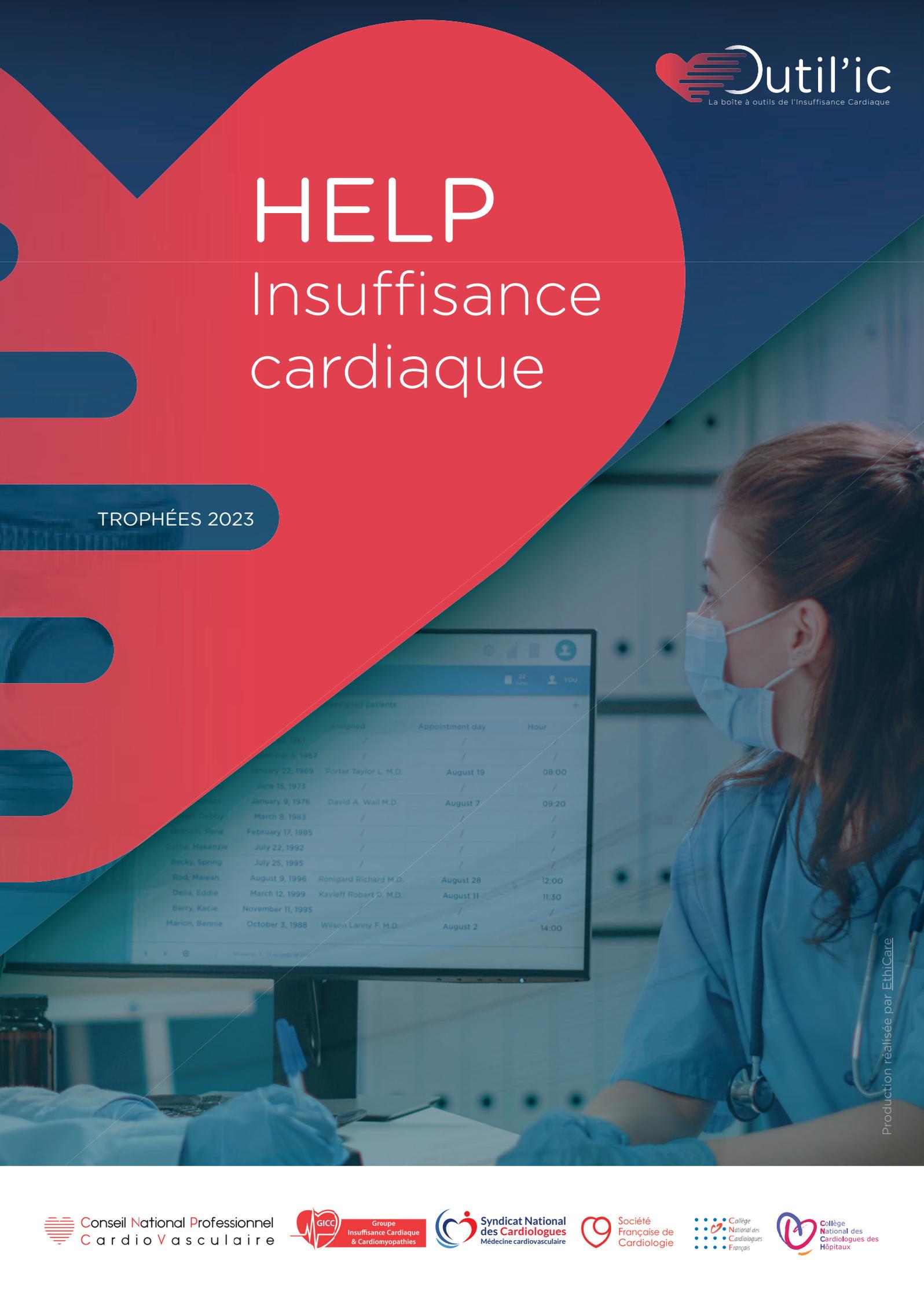


HELP

Insuffisance cardiaque

TROPHÉES 2023



Assigned patients	Assigned	Appointment day	Hour
	November 5, 1967	/ /	/ /
	January 22, 1969	Porter Taylor L. M.D.	August 19 08:00
	June 15, 1973	/ /	/ /
	January 9, 1976	David A. Wall M.D.	August 7 09:20
	March 8, 1983	/ /	/ /
	February 17, 1985	/ /	/ /
	July 22, 1992	/ /	/ /
	Becky, Spring	July 25, 1995	/ /
	Rod, Maleah	August 9, 1996	Ronigard Richard M.D. August 28 12:00
	Delia, Eddie	March 12, 1999	Kavieff Robert D. M.D. August 11 11:30
	Berry, Kacie	November 11, 1995	/ /
	Marion, Bennie	October 3, 1988	Wilson Lanny F. M.D. August 2 14:00

Production réalisée par Ethicare

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 portés 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 « HELP IC » est lauréat dans la catégorie « Innovations médicales et organisationnelles ». 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 intéressées sur l'ensemble du territoire.

Fiche d'identité de l'outil

HELP
Insuffisance cardiaque (IC)



Porteur de la solution

- Dr Muriel SALVAT
- msalvat@chu-grenoble.fr
- CHU Grenoble - Alpes (CHUGA)

Descriptif

HELP-IC est un dispositif intra-hospitalier permettant de dispenser un avis cardiologique nécessaire à la bonne prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC) dans l'ensemble des services de l'établissement du CHUGA et de structurer le parcours de soins de ces patients.

HELP IC propose une activité de consultant médical/paramédical qui ne se substitue pas aux équipes en charge du malade.

A ce titre, il n'assure pas la prescription des thérapeutiques, des examens paracliniques nécessaires, ou encore des soins. Ceux-ci sont en revanche mis à disposition des équipes médicales dans un support dédié.

Help-IC veille, dans la mesure du possible, au respect des recommandations et assure, le cas échéant, un suivi des patients dans le cadre de consultations externes et de l'hôpital de jour si nécessaire, ou un relais vers la médecine de ville.

Bénéfices patients

- Égal accès à des soins cardiologiques appropriés
- Fin de l'errance médicale
- Évaluations pluridisciplinaires
- Parcours de soins personnalisés
- Meilleure qualité de vie
- Baisse de la mortalité

Bénéfices professionnels de santé

- Accès à l'expertise cardiologique et gériatrique facilité
- Équipe référente à disposition
- Consolidation des collaborations interservices
- Application des bonnes pratiques professionnelles
- Amélioration de la qualité des soins



HELP

Insuffisance cardiaque (IC)



Porteur de la solution



Dr Muriel SALVAT



msalvat@chu-grenoble.fr



CHU Grenoble - Alpes (CHUGA)

Descriptif

HELP IC est un dispositif intra-hospitalier permettant de dispenser un avis cardiologique nécessaire à la bonne prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC) dans l'ensemble des services de l'établissement du CHUGA et de structurer le parcours de soins de ces patients.

HELP IC propose une activité de consultant médical/paramédical qui ne se substitue pas aux équipes en charge du malade.

A ce titre, il n'assure pas la prescription des thérapeutiques, des examens paracliniques nécessaires, ou encore des soins. Ceux-ci sont en revanche mis à disposition des équipes médicales dans un support dédié.

Help IC veille, dans la mesure du possible, au respect des recommandations et assure, le cas échéant, un suivi des patients dans le cadre de consultations externes et de l'hôpital de jour si nécessaire, ou un relais vers la médecine de ville.

Bénéfices patients

- Égal accès à des soins cardiologiques appropriés
- Fin de l'errance médicale
- Évaluations pluridisciplinaires
- Parcours de soins personnalisé
- Meilleure qualité de vie
- Baisse de la mortalité

Bénéfices professionnels de santé

- Accès à l'expertise cardiologique et gériatrique facilité
- Équipe référente à disposition
- Consolidation des collaborations interservices
- Application des bonnes pratiques professionnelles
- Amélioration de la qualité des soins

Bénéfices médico-économiques

- Respect des recommandations ESC et HAS
- Prévention de la fragilité, des effets secondaires des traitements
- Diminution du recours à l'hospitalisation et notamment des réadmissions précoces
- Diminution du recours aux urgences

Les étapes clés de la mise en place

- Réalisation d'un état des lieux initial (PMSI, audit ciblé)
- Constitution de la Cellule d'Expertise et de Coordination IC au sein de l'établissement
- Définition des modalités de recours et d'intervention en collaboration avec les équipes intra hospitalières
- Mise en œuvre de l'organisation médico-soignante
- Ajustement en fonction des évaluations

Effort nécessaire

Faible **Modéré** Fort

Délais moyens observés

> 1 an

Projets similaires ou apparentés :



Patient Insuffisant Cardiaque et Parcours coordonné - PIC et PAC
Réfèrent Dr Franck ALBERT
falbert@ch-chartres.fr





Pourquoi

HELP IC ?

1.1. - Les constats et les besoins
exprimés

p8-10

1.2 - Rationnel scientifique

p10-11

1.1 - Les constats et les besoins exprimés

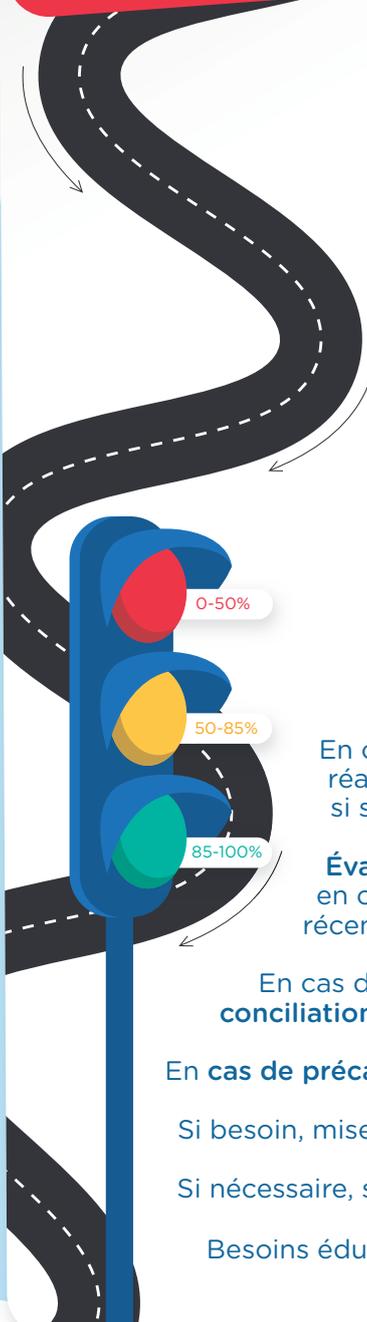
Au travers de plusieurs études internes au CHUGA, les équipes de cardiologies ont pu mettre en évidence les difficultés suivantes :

- **Un patient sur deux** est hospitalisé en dehors du service de cardiologie lors d'une décompensation cardiaque.
- **Des pratiques hétérogènes avec un traitement différentiel** selon le service d'hospitalisation du patient IC, facteurs d'**inégalité d'accès aux soins**.

Taux de respect des recommandations ESC et HAS

La prise en charge intra-hospitalière

	Cardiologie	Autres services
Avis cardiologique obtenu, quels que soient l'âge du patient ou le service d'hospitalisation	●	●
Fonction cardiaque évaluée par échographie	●	●
Dépistage effectué ou prévu :		
• HTA	●	●
• Diabète	●	●
• Anomalies lipidiques (EAL)	●	●
• Anémie	●	●
• Carence martiale	●	●
• Syndrome d'apnée du sommeil (SAS)	●	●
• BPCO	●	●
• Insuffisance rénale (IR)	●	●
• Dépression	●	●
Statut vaccinal vérifié et vaccination proposée si besoin :		
• Grippe	●	●
• Pneumocoque	●	●
• COVID	●	●
En cas de carence martiale , le traitement réalisé en hospitalisation ou programmé si sortie d'hospitalisation	●	●
Évaluation gériatrique standardisée (EGS) réalisée en cas de syndrome gériatrique et/ou de perte récente des activités de la vie quotidienne	●	●
En cas de polymédication ou de polyopathie , conciliation médicamenteuse menée	●	●
En cas de précarité , intervention d'une assistante sociale	●	●
Si besoin, mise en place d'une assistance à domicile	●	●
Si nécessaire, soins palliatifs organisés	●	●
Besoins éducatifs évalués et ETP débutée si possible	●	●



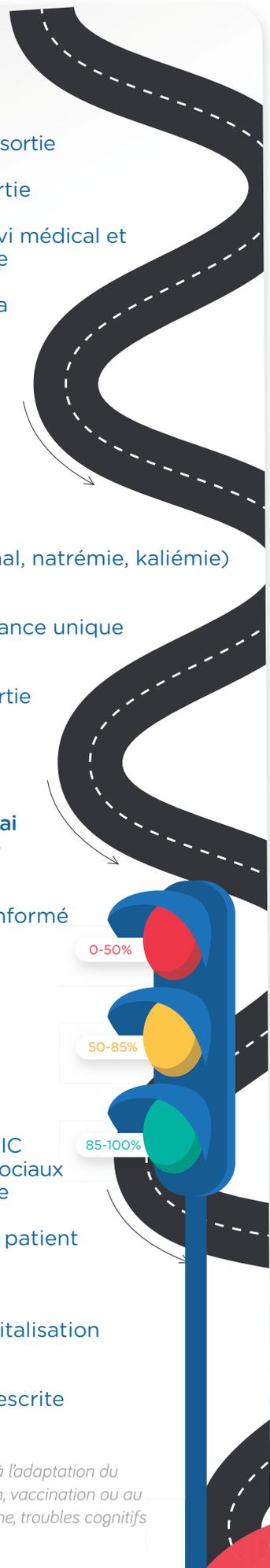
La transition entre l'hôpital et le domicile

Cardiologie	Autres services	
●	●	Absence de signes de congestion évaluée avant la sortie
●	●	Optimisation du traitement débutée avant la sortie
●	●	Informations sur la prise des médicaments, le suivi médical et biologique fournies au patient ou à son entourage
●	●	Professionnels de santé du 1^{er} recours prévenus de la date de sortie (MT, IDEL, ...)
●	●	Aides à domicile organisées
●	●	CRH remis au patient à sa sortie avec un plan de soins
●	●	Fiche de suivi des objectifs éducatifs remis au patient
●	●	1^{ère} ordonnance de suivi biologique (fonction rénal, natrémie, kaliémie) remise au patient
●	●	Prescriptions médicamenteuses sur une ordonnance unique remises au patient
●	●	Débit de filtration glomérulaire estimé avant la sortie indiqué sur l'ordonnance des médicaments (DFG)

Le suivi du patient

●	●	Consultation avec le médecin traitant dans un délai < 7 jours après la sortie planifié ou patient informé
●	●	Consultation avec le cardiologue dans un délai < 2 semaines après la sortie planifié ou patient informé
●	●	Visites à domicile d'un IDE formé, organisé (PRADO ou autres organisations)
●	●	Télesurveillance (si nécessaire)
●	●	Concertation pluriprofessionnelle organisée pour les patients complexes*
●	●	Plan personnalisé de santé (PPS) élaboré en cas d'IC sévère ou associée à des problèmes sanitaires ou sociaux nécessitant une prise en charge pluriprofessionnelle
●	●	Conditions d'accès aux soins rapide données au patient
●	●	Poursuite de l' ETP proposée
●	●	Réadaptation cardiaque proposée en post-hospitalisation ou de façon différée Réadaptation
●	●	Activité physique régulière et adaptée (APA) prescrite

* problèmes soit liés à l'organisation des soins : risques liés aux médicaments, à l'organisation du suivi, à l'adaptation du mode de vie, à la difficulté à traiter l'IC en raison de facteurs de mauvais pronostic, cachexie/dénutrition, vaccination ou au contexte de vie : problème de mobilité, difficultés à prendre soin de soi, incapacité dans la vie quotidienne, troubles cognitifs ou thymiques, isolement, maltraitance, précarité



Autre difficulté :

- **Un taux de réhospitalisation à 1 mois** après une décompensation cardiaque **uniquement de 5 %** pour des patients ayant été pris en charge par la filière cardiologique (versus 25 % autres services de soins - Rappel 23% au niveau national).



Sur la base de ces constats, Le Dr SALVAT et son équipe ont réinterrogé leurs pratiques.

En effet, la prévention (dépistage des comorbidités, l'évaluation gériatrique, les vaccinations), les problématiques sociales (précarité, aides à domicile), la prise en charge thérapeutique (optimisation des traitements, conciliation médicamenteuse, éducation thérapeutique), le suivi des patients, les soins palliatifs et la coordination avec les acteurs du 1^{er} recours présentaient de nombreux axes d'amélioration.

Ainsi en complément de la **création d'une Cellule d'Expertise et de Coordination de l'IC (CECIC)**, a été mis en place le **dispositif HELP IC** visant à sécuriser le parcours patient IC en intra-hospitalier.

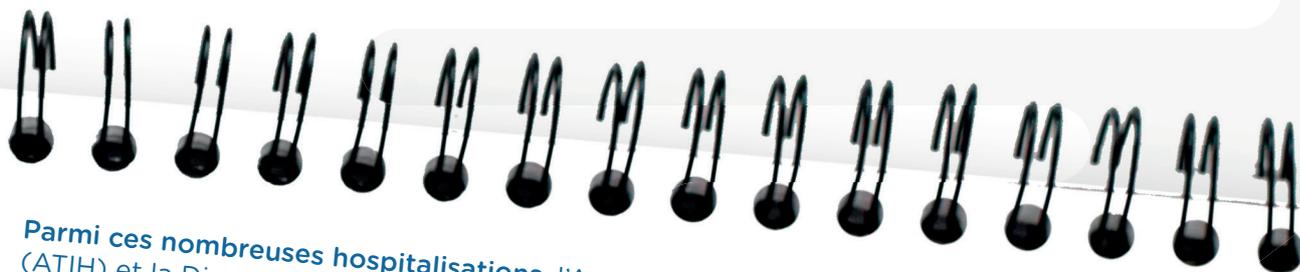
1.2 - Rationnel scientifique

La prise en charge des patients insuffisants cardiaques admis pour décompensation cardiaque demeure **hétérogène** lors d'une hospitalisation.

En effet, différentes études françaises (Duflos et al., 2017, Laveau et al., 2017) constatent que les **patients admis pour décompensation cardiaque en cardiologie bénéficient d'une prise en charge plus proche des recommandations de bonnes**

pratiques comparativement aux patients admis dans d'autres services.

L'inobservance des recommandations n'est pas sans conséquence. Il a été démontré que le respect de celles-ci par les médecins était statistiquement associé à une moindre mortalité et à une meilleure survie des patients (Komadja et al., 2019).



Parmi ces nombreuses hospitalisations, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) ont établi que :



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

l'IC était la 1^{ère} cause d'hospitalisation potentiellement évitable avec en 2014 un taux de : **34,18 %**
ATIH et DGOS, 2018

Cet indicateur correspond aux « hospitalisations nécessaires au moment de l'admission à l'hôpital mais qui auraient pu être évitées avec une prise en charge appropriée des soins de premier recours ». (ATIH et DGOS, 2018).

La récurrence de ces hospitalisations grève non seulement la qualité de vie des patients mais menace également leur pronostic vital. De fait, **il existe un surrisque de décès à court et à moyen terme et un risque majoré de réadmission dans la période suivant une hospitalisation pour décompensation cardiaque** (Sridharan & Klein, 2013). Ce constat reste valable même lors d'une première hospitalisation (Lum et al., 2012).

A partir de ce constat de la littérature mais aussi de données issues de la « vraie vie » de notre centre hospitalier (données du DIM non publiées) il nous semble primordial de **repenser les organisations existantes afin de trouver des pistes d'amélioration**. Nous avons imaginé au sein du CHUGA mettre en place une cellule de coordination et d'expertise mobile d'insuffisance cardiaque composée d'infirmiers spécialisés dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, cardiologue et cardiogériatre pour optimiser la prise en charge de patients insuffisants cardiaques hospitalisés hors du service de cardiologie.





Présentation de HELP IC

2.1. - Objet	p14
2.2 - Composition de l'équipe et ses modalités d'intervention	p15
2.3 - Population ciblée	p15
2.4 - HELP IC étape par étape	p16-19
2.5 - Les facteurs clés de réussite	p20
2.6 - Une filière en constante évolution	p20
2.7 - Témoignages	p21-23

2.1 - Objet

HELP-IC est un **dispositif intra-hospitalier** permettant de dispenser un avis cardiologique nécessaire à la bonne prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC) dans l'ensemble des services de l'établissement du CHUGA et de structurer le parcours de soins de ces patients.

HELP IC propose une activité de consultant médical/paramédical qui ne se substitue pas aux équipes en charge du malade. **HELP IC** veille au respect des recommandations de bonnes pratiques. A ce titre, **il assiste les médecins des**

unités d'hospitalisation non cardiologiques et/ou des urgences (UHCD) dans l'optimisation du traitement médical de l'insuffisance cardiaque et la planification des modalités de suivi au décours immédiat de l'hospitalisation (articulation hôpital-ville notamment).

Il n'assure pas la prescription des thérapeutiques, des examens paracliniques nécessaires, ou encore des soins. Ceux-ci sont en revanche mis à disposition des équipes médicales sous forme **d'un avis écrit dans le dossier patient informatisé.**

Nature de ses interventions



2.2 - Composition de l'équipe et ses modalités d'intervention

Outil 01



L'équipe du CHUGA est composée de :

- **Cardiologue et Cardiogériatre** (0,5 équivalent temps plein)
- **IPA - ISPIC** (1 équivalent temps plein)

Help-IC intervient dans les services du **lundi au vendredi du 9h à 17h**. Il ne se substitue pas aux circuits internes de gestion des urgences et ne dispense donc pas d'avis urgent.

Le cardiogériatre et l'IPA travaille en binôme. Cette collaboration permet un travail conjoint pour améliorer la **prise en charge holistique des patients**. Chaque professionnel apporte sa plus-value dans le parcours de soins et apprend de l'autre.

Formé au dépistage, à la gestion des comorbidités, à l'organisation des parcours de soins / de santé, l'IPA œuvre dans le **cadre d'un protocole d'organisation**.

2.3 - Population ciblée

Patients hospitalisés pour une insuffisance cardiaque aigüe dans les services hors-cardiologie
(ex : médecine interne, médecine générale ou polyvalente, gériatrie, ...)



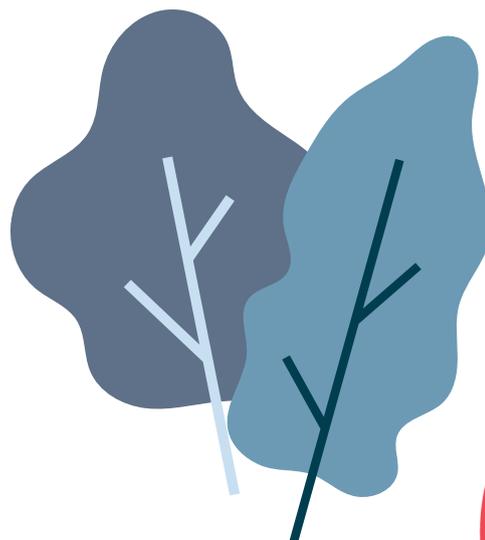
Le patient doit être hospitalisé depuis plus de 24h.



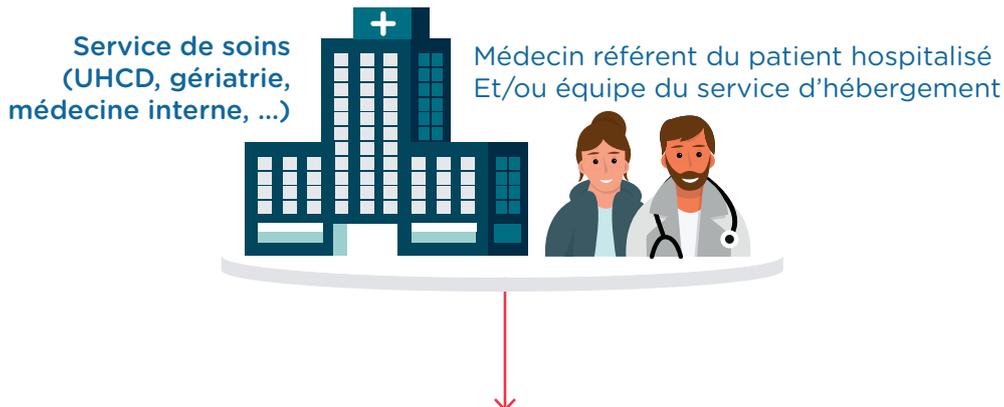
Le patient doit être présent dans l'unité lors de la venue de **l'équipe de Help-IC** avec un ECG du jour et une biologie de moins de 72h à disposition.



Il n'y a aucune pertinence médicale à évaluer **les patients insuffisants cardiaques stables** hospitalisés pour un autre motif.



2.4 - HELP IC étape par étape



Identification d'un patient avec des symptômes d'insuffisance cardiaque (EPOF) inhabituels et jugé instable

Prescription d'un ECG et d'une analyse biologique



Analyse biologique et biochimique :

- Formue sanguine (NFS)
- Ionogramme sanguin
- Urée
- Créatininémie, clearance à la créatinine
- NT ProBNP
- Enzymes hépatiques (TGO, TGP, Gamma GT, Phosphatases alcalines)
- Ferritine
- Coef. De saturation transferrine (CST)
- Selon l'âge et l'état général
 - Profil lipidique
 - Hémoglobine glyquée
 - Peptides natriurétiques (1 bilan dans les 7 jours)



Demande d'intervention d'HELP IC
(Adresse e-mail HELP IC ou téléphone)



Pour informer de la prise en compte de sa demande, l'équipe à mis en place une réponse automatique par mail

*« Nous avons bien réceptionné votre demande adressée à HelpInsuffisanceCardiaque@chu-grenoble.fr, cependant, avez-vous pensé à joindre la **demande d'avis QUALNET** (ctrl + clic sur https://intraqualprod/intraqual/V5/Doc/consultation/cadre_lecture.aspx?ID=7HaaJ2BdRcsgnUdwQmm7Qg==), + l'**ECG** du jour + les **biologies** suivantes datant de **moins de 7 jours** : Ionogramme sanguin, Urée, Créatininémie, NFS, NT ProBNP, TGO, TGP, GammaGT, Phosphatases alcalines »*

Outil 02



Réception, analyse de la demande et planification de l'intervention

- Réception des demandes par le personnel en poste ce jour là
- Priorisation d'ordre médical ou organisationnel
 - Critères de priorité :
 1. Patient hospitalisé à l'UHCD (objectif : libérer les places en UHCD)
 2. Demande limitation thérapeutique
 3. Demande d'optimisation thérapeutique et de gestion du parcours de soins
- Pour chaque patient, étude :
 - Des données figurant dans le dossier patient informatisé (DPI) afin de confirmer l'insuffisance cardiaque.
 - De la présence d'un ECG
 - Des résultats de la biologie
 - Et recueil selon les besoins d'informations complémentaires
- Fixation d'un horaire de passage dans le service et information de ce dernier



Intervention initiale dans le service

- Réalisation d'interrogatoire et examen clinique du patient
 - Évaluation globale de l'insuffisance cardiaque et des comorbidités selon la FEVG < 40% et 40% et plus
 - Évaluation gériatrique
 - Évaluation sociale
- Échange avec l'équipe médicale en charge du patient : consignes de prise en charge attendues.
- Transmission à l'équipe médico-soignante de la check-list de sortie comportant l'ensemble des investigations, traitements à mettre en œuvre pendant le séjour et à la sortie du patient (biologies, recherches de comorbidités, traitements, ...)
- Rédaction d'un Compte-rendu (CR) d'intervention dans le dossier médical du patient reprenant les consignes de l'équipe de HELP-IC.
- Si besoin, planification d'un échographie cardiaque

Outil 03

Outil 04

Outil 05



Selon les besoins, réévaluation à 48h

- Critères de réévaluation à 48 h après la 1^{ère} intervention :
 - Selon l'état clinique du patient : si patient très congestif ou à risque de bas débit au moment de la 1^{ère} intervention
 - Si mauvais contrôle du(es) facteur(s) déclenchant(s) lors de la 1^{ère} intervention
 - Si suivi des comorbidités* non réalisés lors de la 1^{ère} intervention
- * porteur d'une comorbidité : carence martiale, diabète, BPCO, cancer, AVC, anémie, dysthyroïdie, HTA, dyslipidémie, IR, dépression, troubles cognitifs*
- Demande à l'équipe en charge du patient de refaire une biologie et un ECG 48h après la 1^{ère} intervention
 - Nouveau passage de l'équipe de HELP-IC si besoin d'un nouvel examen clinique ou étude du dossier patient



Sortie du patient

- Consignes déjà écrites dans le CR d'intervention initiale :
 - Planification :
 - D'une rééducation cardiaque (selon la ressource SMR présente sur le territoire et les besoins du patient)
 - En l'absence de rééducation cardiaque,
 - d'une consultation médecin traitant dans les 7 jours suivant la sortie avec une biologie de contrôle
 - d'une consultation avec cardiologue traitant dans les 15 jours suivant la sortie.
- Nota :** En l'absence de cardiologue traitant ou si le délai d'obtention du RDV est trop long, **organisation d'une consultation de réévaluation avec le cardiologues hospitalier ou l'IPA ou d'un HDJ de cardiologie** (choix fait par l'équipe de HELP-IC)
- Inclusion, si nécessaire, dans un programme de télésurveillance (Équipe hospitalière ou de ville)
 - Définition d'un programme de prise en charge globale avec les équipes de ville (1^{er} recours)
- Transmission au médecin et cardiologue traitant d'un compte rendu d'hospitalisation (CRH)

La mise en place d'un programme ambulatoire spécifique du patient IC permet de réduire le nombre d'hospitalisations et d'améliorer le bien-être du patient.

Sa mise en œuvre se fait en équipe pluriprofessionnelle et reste active tout au long du parcours de santé du patient. Cette approche contribue également au maintien de la concordance thérapeutique entre les différents professionnels de la santé. Ce dernier point reste encore un défi de taille, les patients atteints d'IC étant le plus souvent polymorbides.



L'éducation thérapeutique du patient

L'autogestion du patient est essentielle pour une prise en charge efficace de l'IC ; celle-ci permet aux patients de comprendre leur maladie, les symptômes et les raisons du traitement. Le choix de médicaments doit être expliqué pour ses indications et ses effets secondaires. Le plan de soins est ainsi élaboré avec sa participation et devient ainsi plus acceptable et mieux suivi. L'ETP permet au patient de gagner en autonomie dans la gestion au quotidien de sa maladie ainsi que sur ses modes de vie.

Les points clés de cet E.T.P. :



Reconnaître les signes et les symptômes de son IC pour réagir adéquatement en cas de changement : le patient devrait avoir des consignes claires (prendre une dose de diurétique supplémentaire, appeler son infirmière à domicile ou son médecin) en cas d'apparition d'une dyspnée ou d'œdèmes, d'une prise de poids inattendue de >2kg en 3 jours.



Savoir s'hydrater : L'hydratation doit être ajustée au patient selon son niveau d'IC, d'hyponatrémie et de la période de l'année (température et humidité).



Bien s'alimenter pour éviter la malnutrition, manger sainement, éviter l'excès sodé (> 5gr/j) et maintenir un poids optimal.



Comprendre les conséquences d'une consommation d'alcool excessive sur sa maladie cardiaque et, en cas de besoin, intégrer un programme visant à contrôler celle-ci.



Comprendre l'importance du vaccin contre la grippe et le pneumocoque.



S'arrêter de fumer.



Savoir reconnaître les symptômes anxieux et dépressifs fréquents liés à cette maladie chronique.



L'activité physique

La spirale du déconditionnement des maladies chroniques est très fréquente pour les patients avec IC et aggrave progressivement ses deux symptômes majeurs, la dyspnée et la fatigue musculaire. Un programme d'activité physique quotidien ajusté à la capacité cardiaque du patient, lui permet de retrouver une autonomie dans ses déplacements, de diminuer l'inconfort lié à l'IC et de diminuer le risque d'hospitalisation.

2.5 - Les facteurs clés de réussite

La communication

La réussite du projet dépend en bonne partie de la capacité du porteur à le **faire connaître à l'ensemble des parties prenantes, en particulier les membres de la CME et plus largement de la communauté médicale**. Cela permettra notamment de garantir la pertinence des adressages.

Outre la présentation du projet aux instances hospitalières, vous pouvez **contacter le service communication de votre hôpital**. Celui-ci pourra sans aucun doute vous aider à mettre en place une information via ses outils (journal interne, affichage, intranet, réunions internes ...).

Vous pouvez également **rédiger des courriers d'information à l'intention de vos confrères et demander à intervenir lors des réunions de service**. Cette étape vous permettra d'informer les médecins et contribuera à remporter leur adhésion au dispositif.



L'adhésion des médecins hospitaliers au dispositif HELP IC

Il faudra peut-être du temps pour que vos confrères prennent l'habitude de vous contacter pour obtenir un avis. Ils ne pourront le faire que s'ils comprennent le dispositif et son intérêt.

Multiplier les rencontres vous permettra de créer du lien et de sensibiliser les équipes. Dans ce contexte, les IDE et les cadres de santé sont des relais essentiels : n'hésitez pas à aller à leur rencontre et à leur fournir une information spécifique. Enfin, vos patients peuvent aussi vous aider à faire connaître le dispositif en en parlant aux professionnels qui les reçoivent.

La formation des professionnels

Déployer le dispositif implique de former les différents intervenants : internes, praticiens, cadres et paramédicaux. **Il faut donc anticiper ce temps de formation qui sera pris sur leur temps de travail et établir un programme qui vous permettra de transmettre les connaissances nécessaires à la bonne marche du projet.**

La formation devra notamment rappeler les essentiels de la pathologie, présenter les objectifs du dispositif et le positionner dans l'environnement et le contexte de l'hôpital.



2.6 - Une filière en constante évolution

L'équipe HELP IC souhaite faire évoluer son disposition d'appui aux équipes médico-soignantes en intra-hospitalier notamment dans le cadre du GHT. Son principal axe de développement viserait à instaurer **une équipe mobile « Insuffisance cardiaque » (UMIC)**

Cette UMIC se déplacerait à la demande des médecins des établissements du GHT pour des patients porteurs de cette pathologie. Elle permettrait d'apporter une prise en charge multidisciplinaire directement dans le service où est hospitalisé le patient en améliorant son parcours de soins.

Ses interventions :

- **une évaluation cardiologique** en cours d'hospitalisation. A ce titre, elle pourrait réaliser un entretien clinique standardisé et assurer la captation de données cliniques (ECG, Echographie cardiaque) qui seraient ensuite transmises pour analyse en asynchrone au le cardiologue FIL-EAS ic
- **une éducation thérapeutique** initiale ou approfondie
- **une optimisation thérapeutique**
- **une discussion des perspectives thérapeutiques.**

2.7 - Témoignages

Dr E. Chidlovskii - *Cardio-gériatre*
Dr M. Salvat - *Cardiologue*



Comment est née l'idée d'HELP-IC ?

Dans notre CHU, un patient sur deux est hospitalisé en dehors du service de cardiologie lors d'une décompensation cardiaque. Alors que l'on observe une baisse de la mortalité intra hospitalière depuis 10 ans en France, la période qui suit une hospitalisation pour insuffisance cardiaque (IC) est associée à une augmentation de la mortalité à court terme et à moyen terme et à un risque majoré de réadmission précoce. Même si les hospitalisations itératives résultent de situations cliniques complexes et hétérogènes, les experts s'accordent pour dire qu'un certain nombre pourrait être évité. Les registres et les enquêtes de pratique montrent que les recommandations ne sont que partiellement appliquées, que ce soit pour les médicaments, l'éducation thérapeutique ou la réadaptation cardiaque. HELP-IC vise à corriger cette situation en permettant que chaque patient atteint d'IC reçoive un avis cardiologique, quel que soit le service dans lequel il est hospitalisé.

Qu'apporte ce projet par rapport à l'existant ? En quoi constitue-t-il une innovation ?

HELP-IC est un dispositif qui permet de dispenser un avis nécessaire à la bonne prise en charge des patients atteints d'IC dans l'ensemble des services de l'établissement du CHU GA et de structurer le parcours de soins de ces patients.

Quel a été le chemin pour arriver à sa mise en place ?

Nous avons mené une réflexion collégiale autour de la faisabilité du projet. Après une présentation et la validation du projet à la réunion du service de cardiologie nous avons élaboré la fiche informatique dédiée avant de procéder à la diffusion institutionnelle du projet.

Quels freins avez-vous rencontrés ?

HELP-IC n'assure pas la prescription des thérapeutiques, des examens paracliniques nécessaires, ou encore des soins. Ceux-

ci sont en revanche mis à disposition des équipes médicales sous forme d'un avis écrit dans la fiche dédiée. Parfois les recommandations de HELP-IC ne sont pas appliqués par les équipes en charge du patient.

Quels sont les secrets de la réussite ?

La motivation de l'équipe HELP-IC fait toute la différence ! Elle permet d'améliorer la prise en charge des patients en orientant la personne atteinte d'IC dans la filière cardiologique intra-hospitalière (consultation avec l'infirmier en pratique avancée, consultation spécialisée d'insuffisance cardiaque, échographie cardiaque, hôpital de jour de cardiologie), ou extra-hospitalière (cardiologie de ville).

Quels sont les projets pour l'avenir ?

Nous allons élaborer des fiches à destination des équipes soignantes et des patients :

- Pour les équipes soignantes : fiches-conseil, éléments d'information et de formation sur la pathologie et sa prise en charge : traitement médicamenteux, règles hygiéno-diététiques, dénutrition, anémie, carence martiale et parcours de soins.
- Pour les patients : fiches-conseil, éléments d'information et de formation avec notamment le repérage des signes d'IC (EPOF)

Que recommanderiez-vous aux confrères qui souhaitent déployer de type d'organisation ?

Il est crucial d'améliorer la qualité de vie du patient insuffisant cardiaque et de réduire les ré-hospitalisations. L'intervention de HELP-IC veille, dans la mesure du possible, au respect des recommandations et assure, le cas échéant, un suivi des patients dans le cadre des consultations et des structures d'hôpital de jour si nécessaire.



Mme M. Moulin - *Infirmière en Pratique Avancée*

Quel est votre rôle au sein d'HELP IC ?

En tant qu'IPA, j'apporte mes connaissances spécifiques sur la prise en charge du patient insuffisant cardiaque et plus particulièrement concernant son parcours à la fois hospitalier et extrahospitalier. En collaboration avec le Dr CHIDLOVSKII, cardiogériatre, je donne un avis consultatif sur la prise en charge des patients IC hospitalisés en dehors des services de cardiologie afin d'améliorer l'application des recommandations de bonnes pratiques. Mon rôle permet d'apporter une vision paramédicale dans les projets de soins. Je participe activement à la création des outils utilisés (check-list de sortie à destination des professionnels, documents éducatifs

à destination des patients...) et suis également chargée du recueil des indicateurs d'évaluation de notre dispositif.

Concrètement, comment se déroule l'intervention côté IPA ?

Au quotidien l'intervention IPA se déroule conjointement avec celle du médecin : nous nous réunissons afin de traiter les demandes de sollicitation et les prioriser, puis nous étudions le dossier du patient (anamnèse, traitement en cours, résultats biologiques, résultats des examens paracliniques...).

Une fois ces étapes effectuées, nous nous déplaçons au chevet du patient afin de réaliser un interrogatoire et un examen clinique. Nous discutons avec l'équipe en charge du patient de nos préconisations. Un compte-rendu est ensuite rédigé soit par l'IPA soit par le médecin.

A la sortie d'hospitalisation, je peux être amenée à revoir le patient pour une consultation de réévaluation précoce, pour poursuivre l'optimisation thérapeutique, gérer les comorbidités et les facteurs de risque cardiovasculaire ou pour poursuivre le bilan étiologique de la cardiopathie.

Comment la collaboration avec les autres professionnels de santé s'organise-t-elle ?

La collaboration avec les autres professionnels s'organise de manière naturelle à la fois en discutant lors de nos déplacements dans les unités de soins et aussi par la diffusion du compte-rendus écrit reprenant l'ensemble de nos préconisations.

Quel est l'intérêt pour l'IPA de rejoindre ce type d'organisation ?

Ce dispositif permet d'apprendre grâce au compagnonnage constant en lien avec la cardiogériatrie, en particulier dans les domaines jusque-là réservés au corps médical comme l'examen clinique ou la gestion médicamenteuse en compagnonnage avec un médecin, mais aussi en ce qui concerne les connaissances spécifiques liées à la population gériatrique.

Par ailleurs, le dispositif est un bon moyen pour mieux faire connaître la fonction d'Infirmier en Pratique Avancée.

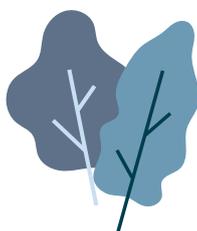
Enfin c'est aussi l'occasion pour l'IPA de mobiliser ses autres domaines de compétences en dehors de l'activité clinique par exemple l'amélioration des pratiques professionnelles ou encore la recherche clinique.

Quels sont les écueils à éviter ?

Le dispositif vient en sus des activités quotidiennes. Il faut donc prévoir un temps dédié dans les missions de l'IPA.

Que recommanderiez-vous aux IPA qui envisagent d'intégrer ce type d'organisation ?

Il est indispensable de disposer d'une bonne connaissance de l'IC (pathologie, traitement médicamenteux et non médicamenteux, dernières recommandations de bonne pratique) et de l'environnement dans lequel on opère (organisation de l'établissement, structures extérieures).



Médecin généraliste

Unité post-urgence (médecin requérant)

Que vous apporte l'organisation HELP-IC ? Quel est l'intérêt pour vous en tant que médecin requérant ?

Help-IC nous permet d'avoir un regard spécialisé sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Nous pouvons ainsi mieux hiérarchiser la mise en place des traitements de l'IC, discuter de leur balance bénéfico-risque et enfin être plus rigoureux dans la prise en charge des patients. En tant que médecin généraliste, j'estime que la cellule nous aide à avoir des prises en charge de meilleure qualité et suivant mieux les recommandations. Nous sommes également accompagnés sur la prise en charge de patients souvent polyopathologiques. Cela permet aussi de mieux coordonner le suivi à moyen et long terme.

Quels sont les freins éventuels pour un médecin potentiellement requérant ?

En tant que médecin requérant on peut avoir peur de trop solliciter la cellule.

Quels sont les ingrédients indispensables pour que les médecins potentiellement requérants participent à une telle filière ?

Le prérequis sine qua non est de savoir que le dispositif existe. Il y a donc un travail d'information et de communication à faire au sein de l'établissement mais aussi entre collègues et entre services.

Que diriez-vous à vos confrères qui hésitent à faire appel à ce type d'organisation ?

Ce dispositif contribue fortement à améliorer la prise en charge des patients donc il n'y a pas lieu d'hésiter.

Évaluation et modèle médico-économique



Évaluation

Pour suivre la mise en place et la pertinence de votre dispositif HELP IC, nous vous proposons, en collaboration avec votre médecin DIM, de recueillir les données suivantes :

→ Indicateurs d'activité

- Nombre de patient ayant bénéficié de l'avis de HELP IC au global et par service requérant
- Profil des personnes prises en charge avec notamment leur origine géographique (âge, sexe, zone géographique,)
- Nombre d'intervention totale et moyenne de l'équipe HELP IC par patient, par service requérant
- Nombre de patient orienté :
 - en consultation spécialisée d'IC
 - en consultation gériatrique
 - en consultation IPA
 - en télésurveillance
 - en HDJ de cardiologie
 - vers la médecine libérale : Médecin traitant, cardio libéral
 - vers un DAC
 - vers l'HAD
 - vers le PRADO
 - réadaptation cardiaque

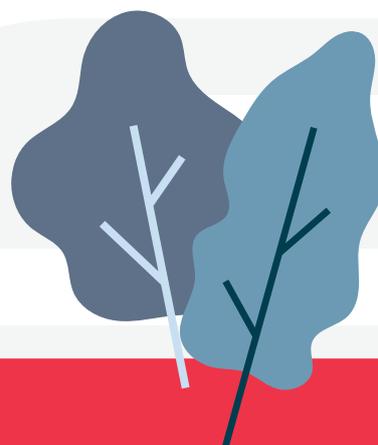
→ Indicateurs organisationnels : Efficacité du process

- Taux de patient avec IC à FEVG altérée sorti sous quadrithérapie en l'absence de contre-indication (*)
- Taux de patient avec IC à FEVG préservée sorti sous Glifozine en l'absence de contre-indication (*)
- Taux de respect des recommandations proposées par HELP IC partielles / totales (*)
- Taux de sensibilisation des professionnels de santé à la vaccination (*)
- Taux de patient ayant bénéficié du dépistage de la carence martiale
- Taux de patient ayant bénéficié du traitement recommandé de la carence martiale
- Taux de patient avec un plan personnalisé à la sortie notamment avec les équipes du 1^{er} recours
- Taux de réadmission à 30 jours

→ Indicateurs sur la démarche qualité

- Taux d'appropriation par les professionnels de santé, des recommandations de bonnes pratiques (*)
- Taux de dossier avec une optimisation des traitements (*)
- Taux de réponse aux questionnaires de satisfaction et indices de satisfaction des requérants d'HELP IC

** sous forme d'EPP*



Modèle médico-économique

La mise en œuvre d'HELP IC au sein du CHU de Grenoble étant récente et progressive, il n'a pas été possible, lors de la conception de cette boîte à outil, d'effectuer un retour d'expérience quant à son modèle médico-économique, ni d'en évaluer sa pertinence.

L'équipe HELP IC projette la mise en place d'un suivi spécifique en collaboration avec le Département d'information Médicale du CHU.

Les résultats feront l'objet d'une communication ultérieure et viendront enrichir cette première publication.



Annexes

Annexe 1 - Bibliographie

Duflos, C., Troude, P., Strainchamps, D., Logeart, D., Ségouin, C., & Mercier, G. (2017). Hospitalisation pour insuffisance cardiaque aiguë chez les patients âgés de plus de 65 ans : Typologie des parcours et prises en charge intra-hospitaliers. Étude PIICA (Parcours intra-hospitaliers de l'insuffisance cardiaque aiguë), Paris, France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 65, S18 S19. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.041>

Laveau, F., Hammoudi, N., Berthelot, E., Belmin, J., Assayag, P., Cohen, A., Damy, T., Duboc, D., Dubourg, O., Hagege, A., Hanon, O., Isnard, R., Jondeau, G., Labouree, F., Logeart, D., Mansencal, N., Meune, C., Pautas, E., Wolmark, Y., & Komajda, M. (2017). Patient journey in decompensated heart failure : An analysis in departments of cardiology and geriatrics in the Greater Paris University Hospitals. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 110(1), 42 50. <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2016.05.009>

Komajda, M., Schöpe, J., Wagenpfeil, S., Tavazzi, L., Böhm, M., Ponikowski, P., Anker, S. D., Filippatos, G. S., Cowie, M. R., & Investigators, on behalf of the Q. (2019). Physicians' guideline adherence is associated with long-term heart failure mortality in outpatients with heart failure with reduced ejection fraction : The QUALIFY international registry. *European Journal of Heart Failure*, 21(7), 921 929. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1459>

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation & Direction générale de l'offre de soins. (2018, 20 mars). Les hospitalisations potentiellement évitables. ScanSanté. <https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination>

Sridharan, L., & Klein, L. (2013). Prognostic Factors in Patients Hospitalized for Heart Failure. *Current Heart Failure Reports*, 10(4), 380 386. <https://doi.org/10.1007/s11897-013-0162-8>

Lum, H. D., Studenski, S. A., Degenholtz, H. B., & Hardy, S. E. (2012). Early Hospital Readmission is a Predictor of One-Year Mortality in Community-Dwelling Older Medicare Beneficiaries. *Journal of General Internal Medicine*, 27(11), 1467 1474. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2116-3>



La boîte à outils

Outil 01 - Protocole d'organisation type IPA / cardiologues	p29-34
Outil 02 - Demande d'avis insuffisance cardiaque	p35
Outil 03 - Compte -rendu type d'intervention	p36
Outil 04 - Check-list de sortie d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque et algorithmes décisionnels	p37-38
Outil 05 - Fiches d'information à destination des professionnels de santé (Thématiques : surveillance clinique, fréquence des consultations, thérapeutiques, diététique, activité physique, ...)	
Outil 06 - Conseils de sortie patient (EPOF / EPON)	p48
Outil 07 - Enquête de satisfaction requérants	p47

PROTOCOLE D'ORGANISATION TYPE en cardiologie



Entre les
soussignés :



Ci-après le Cardiologue
Nom, prénom, Fonction

et

Ci-après l'infirmier en
pratique avancée (I.P.A.)
Nom, prénom, Fonction



1 - Objet du protocole d'organisation

Ce protocole d'organisation vise à clarifier les conditions de la complémentarité interprofessionnelle et les modalités d'intervention auprès des patients atteints de pathologies chroniques stabilisées cardiovasculaires.

Il précise :

- Le(s) domaine(s) d'intervention de l'I.P.A. et les modalités de prises en charge
- Les modalités de collaboration, d'échanges d'informations, de réunions pluriprofessionnelles
- Ainsi que les conditions de retour du patient vers le médecin sur décision de l'infirmier en pratique avancée ou à la demande du patient



2 - Lieux d'exercice

Les lieux d'exercice de l'infirmier en pratique avancée, en ville, sont : *(utile si plusieurs sites d'intervention)*

- Cabinet de spécialités *(coordonnées)*
- C.P.T.S. *(coordonnées)*
- E.S.S. en cardiologie *(coordonnées)*
- Établissement de santé *(coordonnées)*
- Domicile des patients
- Autres *(A préciser)*



3 - Domaines d'intervention concernés

Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires :

Actes autorisés selon la réglementation en vigueur : Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R.4301-3 du code de la santé publique.

L'I.P.A. intervient auprès des patients ayant les pathologies (*A modifier ou enrichir selon les besoins populationnels de votre territoire*)

- Accident vasculaire cérébral (AVC) ...
- Maladies coronariennes (Infarctus du myocarde, angine de poitrine,)
- Insuffisance cardiaque,
- Cardiopathies structurelles (valvulopathies, foramen ovale perméable, ...)
- Arythmie cardiaque
- Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires (Hypertension artérielle, artériosclérose, diabète, tabagisme,)
- Autres (*A préciser*)



4 - Modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés

4- 1 Dispositions générales

En collaboration avec les cardiologues, l'I.P.A. réalise les missions d'orientation, de prévention, de dépistage, d'éducation à la santé qu'il juge nécessaires et participe à l'amélioration de l'accès aux soins ainsi qu'à celle de qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des cardiologues sur les pathologies prédéfinies.

Le process type de prise en charge des patients par l'I.P.A. est le suivant :



1 - Après examen du dossier médical des patients, le cardiologue détermine ceux auxquels un suivi par un I.P.A. est proposé. Cette étape peut faire l'objet d'une concertation avec l'I.P.A. Le médecin propose au patient un suivi par un I.P.A. et lui remet le document en annexe A du protocole d'organisation dans lequel les modalités sont précisées. Le patient peut exercer son droit de refus.



2 - Après accord du patient, Le cardiologue met à la disposition de l'I.P.A., le dossier médical du patient dans lequel est reporté le résultat de ses interventions. (*ou support spécifique à préciser*)



3 - L'I.P.A. voit les patients lors de la consultation de 1er contact / éligibilité, pour s'assurer du respect de son cadre d'exercice, puis assure le suivi du patient dans sa globalité.



4 - L'I.P.A. voit ensuite régulièrement ces patients pour le suivi de leurs pathologies, dans les conditions prévues à l'article 4.2.

Les modalités de prise en charge par l'I.P.A. sont multiples et adaptées aux besoins de chaque patient. Elles consistent notamment à :

- Conduire un entretien * avec le patient, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique.
- Effectuer tout acte d'évaluation* et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et paraclinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux.
- Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé.
- Prescrire *:
 - des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
 - des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé
 - des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé
- Proposer le plan de soins et d'accompagnement.
- Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé.
- Coordonner avec le cardiologue, la prise en charge globale avec notamment :
 - Le médecin traitant,
 - Les professionnels soins de support (Assistante sociale, psychologue, diététicien, APA, ...) soins primaires ou hospitaliers
 - Les acteurs du domicile
 - Les médecins spécialistes
 - Les établissements de santé
 - Les acteurs du domicile
 - Les prestataires de service
 - Les pharmaciens
- Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire.
- Participer et animer des sessions d'éducation thérapeutique.
- Tracer l'ensemble de ses activités dans le dossier patient (informatisé ou non). *(A préciser)*
- Transmettre au médecin traitant, le compte rendu des consultations.

** Ces activités peuvent être en présentiel ou le cas échéant en distanciel*

4- 2 I.P.A. dans les parcours de soins ou de santé



L'I.P.A. intervient dans le cadre des parcours de soins ou de santé décrits en **annexe B**. Ces parcours précisent à titre indicatif : les consultations en binôme Cardiologue / I.P.A., le rythme des consultations I.P.A. en relais des consultations médicales ainsi que l'objet principal de ses interventions.

Légende des icônes

 Consultation présentielle

 Télésurveillance

 Consultation complète

 Distanciel

 ETP

 Consultation éligibilité

 Consultation I.P.A.

 Consultation de suivi

Les motifs d'adressage peuvent être les suivants :

- Répondre aux interrogations et informations du patient / des aidants en post annonce d'une maladie chronique
- Présentation le cas échéant, du plan d'accompagnement au patient et à son entourage et négociation avec eux le cas échéant
- Dépistage et prévention des facteurs de risque, des comorbidités
- Prise en main des échecs thérapeutiques et/ou risques de rupture du parcours
- Gestion de la titration
- Modification / renouvellement des traitements (adaptation des thérapeutiques, vérification de l'observance, de l'efficacité et de la tolérance)
- Contrôle des résultats d'examens prescrits par le cardiologue ou l'I.P.A.
- Éducation thérapeutique
- Suivi de cicatrises
- Organisation du devenir du patient
- Coordination des parcours complexes liée au profil du patient (vulnérabilités, isolement, handicaps, comorbidités multiples, maintien à domicile ...)

4- 3 Mobilisation des outils numériques :



Le cardiologue et l'I.P.A. utilise des outils numériques partagés, répondant aux pratiques et aux besoins de leur exercice.

S.I.	Commentaire
Gestion des rendez-vous / agendas partagés	En cas de logiciel différent, l'I.P.A. permet l'accès à son agenda au cardiologue et inversement (si par exemple l'I.P.A. veut rajouter un patient en urgence pour le cardio)
Dossier patient informatisé (DPI)	Accès ouvert au DPI avec le droit de prescription (Nom à préciser)
Messagerie	Messagerie sécurisée obligatoire
Télémédecine / télésoin	Sélection d'une plateforme commune à savoir : (Nom à préciser) Préciser l'outil de télésurveillance (Nom à préciser)

5- Conditions de retour du patient vers le médecin

5-1 - Sur décision de l'I.P.A.

Lorsque l'I.P.A. constate une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétence*, il adresse le patient sans délai au cardiologue et en informe expressément ce dernier afin de permettre une prise en charge médicale dans un délai compatible avec l'état du patient.

Ce retour est organisé par l'I.P.A. **en contact direct par téléphone ou de visu** avec le cardiologue, et réunit les conditions nécessaires pour éviter toute perte de chance pour le patient. Le cardiologue détermine le délai et les conditions

de retour nécessaires (consultation en urgence, hospitalisation, consultation à distance). Le patient est informé de sa réorientation vers le cardiologue ou le cas échéant vers le SAMU.

La décision, l'information et l'orientation du patient sont dûment notifiées dans le dossier patient.

* Exemple de situation

- Décompensation aiguë
- Echec thérapeutique et/ou non-observance des traitements
- Introduction de nouvelles thérapeutiques
- Signes d'alertes demandant une approche médicale
- Mise en échec des actions par le patient ou refus ou risque de rupture de soins

5-2 - Sur demande du patient

À tout moment, le patient peut interrompre sa prise en charge par l'I.P.A. et retourner vers le médecin.

↔ 6 - Modalités et régularité des échanges d'informations entre le cardiologue et l'infirmier exerçant en pratique avancée

6-1 - Gestion des absences et remplacement



Le cardiologue et l'I.P.A. assurent la continuité des soins aux patients pour les actes relevant de leurs activités.

L'I.P.A. et le cardiologue fixent, d'un commun accord, la date de leurs congés annuels.

En cas d'absence pour congés, maladie ou tout autre motif, sauf empêchement de force majeure, l'I.P.A. doit prendre en temps utile, toutes mesures nécessaires pour que la continuité de la prise en charge des patients soit assurée, que ce soit avec le cardiologue, le médecin traitant ou un I.P.A. qualifié.

L'I.P.A. remplaçant signe avec le cardiologue, le protocole d'organisation.

Il en est de même pour le cardiologue. En cas d'absence, il désigne un remplaçant et en informe l'I.P.A. Le remplaçant doit également être signataire du protocole d'organisation.

6-2 - Échanges d'information

L'I.P.A. alimente le dossier médical du patient à chaque entrevue avec celui-ci. **Au moins une fois par semaine, l'I.P.A. échange avec le cardiologue autour de la prise en charge des patients qui lui sont confiés.** Cet échange peut être de visu, par visioconférence ou par écrit. Dans ce cas, l'usage d'une messagerie sécurisée est privilégié.

La traçabilité des échanges entre le cardiologue et l'I.P.A. sera assurée dans le dossier médical du patient.



7 - Modalités et régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelles

Une concertation pluriprofessionnelle est organisée une fois par semaine ou

tous les 15 jours (à définir selon la file active de patients) de préférence en présentiel au sein de la structure. Si le présentiel n'est pas possible une visioconférence sera réalisée.

Cette concertation pluridisciplinaire a pour objet de définir et d'organiser la prise en charge des patients avec notamment :

- L'évaluation des situations complexes et l'analyse des bénéfices/risques
- L'analyse de la pertinence des prises en charge par l'infirmier en pratique avancée

Elle s'effectue en accord avec les textes et les recommandations de bonnes pratiques. Les professionnels impliqués sont a minima, le cardiologue et l'I.P.A. En fonction des problématiques évoquées, d'autres professionnels peuvent être conviés tels que : Médecin gériatre, psychologue, I.D.E. d'E.T.P., assistante sociale, partenaires externes ... (liste non limitative). Le compte-rendu de la concertation pluridisciplinaire est enregistré dans le dossier patient. Au moins deux fois par an, un **staff cardiologie** est organisé en présence du(es) cardiologue(s), des membres de l'équipe de soins et du(es) I.P.A. Cette réunion et permet d'évoquer :

- Les modalités de la collaboration et son organisation (bilan d'activité)
- L'évaluation des pratiques et les éventuelles évolutions à mettre en œuvre (actualisation des parcours et/ou des protocoles de prise en charge, analyses de pratiques professionnelles, études de pertinence,)
- La satisfaction des professionnels / des patients / des aidants avec également l'analyse des plaintes / des réclamations ou toutes évènements indésirables
- Les besoins de formation
- Les modalités de coopération avec les acteurs du territoire
- ...

Un compte-rendu écrit est formalisé et partagé au sein de l'équipe. Si nécessaire le protocole d'organisation est actualisé.



8 - Durée et dénonciation du protocole d'organisation

Ce protocole d'organisation est signé pour **une durée indéterminée.**

Il prend effet le : Jour/mois/année

Le Cardiologue et l'I.P.A. peuvent librement et unilatéralement mettre fin à la collaboration, sans obligation de motiver leur décision et sans indemnité.

Afin d'assurer la continuité des soins, un délai de prévenance de mois (A préciser) oblige les deux parties qui pourront toutefois convenir, de manière expresse, d'une réduction ou d'un allongement de sa durée.

À (lieu à préciser)

.....
Nom, prénom, Fonction

.....
Date et signature

.....
Nom, prénom, Fonction

.....
Date et signature

.....
Nom, prénom, Fonction

.....
Date et signature

Page de la demande à saisir, et à transmettre à l'adresse mail suivante avec un ECG du jour et biologies de moins de 7 jours : HelpInsuffisanceCardiaque@chu-grenoble.fr

Date :

CHUGA CH Voiron

1 - Identification de l'unité d'hospitalisation

Service :

N° poste interne :

Code UF :

Nom médecin demandeur :

Étage :

2 - Patient

Nom :

Chambre/lit :

Prénom :

Sortie du patient prévue dans les 48h :

Date de naissance :

Médecin traitant :

Date d'entrée du patient dans le service :

Cardiologue traitant :

3 - Motif d'hospitalisation

4 - Traitement à l'admission :

5 - Vaccinations :

Grippe : Oui

COVID : Oui

Pneumocoque : Oui

6 - Niveau de dépendance J-15 (ADL) : 6/6

7 - Motif de la demande

Quels sont les problèmes cliniques ou thérapeutiques posés par le patient ? Des modifications thérapeutiques récentes ont-elles été réalisées ? Y-a-t-il eu d'autres avis spécialisés demandés (néphrologue, infectiologue, gériatre...) ?

Avis clinique/thérapeutique

Aide orientation

Limitation de soins

Réponse à la demande (zone réservée à Help-IC) :

Antécédents :

Facteurs de risques cardio-vasculaires :

IMC : HTA : OuiTabac : OuiEAL : OuiDiabète : OuiSAS : OuiTraitement actuel : Anamnèse :

Interrogatoire : Dyspnée stade NYHA, douleur thoracique, palpitation, syncope, orthopnée, malaise.

Examen clinique : TA : mmHg, FC : batts/min, poids : kg pour cm, SaO2 : % - Auscultation cardiopulmonaire : bruits du cœur réguliers/irréguliers, souffle cardiaque/carotidien, murmure vésiculaire libre et symétrique, râle crépitant, signe d'IC (OMI, TJ, RHJ), pouls pédieux, marbrures - ECG : rythme sinusal régulier à /min/électroentraîné, axe normal, PR, QRS fins, pas de trouble de la repolarisation.

Biologie :

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------|
| - Hémoglobine : g/l | - Créatinémie : µmol/l | - ALAT : |
| - Plaquettes : G/l | - DFG : | - INR : |
| - Ferritine : | - Urée : mmol/l | - Albumine : g/l |
| - CST : % | - Nt Pro BNP : pg/ml | - HbA1c : % |
| - Natrémie : mmol/l | - TSH : | - BL : g/l |
| - Kaliémie : mmol/l | - ASAT : | |

Conclusion

Au total, (primo) décompensation cardiaque sur(facteur déclenchant) chez un(e) patient(e) avec une insuffisance cardiaque sur une cardiopathie(type de CP) à FEVG altérée/ préservée

Proposition modifications thérapeutiques :

- | | | |
|------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Aucune | - Entresto : | - Ferinject : |
| - B-bloquant : | - ISGLT2 : | <input type="radio"/> Avis diététicienne - CNO : |
| - Anti-aldostérone : | - Anticoagulant : | - Gestion des comorbidités
(DNI, Thyroïde, rein, trble
métabolique, vasculaires) : |
| - Furosemide : | - AAP : | |
| - IEC/ARA 2 : | - Statines : intro / arrêt | |

Explorations complémentaires :

- | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> ETT | <input type="radio"/> Eliminer gammopathie monoclonale |
| <input type="radio"/> Scintigraphie myocardique | <input type="radio"/> Scintigraphie osseuse |
| <input type="radio"/> IRM Cardiaque | <input type="radio"/> Non-Indication aux explorations |

Vaccinations :

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Grippe | <input type="radio"/> Pneumocoque (13 valent puis dans 8 semaines 23valent) | <input type="radio"/> COVID |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

Parcours de soins :

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> PEC en service de cardiologie | <input type="radio"/> RESIC 38 | <input type="radio"/> Kiné |
| <input type="radio"/> Cs Médecin traitant 7 jours après la sortie | <input type="radio"/> Télésurveillance IC | Surveillance biologique post-hospitalisation : |
| <input type="radio"/> Cs IC jeudi AM | <input type="radio"/> Télésurveillance Prothèse cardiaque implantable | Surveillance Fonction rénale : |
| <input type="radio"/> Cs IPA dans 15j | <input type="radio"/> SSR cardio /SSR polyvalent/SSR gériatrique | Surveillance Carence Martiale : |
| <input type="radio"/> HDJ cardio | <input type="radio"/> Cs diabéto/néphro/pneumo/doppler / Autre | |
| <input type="radio"/> Cs Rythmologue | | |
| <input type="radio"/> Cs cardio traitant | | |

- FEVG : %

Clinique

- Eupnée de repos Oui Non
- Fréquence cardiaque : 50 < FC < 80/min (90 si FA) Oui Non
- Pression artérielle systolique : 80 < PAS < 150 mmHg Oui Non
- OMI disparus Oui Non
- Poids de sortie :

Biologie

- Créatinémie : en baisse, stable ou n'a pas augmenté de plus de 30% Oui Non
- Peptides Natriurétiques : en baisse ou Nt Pro BNP < 3200 Oui Non
- Carence martiale : Dépistée et corrigée 2ème perfusion à J+7 programmée Oui Non

Facteurs déclenchants

- Identifié(s) et corrigé(s) Oui Non

Dépistage des comorbidités

- Anomalie lipidique A prévoir Oui Non
- Diabète A prévoir Oui Non
- Dysthyroïdie A prévoir Oui Non
- SAS A prévoir Oui Non
- BPCO /Asthme A prévoir Oui Non
- Dépression A prévoir Oui Non
- Dénutrition A prévoir Oui Non
- Troubles cognitifs A prévoir Oui Non

Vaccinations à jour ou à programmer

- Grippe Oui Non
- Pneumocoque Oui Non
- COVID-19 Oui Non

Ordonnances de sortie (en fonction de la FEVG) voir algorithme décisionnel au verso

Classes thérapeutiques	IEC / ARA 2 / ARN	Bétabloquant	ARM	ISGLT	Diurétiques
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
Si NON, motif :	<input type="radio"/> Contre indication <input type="radio"/> Non indication <input type="radio"/> Intolérance	<input type="radio"/> Contre indication <input type="radio"/> Non indication <input type="radio"/> Intolérance	<input type="radio"/> Contre indication <input type="radio"/> Non indication <input type="radio"/> Intolérance	<input type="radio"/> Contre indication <input type="radio"/> Non indication <input type="radio"/> Intolérance	A diminuer <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Titration à poursuivre	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non				

Suivi biologique prescrit

Oui Non

Consultations de suivi

- Médecin traitant dans les 8 jours Oui Non
- Cardiologue dans les 15 jours traitant (ou hospitalier : SecretairesConsultCardio@chu-grenoble.fr) Oui Non
- IPA dans les 15 jours (SecretairesConsultCardio@chu-grenoble.fr) Oui Non
- HDJ de cardiologie dans les 15 jours (secretariathdjcvt@chu-grenoble.fr) Oui Non
- Consultation Cardiogériatre (SecretairesConsultCardio@chu-grenoble.fr) Oui Non

Parcours de soins

- Rééducation cardiaque Oui Non
- Inclusion dans un programme d'ETP Oui Non
- Inclusion télésurveillance Oui Non

Informations données (maladie, recommandations hygiéno-diététiques)

Oui Non

Fiche de liaison ou CR de sortie remis

Oui Non

Classification Insuffisance Cardiaque (IC)

Type d'IC		à FEVG altérée	à FEVG « mildly reduced »	à FEVG « mildly reduced »
Critères	1	Symptômes ± signes	Symptômes ± signes	Symptômes ± signes
	2	FEVG ≤ 40 %	FEVG 41- 49 %	FEVG ≥ 50 %
	3			↑ peptide natriurétique Au moins 1 critère additionnel 1. Anomalie cardiaque structurelle/fonctionnelle 2. Dysfonction diastolique

Tableau 1 : Définition de l'IC selon la FEVG (adapté selon les recommandations de l'ESC)

Algorithme de prise en charge pour l'IC à FEVG altérée (≤ 40%)

IC à FEVG altérée

- IEC / ARNI
 - Bêtabloquant
 - Antagoniste de l'aldostérone
 - ISGLT2
- Recommandations de classe I A

Diurétique de l'anse si surcharge volémique

Algorithme 1 : Traitement de l'IC chronique à FEVG altérée (selon l'ESC) FEVG : fraction d'éjection du ventricule gauche, IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion ; ARNI : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine et de la néprilysine ; ISGLT2 : inhibiteurs co-transporteur sodium-glucose 2

Algorithme de prise en charge pour l'IC à FEVG moyennement altérée (41-49%)

IC à FEVG moyennement altérée

- IEC / ARNI
 - Bêtabloquant
 - Antagoniste de l'aldostérone
 - ISGLT2
- Recommandations de classe II B

Diurétique de l'anse si surcharge volémique

Algorithme 2 : Traitement de l'IC chronique à FEVG moyennement altérée (selon l'ESC) FEVG : fraction d'éjection du ventricule gauche, IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion ; ARNI : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine et de la néprilysine ; ISGLT2 : inhibiteurs co-transporteur sodium-glucose 2

Algorithme de prise en charge pour les patients avec une IC à FEVG préservée (≥ 50%)

Insuffisance cardiaque à FEVG préservée

- Dépistage et traitement des étiologies et des comorbidités cardiovasculaires et non cardiovasculaires
- ISGLT2

Diurétique de l'anse si surcharge volémique

Algorithme 3 :
 Traitement de l'IC chronique à FEVG préservée (selon l'ESC) FEVG : fraction d'éjection du ventricule gauche ; ISGLT2 : inhibiteurs co-transporteur sodium-glucose 2

Surveillance clinique des patients insuffisants cardiaques

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique avec des épisodes de décompensations aiguës. Une surveillance spécialisée ainsi que l'apprentissage du patient à son auto-surveillance permettent de détecter précocement les signes avant-coureurs d'une décompensation cardiaque et d'instaurer rapidement un traitement pour éviter une hospitalisation ou du moins organiser l'hospitalisation en évitant le passage aux urgences.



Document élaboré par le RESIC 38

A surveiller :



Le poids :

Le patient doit se peser quotidiennement, nu, au réveil, à jeun, après avoir uriné, et toujours avec le même pèse-personne... Si ces conditions ne sont pas réalisables, la pesée doit être effectuée dans des conditions reproductibles : patient habillé, avec ou sans chaussures. Le poids doit être noté régulièrement pour permettre d'en apprécier les variations.

- **Une perte de poids rapide** doit faire rechercher des signes de déshydratation favorisée par la prise de diurétiques et la restriction hydro-sodée « trop bien suivie » dans des conditions de chaleur excessive, de fièvre, de diarrhée ou de perte d'autonomie pour accéder à l'eau. Les signes à rechercher sont :
 - la soif (mais cette sensation peut être perdue chez le sujet âgé)
 - et la sécheresse cutanéomuqueuse.
- **Une prise de poids de plus de 2 kg en 2 jours** évoque une rétention hydro-sodée et fait rechercher :
 - une diminution de la **diurèse** avec urines concentrées
 - l'apparition d'**oedèmes**.
- **La cachexie** est un processus global touchant l'ensemble des tissus (muscle squelettique, tissus adipeux et os) qui peut exister chez 10 à 15% des patients. Sa définition est une perte de poids involontaire, non oedémateux de plus de 10% du poids total du corps dans les 6 à 12 derniers mois.



Les oedèmes :

Le plus souvent situés au niveau des membres inférieurs, **en déclive, ils sont bilatéraux, mous, blancs et indolores et caractérisés par le signe du godet** (marque laissée sur la peau après une pression). Leur importance peut être évaluée par leur étendue : limités aux coups de pied, puis périmalléolaires, puis remontant jusqu'au mollets et enfin aux cuisses.



L'ascite :

L'augmentation du volume abdominal, évocatrice d'ascite associée doit être, elle aussi, recherchée (cette association évoque un tableau d'anasarque).



La pression artérielle :

L'objectif tensionnel est $< 140 / 90$ mmHg. Les thérapeutiques et la pathologie elles-mêmes entraînent une baisse tensionnelle qu'il faut respecter si la **tolérance clinique est bonne** (même des valeurs PAS < 100 mmHg). En effet, il est primordial de poursuivre les thérapeutiques (IEC bêtabloquants, ARA2, ARM, ARNI) qui ont un impact prouvé sur l'amélioration du pronostic. Il est important toutefois de rechercher les symptômes évocateurs d'**hypotension orthostatique** (voile noir devant les yeux, vertiges, lipothymie au lever) pouvant être la cause de chutes chez les personnes âgées.

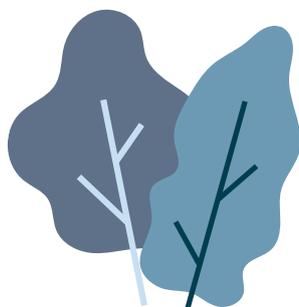


La fréquence cardiaque :

Les patients insuffisants cardiaques mal compensés ou non traités sont généralement tachycardes, et la présence d'une arythmie par fibrillation auriculaire est fréquente. Le but des traitements bêtabloquants, de la digoxine ou de l'amiodarone est de ralentir le rythme cardiaque.

Il faut savoir alerter :

- si le pouls est inférieur à 45/min
- si on note une accélération brutale du rythme





L'essoufflement, la dyspnée :

Le niveau d'apparition de l'essoufflement est le critère essentiel d'évaluation du retentissement fonctionnel de l'insuffisance cardiaque. Il est utilisé dans la classification pronostique selon NYHA avec l'aide du questionnaire (Cf. Classification NYHA). Une vigilance toute particulière doit être apportée à la description d'une **orthopnée nocturne (patients dormant assis au fauteuil la nuit ou ajoutant plusieurs oreillers)**, évocatrice d'un sub-oedème pulmonaire.



La toux peut évoquer :

- une surinfection bronchique dans contexte de toux grasse avec expectorations et hyperthermie (signe d'alerte), avec risque de décompensation cardiaque.
- les effets secondaires de certains médicaments : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC) (toux sèche).
- un premier signe de sub-oedème pulmonaire (pour une toux nocturne survenant en position couchée).



La **surveillance biologique** de l'insuffisant cardiaque doit porter une attention particulière :

- à la **fonction rénale** (urée et créatininémie) du fait du retentissement de l'insuffisance cardiaque sur la perfusion rénale et des

traitements risquant d'interférer (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion, Antagonistes des Récepteurs de Angiotensine 2, Antagonistes des Récepteurs Minéralocorticoïdes, ARNI) et des risques de déshydratation sous diurétiques.

- au potassium du fait des risques d'hypokaliémie ($K^+ < 3.5 \text{ mmol/l}$) sous diurétiques de l'anse, parfois à forte dose mais aussi des risques d'hyperkaliémie ($K^+ > 5.5 \text{ mmol/l}$) en cas de dégradation de la fonction rénale et chez les patients ayant des associations IEC, ARA2, ARM et ARNI.
- à la **natrémie** : surveillance d'une hyponatrémie ($\text{Na} < 135 \text{ mmol/l}$), facteur pronostic.
- au **BNP ou nt-pro BNP**. Il s'agit d'un peptide dont la sécrétion est liée à la distension des fibres myocardiques. C'est un marqueur diagnostic et pronostic de l'insuffisance cardiaque, plus les valeurs sont élevées plus le pronostic est sévère.
- à l'**hémoglobine** : une anémie peut majorer les symptômes et a un retentissement pronostic.
- à l'**INR** : la surveillance sera habituelle pour les nombreux patients insuffisants cardiaques traités par anticoagulants (anti-vitamines K.) Les INR cibles devront être précisés selon l'indication.

Document élaboré par le RESIC 38

Pour en savoir plus :

* ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2016, European Heart Journal Advance Access published May 20, 2016
<https://www.acc.org/-/media/Non-Clinical/Files-PDFs-Excel-MS-Word-etc/Tools%20and%20Practice%20Support/Quality%20Programs/Heart%20Failure%20Roundtable%202016/Heart%20Failure%20Guidelines/HFG%204%202016%20ESC.pdf?la=en> ou sur le site : www.resic38.org

* AHA 2016 Heart Failure Guidelines
<http://i9-printable.b9ad.pro-us-east-1.openshiftapps.com/opt/aha-2016-heart-failure-guidelines/>

* 2016 ACC/AHA/HFSA Focused Update on New Pharmacological Therapy for Heart Failure: An Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure
<http://circ.ahajournals.org/content/early/2016/05/18/CIR.0000000000000435>

Fréquence du suivi clinique avec réévaluation dans le temps

Rythme des consultations médicales



Classification NYHA	Médecin traitant	Médecin cardiologue
IC niveau 2	Tous les 2 mois	Tous les 6 mois
IC niveau 3	Tous les mois	Tous les 3 mois
IC niveau 4	Toutes les semaines	Toutes les mois
Adaptation du traitement	Toutes les semaines	Toutes les 3 semaines

Rythme de la surveillance infirmière



Document élaboré par le RESIC 38

Classification NYHA	Passage IDE
IC niveau 2	1 fois par semaine / 3 semaines puis : 1 fois par mois / 1an
IC niveau 3	2 fois par semaines / 3 semaines puis : 1 fois par semaine / 1an
IC niveau 4	3 fois par semaine / 3 semaines puis : 1 fois par semaine / 1an

Pour en savoir plus :

Référentiel HAS « guide parcours de soins :
insuffisance cardiaque » de juin 2014
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf

Référentiel HAS « comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ? » d'avril 2015
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fpc_ins_cardiaque_web.pdf

Questionnaire de Qualité de Vie du Minnesota

A l'aide de ce questionnaire, nous cherchons à savoir dans quelle mesure vos problèmes cardiaques vous ont empêché de vivre comme vous l'auriez voulu au cours du mois dernier. Les phrases ci-dessous décrivent différents types d'atteintes dont peuvent souffrir certaines personnes. Si vous êtes sûr que ce que décrit la phrase ne s'applique pas à vous ou n'est pas lié à votre insuffisance cardiaque, entourez le 0 (Non) et passez à la phrase suivante. Lorsqu'au contraire vous considérez que la phrase s'applique à votre cas, entourez le chiffre qui vous paraît le mieux correspondre à votre état. (de 1 : un peu à 5 : énormément). **Attention, rappelez-vous de ne considérer que les 4 semaines qui viennent de passer.**

Au cours des 4 dernières semaines, est-ce que votre Insuffisance Cardiaque vous a empêché de vivre comme vous l'auriez voulu :

1	En faisant enfler vos chevilles, vos jambes, etc	0	1	2	3	4	5
2	En rendant difficiles vos activités habituelles à la maison au jardin ?	0	1	2	3	4	5
3	En rendant difficiles les relations ou les activités avec vos amis ou votre famille ?	0	1	2	3	4	5
4	En vous obligeant à vous asseoir ou à vous allonger pour vous reposer pendant la journée ?	0	1	2	3	4	5
5	En provoquant chez vous de la fatigue, de la lassitude ou un manque d'énergie ?	0	1	2	3	4	5
6	En rendant difficile de gagner sa vie ?	0	1	2	3	4	5
7	En rendant difficile pour vous la marche ou la montée d'escalier ?	0	1	2	3	4	5
8	En vous rendant essoufflé ?	0	1	2	3	4	5
9	En vous empêchant de bien dormir la nuit ?	0	1	2	3	4	5
10	En vous obligeant à vous limiter sur vos plats préférés ?	0	1	2	3	4	5
11	En vous rendant difficiles vos déplacements hors de chez vous ?	0	1	2	3	4	5
12	En rendant difficile votre vie sexuelle ?	0	1	2	3	4	5
13	En rendant difficiles vos loisirs, la pratique de sports ou de vos passe-temps favoris ?	0	1	2	3	4	5
14	En vous empêchant de vous concentrer ou en vous rendant difficile de vous rappeler certaines choses ?	0	1	2	3	4	5
15	En provoquant chez vous des effets indésirables liés aux médicaments ?	0	1	2	3	4	5
16	En vous rendant soucieux préoccupé ?	0	1	2	3	4	5
17	En vous rendant déprimé ?	0	1	2	3	4	5
18	En vous occasionnant des dépenses supplémentaires ?	0	1	2	3	4	5
19	En vous donnant le sentiment d'être moins le maître de ce qui vous arrive ?	0	1	2	3	4	5
20	En vous obligeant à faire des séjours à l'hôpital ?	0	1	2	3	4	5
21	En vous donnant l'impression d'être une charge ou un fardeau pour votre famille ou vos amis ?	0	1	2	3	4	5

Cette fiche doit être renvoyée à :

GCS MRSI
RESIC 38
C.H.U. de Grenoble
Pavillon E
CS 10217
38043 GRENOBLE CEDEX 9
ou faxée au n° 04 76 76 53 80

La somme donne un score entre 0 et 105 :

Score

Date :

Nom : Situation de famille : marié(e) vivant maritalementÂge : Sexe : M F divorcé(e) veuf(ve)Profession : séparé(e) célibataire

Niveau d'études :

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes, puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncée qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n°16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n°18 (modifications de l'appétit).

1. Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable

2. Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(é) qu'avant face à mon avenir
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3. Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que j'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie

4. Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même non pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8. Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tout mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait

10. Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire autre chose.

12. Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15. Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peur d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18. Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

La prise en charge diététique

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique dont un des symptômes majeur est la rétention hydro-sodée. En complément de la prise en charge médicamenteuse, les mesures hygiéno-diététiques sont fondamentales. En effet les erreurs de régime sont une des premières causes de décompensations cardiaques aiguës.

Les recommandations :



Le régime pauvre en sel :

La consommation sodée des français est estimée à plus de 10g par jour. L'objectif chez les insuffisants cardiaques en état stable est de diminuer les apports sodés.

Les conseils diététiques seront ajustés selon l'état nutritionnel du patient :

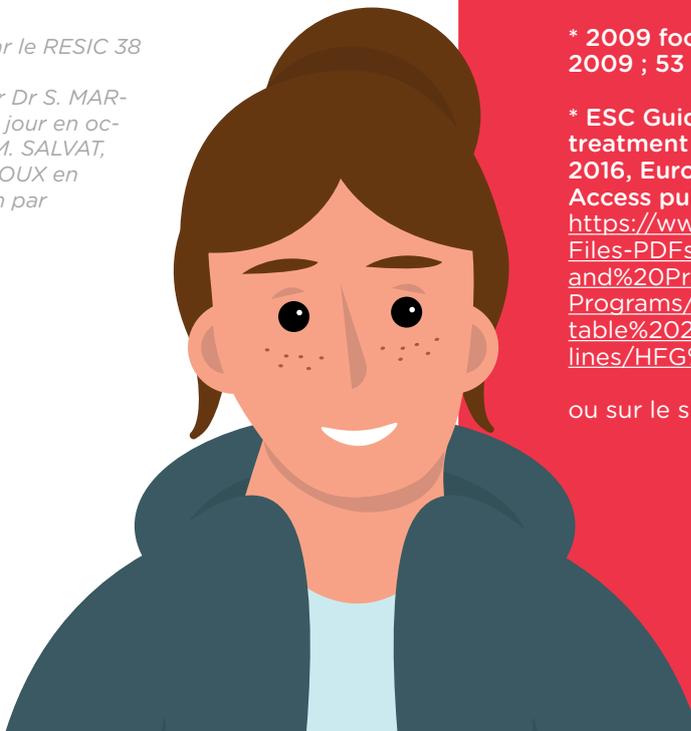
- La plupart des patients insuffisants cardiaques chroniques sont des patients âgés qui présentent des pathologies associées.
- Pour certains patients en surpoids et dans le cadre d'un contrôle des facteurs de risques vasculaires, plusieurs régimes pourront être associés : le régime diabétique, le régime hypocalorique ou le régime contrôlé en matières grasses.

Les objectifs de restrictions doivent dans tous les cas rester réalistes pour ne pas entraîner de perte d'appétit, de dégoûts alimentaires ou de frustrations susceptibles d'accentuer un état dépressif sous-jacent lié à la maladie chronique.

D'autre part, l'évolution à un stade avancé de l'insuffisance cardiaque s'accompagne souvent de **dénutrition** et de cachexie.

Document élaboré par le RESIC 38

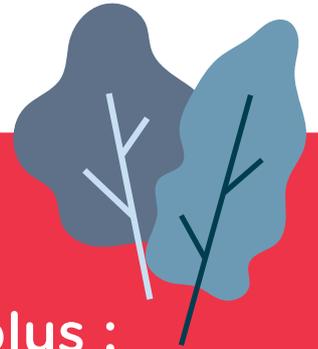
Référentiel rédigé par Dr S. MARLIERE en 2005, mis à jour en octobre 2012 par le Dr M. SALVAT, et revu par B. BARJHOUX en juillet 2018 (validation par l'équipe diététique)



La restriction hydrique :

Une restriction stricte (500 à 750ml/j) est souvent prescrite lors des décompensations aiguës. En état stable on recommande de consommer 1 à 2L de liquides par jour en évitant bien-sûr les boissons salées.

L'alcool, lorsqu'il n'est pas la cause de la cardiopathie, peut être consommé modérément (1 ou 2 verres/j).



Pour en savoir plus :

*E Gravouelle et al. l'éducation diététique des insuffisants cardiaques. Soins supplément 2 n°692 janv/fev 2005

*J Neily et al. potential contributing factors to no compliance with dietary sodium restriction in patients with heart failure. Am Heart J 2002; 143:29-33 ou sur le site : www.resic38.org

* 2009 focused Update : J. Am. Coll. Cardio. 2009 ; 53 ; 1343-1382

* ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2016, European Heart Journal Advance Access published May 20, 2016 <https://www.acc.org/-/media/Non-Clinical/Files-PDFs-Excel-MS-Word-etc/Tools%20and%20Practice%20Support/Quality%20Programs/Heart%20Failure%20Round-table%202016/Heart%20Failure%20Guidelines/HFG%204%202016%20ESC.pdf?la=en>

ou sur le site : www.resic38.org

La réadaptation fonctionnelle des insuffisants cardiaques

Le patient insuffisant cardiaque présente une très faible tolérance à l'effort, une diminution de ses capacités physiques et une altération de sa qualité de vie. **Des anomalies périphériques majeures ; musculaires, circulatoires et pulmonaires**, s'ajoutent à la dysfonction cardiaque propre, et participent pour une grande part à la gêne fonctionnelle.

Le repos a longtemps fait partie des recommandations hygiéno-diététiques dans le but de ne pas augmenter les besoins myocardiques. Depuis quelques années, il est démontré que la réadaptation physique permet de corriger les anomalies périphériques, de limiter le déconditionnement et d'améliorer la qualité de vie du patient. La réadaptation cardiaque est « sûre » chez l'insuffisant cardiaque.

Indications :

Pour les patients insuffisants cardiaques **stabilisés sous traitement médical optimal en classe NYHA II ou III**, il n'y a pas de critère limitatif en terme de fraction d'éjection ni de dilatation ventriculaire gauche. Les patients qui bénéficient le plus de la réadaptation sont ceux en classe III (avec pic $VO_2 < 15 \text{ ml/kg/min}$).

La réadaptation de l'insuffisant cardiaque est spécifique, adaptée à la gravité clinique, à l'âge et aux comorbidités du patient.

Contre-indications classiques :

- Insuffisance cardiaque décompensée stade NYHA IV,
- Angor instable (ischémie à très bas niveau d'effort),
- Hypertension artérielle pulmonaire $> 60 \text{ mmHg}$,
- Rétrécissement aortique serré ou myocardiopathie obstructive,
- -roubles du rythme ventriculaire sévères,
- Thrombus mobile intracardiaque.

Protocoles :

La réadaptation doit être le plus **souvent initiée en centre spécialisé**.

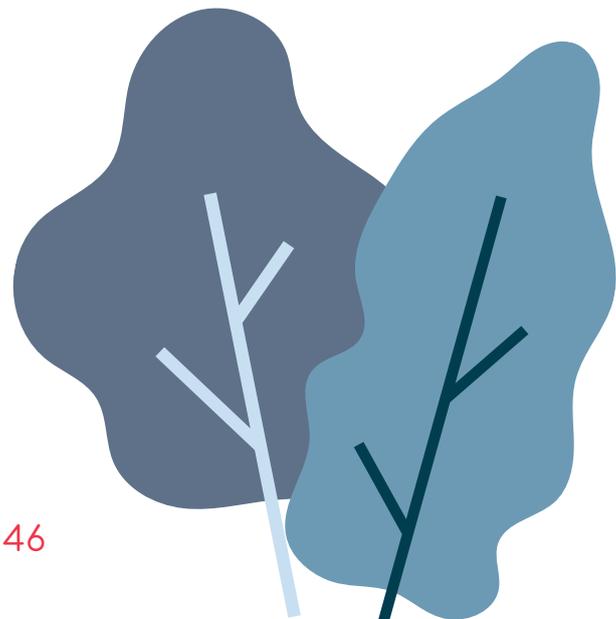
La poursuite d'un entraînement en ville (au domicile ou au cabinet) **est essentielle**. En effet, il ne reste pas de bénéfice à 6 mois d'une réadaptation si le patient ne maintient pas une activité physique régulière au long cours.

Si la réadaptation est uniquement réalisée à domicile, le manque d'équipements spécifiques limite les possibilités, néanmoins la combinaison de différentes techniques d'exercices adaptés à l'état du patient est souhaitable.

La priorité est de fixer des objectifs réalistes qui, mêmes imparfaits, seront **poursuivis au long cours par le patient**. Pour cela, le **rôle éducatif** du kinésithérapeute et de l'éducateur APA est primordial : il permet au patient de devenir acteur de sa maladie.

Une évaluation initiale est souhaitable :

- soit par un test de marche de 6 minutes,
- soit par un test d'effort avec VO_2 si la réadaptation est initiée dans un centre spécialisé.



Programme de réentraînement possible à domicile :



Réadaptation segmentaire (à faible niveau de charge) :

La répétition par séries de 10 à 20 mouvements de flexion et de rotation des bras et des épaules avec des petits haltères de 1 à 3 Kg et des mouvements de flexion-extension des jambes. Entre chaque séries, un repos de 5 à 10 minutes est préconisé.



Réadaptation en endurance :

- avec une phase d'échauffement de 5min, entraînement en endurance très progressif jusqu'à 30 minutes,
- en pratiquant une marche rapide, de la bicyclette ergométrique à faible charge.

Les conseils pour que le patient puisse réaliser seul une **activité physique dans des conditions rassurantes** sont primordiaux.



Gymnastique :

Elle permet d'optimiser le reconditionnement en améliorant la coordination, la souplesse et la force musculo-ligamentaire.



Rééducation respiratoire : thoraco-abdominale pour optimiser la fonction ventilatoire.



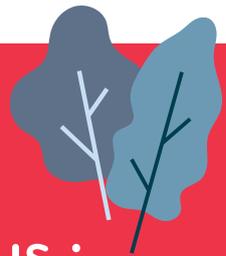
Rythme des séances

Préconisé : 3 fois par semaine, à adapter individuellement selon l'atteinte cardiaque. Les études actuelles montrent l'intérêt d'une réadaptation prolongée (jusqu'à un an).



Niveau d'effort

En théorie, travail entre 40% et 50% du pic de VO2. Il est difficile de déterminer une fréquence cible car ces patients insuffisants cardiaques ont une altération de la variabilité sinusale et aussi des traitements par bêta-bloquants. Le port d'un cardio-fréquence-mètre n'est pas recommandé car l'interprétation est trop difficile chez le sujet insuffisant cardiaque.



Pour en savoir plus :

* ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2016, European Heart Journal Advance Access published May 20, 2016
<https://www.acc.org/-/media/Non-Clinical/Files-PDFs-Excel-MS-Word-etc/Tools%20and%20Practice%20Support/Quality%20Programs/Heart%20Failure%20Round-table%202016/Heart%20Failure%20Guidelines/HFG%204%202016%20ESC.pdf?la=en>

ou sur le site : www.resic38.org

* La réadaptation des insuffisants cardiaques est-elle possible à leur domicile ? Réalités cardiologiques janv 2005 n° 203 :45-8

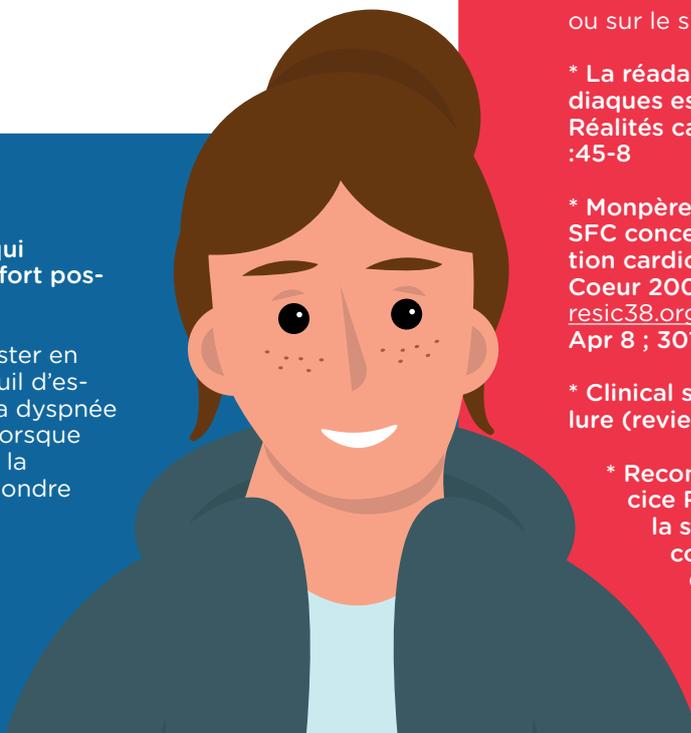
* Monpère et al. : Recommandations de la SFC concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte Arch Mal Coeur 2002 ; 95 :963-7 ou sur le site : www.resic38.org Etude HF Action - JAMA 2009, Apr 8 ; 301 (14) : 1439-50

* Clinical source organisation for heart failure (review) 2012, Issue 9

* Recommandations du Groupe Exercice Réadaptation Sport (GERS) de la société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte, 2011

Les critères majeurs qui guident le niveau d'effort possible sont cliniques :

- a **dyspnée** : rester en dessous du seuil d'es-soufflement (la dyspnée est repérable lorsque le patient a de la difficulté à répondre aux questions posées),
- la **fatigue**.



Que dois-je faire après mon hospitalisation pour insuffisance cardiaque aigüe ?

Mon suivi médical

- Consulter mon médecin traitant dans les 7 jours suivant ma sortie d'hospitalisation
- Consulter mon cardiologue traitant ou le service de cardiologie dans les 15 jours suivant ma sortie d'hospitalisation
- Je pense à apporter mes ordonnances de médicaments et mes résultats de prise de sang

4 règles de vie : EPON !

E



EXERCICE : Je pratique une activité physique régulière et adaptée-
Je prends mes traitements

P



POIDS : Je surveille mon poids (2 fois à 3 fois par semaine)

O



OBSERVANCE : Je prends mes traitements

N



NUTRITION : Je ne sale pas trop mon alimentation et je bois 1,5l de liquide par jour maximum (café, thé, eau...)

4 signes qui doivent m'alerter : EPOF !

E



ESSOUFFLEMENT : Je respire plus difficilement, je m'essouffle plus que d'habitude, la position allongée est inconfortable

P



PRISE DE POIDS : J'ai pris 2kg ou plus en 3 jours

O



OEDÈME : Mes 2 pieds ou mes chevilles ont augmenté de volume

F



FATIGUE : Je me sens plus fatigué sans cause évidente et le repos n'a pas d'effet

Je contacte mon médecin, mon cardiologue, mon infirmier ou le 15 si :

- Si j'ai deux signes sur quatre (essoufflement, prise de poids, œdèmes, fatigue)
- Si je présente des douleurs thoraciques
- Si j'ai fait un malaise
- Si j'ai des palpitations

Madame, Monsieur,

Vous avez sollicité l'équipe HELP IC pour un ou plusieurs patients de votre service et nous vous en remercions. Ce dispositif vise à améliorer la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC) quel que soit leur service d'hospitalisation. Afin de mieux vous accompagner, nous souhaiterions recueillir votre avis en répondant aux questions suivantes.

Questionnaire *Merci de noter votre degré de satisfaction*

Date :

Nombre de patients concernés par l'intervention de l'équipe HELP IC :

1 Êtes-vous satisfait des moyens de communication avec l'équipe HELP IC ?

Insatisfait(e) Peu satisfait(e) Satisfait(e) Très satisfait(e)

2 Le délai d'intervention vous convient-il ?

Insatisfait(e) Peu satisfait(e) Satisfait(e) Très satisfait(e)

3 La qualité des échanges entre vous et l'équipe HELP IC vous satisfait-elle ?

Insatisfait(e) Peu satisfait(e) Satisfait(e) Très satisfait(e)

4 La qualité des échanges entre vous et l'équipe HELP IC vous satisfait-elle ?

Insatisfait(e) Peu satisfait(e) Satisfait(e) Très satisfait(e)

5 Selon vous, HELP IC permet-il une meilleure prise en charge des patients IC ?

Insatisfait(e) Peu satisfait(e) Satisfait(e) Très satisfait(e)

6 Êtes-vous globalement satisfait par la mise en œuvre de ce dispositif ?

Insatisfait(e) Peu satisfait(e) Satisfait(e) Très satisfait(e)

7 Ce dispositif vous a-t-il permis d'améliorer vos connaissances sur la prise en charge de l'IC ?

Oui Non

8 Souhaiteriez-vous des formations complémentaires sur la prise en charge de l'IC que ce soit au niveau médical ou paramédical ?

Oui Non

Si OUI, sur quel thème (prise en charge médicamenteuse, prise en charge des comorbidités, parcours de soins, surveillance clinique, diététique, ETP...) :

Merci de nous faire part de vos éventuelles remarques :



La boîte à outils de l'Insuffisance Cardiaque



EthiCare

www.ethicare.fr

direction@ethicare.fr