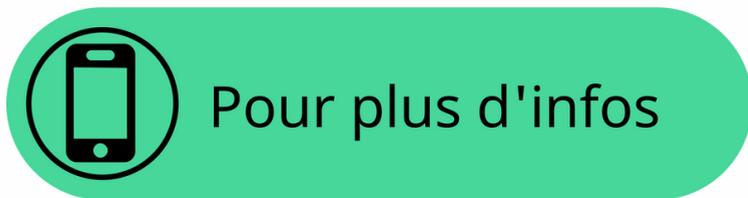
**N'hésitez pas à les accompagner pour l'inscription en flashant le QR code ci-dessus !**

# 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
- 8. Haute Autorité de Santé (HAS).** Stratégie de vaccination contre les infections à pneumocoque - Place du vaccin pneumococcique polysidique conjugué (20-valent, adsorbé) chez l'adulte. Août 2023

# Recommandations de la HAS

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



# Téléchargement du référentiel

---



*Si vous souhaitez plus d'informations, n'hésitez pas à contacter Romain VIGOUROUX, IPA et coordinateur du projet par mail à : ipa@cpts-st.fr*



## **CPTS du Sud Toulousain**

116 avenue Louis Pasteur  
31600 MURET  
Mail : ipa@cpts-st.fr



**cpts-st.fr**

En partenariat avec :



Centre Hospitalier de Muret