

Protocole de prise en charge du patient insuffisant cardiaque chronique au Centre Médical Europe

Date de création	01/04/2022
Date de modification	
Structure porteuse du protocole	Centre Médical Europe – 75009 Paris
Titre du protocole	DÉPISTAGE DES PATIENTS A RISQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE ET SUIVI DES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES A FEVG BASSE OU PRESERVEE
Référent (personne-ressource)	Dr Sofiane Sroutta-Paillusseau
Liste des professionnels de santé de la structure impliqués dans la prise en charge	Dr Pierre Cabret Dr Sofiane Sroutta-Paillusseau Dr Rosier, Dr Bouffard, Dr Vervin, Dr Dauchy, Dr Berlemont, Dr Benoïlid, Dr Dingreville
Liste des professionnels de santé extérieurs à la structure impliqués dans la prise en charge	-Centre de réadaptation cardiaque Institut cœur santé 75008 Paris -Clinique Turin (Rythmologie et coronarographie) -Centre d'imagerie Clinique Turin -Centre d'imagerie Malesherbes
Contexte	<p>L'insuffisance cardiaque fait partie des maladies chroniques ayant des conséquences humaines (patients et aidants), médicales, sociétales et économiques importantes. L'insuffisance cardiaque touche plus d'un million de personnes en France. L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique, évolutive et émaillée de complications aiguës entraînant chaque année près de 200 000 hospitalisations et causant le décès de 70 000 personnes (<i>Source GICC</i>).</p> <p>Le risque de ré-hospitalisation est très élevé puisque près d'un tiers des patients hospitalisés sont réhospitalisés dans l'année suivante (dont la moitié dans les 3 mois suivants la sortie du 1^{er} séjour) (<i>source CNAM - Rapport Charges et Produits pour 2020</i>)</p> <p>Contexte Local (Source PMSI, INSEE, DCIR/SNDS/SNIIRAM) : Sur notre secteur d'intervention (9^{ème} arrondissement), le taux de patients bénéficiant d'une ALD pour IC est de 1,1% et représente un nombre d'environ 700 patients. Il y a une nécessité à agir puisque sur le département de Paris, sa population va augmenter de plus de 28% pour les plus de 75 ans. Il est toutefois à noter le nombre important d'hospitalisations dédiées à l'IC (+ 120 hospitalisations par an) au regard de la population et du nombre de patients sur le territoire. Le risque de décompensation cardiaque et les ré-hospitalisations à 30 jours sont importants sur notre secteur, s'élevant à environ 8%.</p>
Objectif général	<p>Optimiser le dépistage et prévenir les décompensations cardiaques des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique à FEVG basse ou préservée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Favoriser le dépistage précoce dans la pratique quotidienne des Médecins généralistes du CME ○ Sensibiliser les patients à risque sur les signes évocateurs (EPOF : <i>Essoufflement, Prise de poids, Œdèmes, Fatigue</i>) ○ Optimiser la réévaluation des patients diagnostiqués insuffisants cardiaques

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer la coordination entre les acteurs de santé intervenant sur le parcours du patient
Population cible	<p>Dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient ayant des facteurs de risque cardiovasculaire (Hérédité coronarienne, cardiomyopathie héréditaire, HTA, dyslipidémie, infarctus du myocarde, tabac, diabète de type 1 et 2, SAOS, obésité, alcool, sel, sédentarité, ...) ▪ Symptômes EPOF (Essoufflement, Prise de poids, Œdèmes, Fatigue) <p>Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients ayant des symptômes EPOF et confirmé par un cardiologue

Rôle des professionnels de santé du CME

QUI	FAIT QUOI	COMMENT
Médecin généraliste	<p>Dépistage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evoque le diagnostic et l'adresse à un cardiologue ▪ Revoit le patient avec les résultats et lui donne de nouvelles explications sur l'insuffisance cardiaque (éducation thérapeutique) <p>Suivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fait le point tous les 3 mois avec le patient ▪ Rappel des consignes à respecter : observance médicamenteuse, activité physique adaptée, contrôle strict des facteurs de risque cardiovasculaire ... ▪ Recherche les signes de décompensation cardiaque gauche et droit ▪ Se met en lien avec le PRADO en post-hospitalisation ▪ Coordonne les interventions des autres professionnels de santé ▪ Assure la tenue du dossier médical 	<p>Dépistage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Détection des signes fonctionnels (<i>EPOF</i>) ▪ Première prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen clinique ○ ECG (<i>si possible</i>) ○ Prescrit le bilan biologique initial ○ Prescrit l'échographie cardiaque <p>Suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interrogatoire ▪ Examen clinique (<i>PAS/PAD, FC, Poids, FR, signes de décompensation cardiaque...</i>) ▪ Examen biologique si nécessaire ▪ Suivi des vaccinations (<i>SarsCov2, grippe, pneumocoque...</i>) ▪ Renouvellement ou adaptation de traitement ▪ Inscription du dossier en RCP ▪ Orientation vers l'infirmière ASALEE si nécessaire
Cardiologue	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confirme le diagnostic et évalue le stade NYHA (I à IV) du patient ▪ Mise en route du traitement chez les patients nouvellement dépistés et incrémentation rapide (selon tolérance du patient) selon les dernières recommandations de l'ESC. ▪ Suivi du traitement chez les patients connus insuffisance cardiaque une fois par an ou plus si décompensation cardiaque quel qu'en soit la sévérité. ▪ Lien étroit avec hôpital/clinique (CRH, CRO, RCP implantation DAI, resynchronisation, consultations génétiques...) ▪ Cycle de réadaptation cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen clinique, ▪ ECG ▪ Echographie cardiaque ▪ Epreuve d'effort/Echocardiographie d'effort ▪ Holter ECG 24h, 48h si nécessaire ▪ MAPA ▪ Télésurveillance par SATELIA à initier par le cardiologue s'il le juge nécessaire

Infirmière Asalée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge en ETP ▪ Accompagnement dans la maîtrise des facteurs de risque cardiovasculaires ▪ Remise de document de sensibilisation à la maladie et de surveillance au patient ▪ Livret insuffisance cardiaque ▪ Dépistage du SAOS par le socre d' ▪ ATELIERS ETP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectue un bilan initial afin de prioriser les objectifs du patient ▪ Suivi du patient en alternance avec le MT tous les 3 mois ▪ Accompagne le patient dans la remise en activité physique, sevrage tabagique et équilibre alimentaire
Assistante médicale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aide à la réalisation de l'ECG ▪ Pose des Polygraphies nocturnes à la recherche d'un SAOS ▪ Prise des constantes (PAS/PAD, FC, Saturation O2%, FR) ▪ Appel du patient pour évaluer observance, tolérance et état clinique du patient ▪ Organise un suivi plus rapproché si nécessaire 	
Laboratoire d'analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prélève le bilan biologique ▪ Prévient le prescripteur si nécessaire 	
Pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévient le risque d'automédication et d'interaction médicamenteuse ▪ Informe et participe à l'éducation du patient sur sa pathologie ▪ S'informe sur l'observance thérapeutique ▪ Adressage au médecin traitant si besoin 	
Centre de réadaptation cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réadaptation du patient à l'effort <p>Partenariat avec institut cœur santé</p>	Sur prescription du cardiologue
Diététicienne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation nutritionnelle initiale et périodique ▪ Ateliers nutrition et cuisine 	Questionnaires papiers et/ou par courriel Ateliers de groupe
Psychologue Psychiatre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation de la compréhension et l'acceptation de la maladie chronique, des traitements et l'impact sur la qualité de vie du patient. 	Thérapie Atelier de groupe Traitement si nécessaire

Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de patients pris en charge chaque année ▪ Satisfaction des professionnels de santé ▪ Nombre de RCP ▪ Satisfaction des patients / amélioration de la qualité de vie (questionnaires papiers ou en ligne)
Mise en œuvre et suivi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Première formation des acteurs de santé sur l'insuffisance cardiaque ▪ Seconde formation sur l'insuffisance cardiaque ▪ Elaboration et remplissage d'une fiche MLM de synthèse ▪ Mise en place de campagnes d'information et de sensibilisation auprès du grand public ▪ Mise en place de RCP semestrielle sur l'insuffisance cardiaque chronique des patients du CME
Liste des sources documentaires ou référentiel de cardiologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collège des universitaires en cardiologie ▪ Société française de cardiologie ▪ European society of cardiology (Guidelines) ▪ Guide parcours de soins HAS ▪ PNNS: https://www.mangerbouger.fr/pro

Lieu de consultation du protocole	- Fichier informatique PDF sur chaque ordinateur sur l'intranet
Adhérents au protocole	1 praticien de chaque spécialité
Mode de validation du protocole	Comité ou réunion de validation
Date prévue d'actualisation	Chaque année après la publication des guidelines de l'ESC

Annexes

- CME : Centre Médicale Europe
- HTA : Hypertension artérielle
- SAOS : syndrome d'apnées obstructives du sommeil
- MT : Médecin traitant
- ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
- HAS : Haute Autorité de Santé
- EPOF : Essoufflement, Prise de poids, Œdème, Fatigue
- FR: Fréquence respiratoire
- FC: Fréquence cardiaque
- IC : Insuffisance Cardiaque
- ECG : Electrocardiogramme
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- PAS : Pression Artérielle Sytolique
- PAD : Pression Artérielle Diastolique
- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

Bilan initial

Le bilan initial est assuré par le médecin généraliste et/ou le cardiologue

1. Bilan biologique

- Ionogramme sanguin
- NT-proBNP
- NFS
- Urée, créatininémie et débit de filtration glomérulaire estimé (DFG) (formule CKD-EPI).
- Exploration des anomalies lipidiques
- Bilan hépatique complet (ASAT/ALAT/GGT/PAL/Bilirubine totale et conjuguée)
- Glycémie à jeun, TSH, 25-OH-D3, albuminémie

2. Echocardiographie

Si besoin, test d'effort (+/- mesure VO₂max. Il permet de quantifier un déconditionnement musculaire périphérique redevable d'un réentraînement à l'effort.

Suivi du patient

Le suivi est assuré par le médecin généraliste en coordination avec le cardiologue.

1 Contenu de la surveillance

La surveillance clinique et paraclinique, le rythme et l'organisation du suivi entre le médecin généraliste, le cardiologue et les autres spécialistes et professionnels de santé dépendent du stade NYHA, des comorbidités associées. Le *réseau SATELIA* de télésurveillance peut être initié par un cardiologue.

Évaluation du niveau d'implication du patient dans sa prise en charge :

- Observance du traitement
- Connaissance des signes d'alerte de décompensation cardiaque
- Prise du poids et ses variations notées dans un carnet dédié
- Régime et habitudes alimentaires, consommation d'alcool, de tabac
- Activité physique et entraînement à l'exercice
- État psychologique

- Évaluation de la vie familiale et de la vie sociale.

Le patient et ses proches doivent connaître les signaux d'alerte amenant à une consultation médicale urgente :

- Apparition d'œdèmes des membres inférieurs blancs indolores et prenant le godet, de palpitations
- Prise de poids
- Majoration de l'essoufflement orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne
- Épisode de douleur thoracique d'allure angineuse ;
- Modification des résultats biologiques (Hémoglobine, kaliémie, natrémie, créatininémie, NT-ProBNP).
- Signes d'insuffisance cardiaque droit ou gauche

3. Demande des examens biologiques nécessaires au suivi (Fonction rénale, kaliémie, natrémie, 25-OH-D3, Ferritine, CST...)

4. Pour les patients porteurs d'un pacemaker, DAI, +- resynchronisateur

- Respect des règles de sécurité
- Suivi avec le praticien implanteur
- Télécardiologie.

5. Autres examens parfois utiles (Holter ECG 24h, MAPA...)