

RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

Suivi en ville
après décompensation cardiaque

Document validé sur plan scientifique par la SFC[1]
après avis de la HAS[2]

 **Prado**
Le service de
retour à domicile

Mise à jour janvier 2023

Prado, le service de retour à domicile après hospitalisation pour décompensation cardiaque est destiné au patient qui le souhaite dès que son hospitalisation n'est plus jugée nécessaire.

Il s'appuie sur la prise en charge du patient, en ville, par le médecin traitant en collaboration avec le cardiologue et l'infirmièr(e) libéral(e) formé(e) au suivi de l'insuffisance cardiaque.

Il peut aussi comprendre, si nécessaire, un service « d'aide à la vie » (aide ménagère, portage de repas).

Les visites et consultations dans le cadre de Prado se déroulent dans le respect du libre choix du patient et **s'appuient sur les missions :**

- du **médecin traitant** qui coordonne l'ensemble des prises en charge nécessaires ;
- de **l'infirmièr(e)** qui prodigue les soins, contrôle la prise des médicaments et participe à l'éducation du patient ;
- du **pharmacien(ne) d'officine** qui délivre les médicaments et les dispositifs médicaux ;
- du **cardiologue** qui évalue le patient un mois après sa sortie.



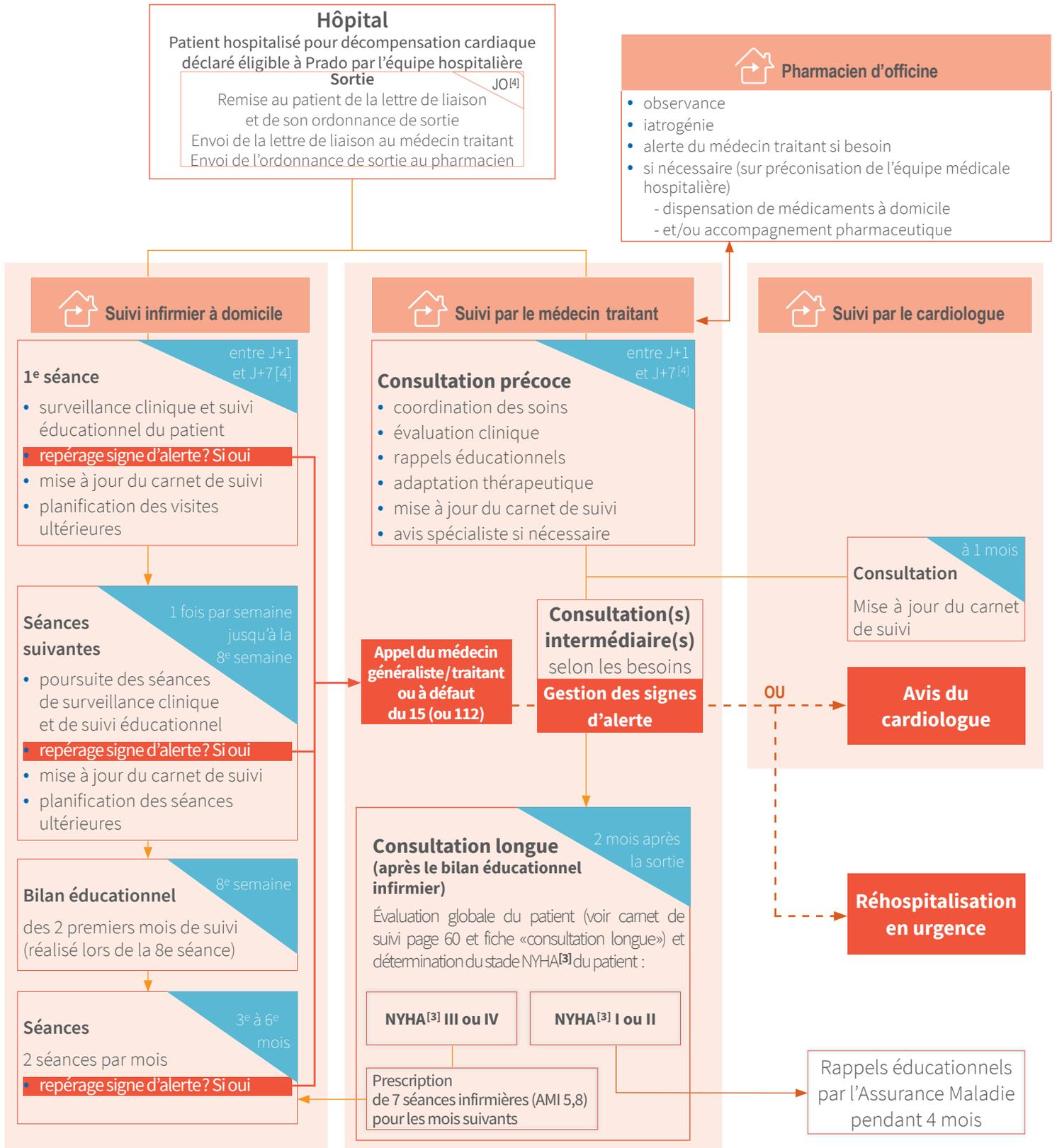
CONTINUITÉ ET PÉRIODICITÉ DES SOINS

La 1^{re} consultation du médecin et la 1^{re} séance à domicile de l'infirmièr(e) ont lieu dans les 7 jours suivant la sortie d'hospitalisation. À l'issue de sa 1^{re} consultation, le médecin décide de la périodicité de ses consultations et de la nécessité d'avis cardiologique(s) supplémentaire(s). Il réalise par ailleurs une consultation longue 2 mois après le retour à domicile.

L'infirmièr(e), pour sa part, se rend au domicile du patient une fois par semaine pendant 2 mois. Pour les patients en stade III et IV de la NYHA^[3] à l'issue des 2 mois, elle poursuit ses séances 2 fois par mois jusqu'au 6^e mois.

LE MÉDECIN TRAITANT	L'INFIRMIÈR(E) FORMÉ(E) AU SUIVI DU PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE
<p>Coordination des professionnels de santé dans une approche globale</p>	<p>Surveillance clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> pression artérielle, poids, fréquence cardiaque, respiration identification des signes d'alerte : prise de poids, œdème, dyspnée, toux
<p>Évaluation clinique</p>	
<p>Éducation du patient et son entourage (échanges et écoute pour encourager chez le patient) :</p> <ul style="list-style-type: none"> le suivi des règles hygiéno-diététiques l'observance et la gestion du traitement l'autonomie et l'implication par l'auto-surveillance (poids...) la détection et gestion des signes de décompensation une activité physique adaptée 	
<p>Adaptation thérapeutique</p> <p>Si insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection $\leq 40\%$:</p> <ul style="list-style-type: none"> titration IEC jusqu'à la dose maximale tolérée, avec surveillance biologique et clinique <p>En cas de difficultés d'adaptation des IEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> avis du cardiologue <p>Pour la titration des bêtabloquants et pour les traitements antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes, ARA II associés aux IEC, dispositifs implantables... :</p> <ul style="list-style-type: none"> avis du cardiologue <p>Si signe(s) de rétention :</p> <ul style="list-style-type: none"> nouvelle prescription de diurétiques à adapter aux signes congestifs <p>Traitements des causes déclenchantes.</p> <p>En cas de fibrillation auriculaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> anticoagulation efficace et avis du cardiologue 	<p>Transmissions</p> <ul style="list-style-type: none"> mise à jour régulière du carnet de suivi bilan éducationnel à réaliser à la fin du 2^e mois à la page 58 du carnet de suivi <p>Gestion des signes d'alerte</p> <p>En cas de signe d'alerte, appel du médecin traitant ou, à défaut, du 15 (112 depuis l'étranger)</p>
<p>Vaccination antigrippale tous les ans et vaccination antipneumococcique</p>	
PHARMACIEN(NE) D'OFFICINE	CARDIOLOGUE
<p>Il/elle est informé(e) de la sortie du patient. Il/elle délivre les médicaments et les dispositifs médicaux, repère le risque d'événement indésirable médicamenteux et alerte le médecin traitant en cas de besoin.</p> <p>Si nécessaire, il/elle réalise sur préconisation de l'équipe médicale hospitalière :</p> <ul style="list-style-type: none"> une dispensation de médicaments à domicile et/ou un accompagnement pharmaceutique 	<p>Adaptation du plan d'action en cas d'aggravation aiguë, en lien avec le médecin traitant.</p> <p>Consultation un mois après la fin de l'hospitalisation.</p> <p>Avis spécialisé lors de situations à risque le nécessitant.</p>

ARTICULATION DES CONSULTATIONS ET VISITES AUTOUR DU PATIENT



Sources :

HAS, Guide du parcours de soins, Insuffisance cardiaque, juin 2014.

ESC, Guideline for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, 2021.

^[1] SFC : Société française de cardiologie.

^[2] Haute autorité de santé (www.has-sante.fr).

^[3] NYHA : Classification de l'insuffisance cardiaque par la New-York Heart Association :

- stade NYHA I : pas de symptôme ni de limitation de l'activité physique ordinaire;

- stade NYHA II : limitation modeste de l'activité physique = à l'aise au repos mais l'activité ordinaire entraîne une fatigue, des palpitations, une dyspnée;

- stade NYHA III : réduction marquée de l'activité physique = à l'aise au repos mais une activité moindre qu'à l'accoutumée provoque des symptômes et des signes objectifs de dysfonctionnement;

- stade NYHA IV : limitation sévère = symptômes présents même au repos.

^[4] JO = jour de la sortie de l'hôpital; J+1 = lendemain de la sortie de l'hôpital; J+7 = 7e jour suivant la sortie d'hôpital.