

Référentiel pour la prise en charge des patients Insuffisants Cardiaques

Élaboré par :
CPTS Sud Bassin - Val de l'Eyre



CPTS

SUD BASSIN-VAL DE L'EYRE

Imprimé en septembre 2024 - Version 1

Sommaire

	Mieux comprendre l'insuffisance cardiaque	4
	La titration médicamenteuse	5
	• Titration des ARNI	6
	• Titration des IEC	7
	• Titration des ARA 2	8
	• Titration des Béta-bloquants	9
	• Titration des iSGLT2	10
	• Titration des anti-aldostérone	11
	• Titration des diurétiques	12
	Dépistage de l'anémie et de la carence martiale	13
	Vaccination	14
	Check-List Médecin Généraliste	15
	IDEL sur PRADO	16
	Repérage : EPOF	17
	Éléments d'ETP	18
	Check-List IDEL	19
	APA	20
	Conseils sur les habitudes alimentaires	21
	Télésurveillance : Careline	22
	Téléexpertise : Omnidoc	23
	Références	24
	QR code recommandations de la HAS	25
	Téléchargement du référentiel	26

Mieux comprendre l'insuffisance cardiaque (IC)



DÉFINITION

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

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

ET

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

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

Statistiques et chiffres clefs

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

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

Sur notre territoire, **1254 patients** IC étaient diagnostiqués en 2019 (CPAM 33).

Tous ensemble, dépistons ces patients et soignons-les !

Titration médicamenteuse : Résumé

THÉRAPEUTIQUE DE 1ÈRE LIGNE : OBJECTIFS --> PLEINE DOSE !

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

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

ET LES DIURETIQUES ?

- À adapter aux signes congestifs --> Diurétiques de l'anse
- Objectifs --> Dose minimale efficace

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

- | | |
|---|--|
| • Sacubitril / Valsartan : <ul style="list-style-type: none">◦ 24/26 mg x2 | • Sacubitril / Valsartan : <ul style="list-style-type: none">◦ 97/103 mg x2 |
| • Bisoprolol : <ul style="list-style-type: none">◦ 1,25 mg/jour | • Bisoprolol : <ul style="list-style-type: none">◦ 10 mg / jour |
| • Spironolactone : <ul style="list-style-type: none">◦ 25 mg/jour | • Spironolactone : <ul style="list-style-type: none">◦ 50 mg/jour |
| • Éplérénone : <ul style="list-style-type: none">◦ 25 mg/jour | • Éplérénone : <ul style="list-style-type: none">◦ 50 mg / jour |
| • Dapagliflozine / Empagliflozine : <ul style="list-style-type: none">◦ 10 mg / jour | • Dapagliflozine / Empagliflozine : <ul style="list-style-type: none">◦ 10 mg / jour |
| • Furosémide : <ul style="list-style-type: none">◦ Posologie propre à chaque patient | • Furosémide : <ul style="list-style-type: none">Si cardiopathie compensée : maintien de la posologie à l'identiqueSi décompensation, posologie à majorer et à adapter à la réponse du patient |

Traitement de 1ère intention

Traitement optimisé

Titration des ARNI

CADRE DE LA PRESCRIPTION

- **Pourquoi ?** : Lutter contre le remodelage cardiaque, réduire le risque d'hospitalisation pour IC et augmenter la survie
- **Pour qui et quand ?** :
 - Indication : Patient IC avec une FEVG < 50% de novo ou en remplacement IEC / ARA 2
 - Contre indication : ATCD d'angiodème ou d'allergie documentée, sténose bilatérale des artères rénales, femmes enceintes, DFG < 30 mL/min/1,73m², TAS < 90 mmHg
- **Où ?** : En soins primaires
- **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé** :
 - Hyperkaliémie > 5 mmol/L
 - Washout de 48 heures en relai IEC / ARA 2

Introduction si PAS > 100 mmHg

POSOLOGIE

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

CONSEILS

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

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

Titration des IEC

CADRE DE LA PRESCRIPTION

Jamais IEC + ARA2 dans le traitement de l'IC

- **Pourquoi ?** : Réduire le risque d'hospitalisation et augmenter la survie
- **Pour qui et quand ?** :
 - Indication : Patient IC avec une FEVG < 50%
 - Contre indication : ATCD d'angioedème ou d'allergie documentée, sténose bilatérale des artères rénales, femmes enceintes
 - **Où ?** : En soins primaires, patients IC stables, NYHA ≤ III en dehors de toute compensation
 - **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé** :
 - Hyperkaliémie > 5 mmol/L
 - Insuffisance rénale DFG < 30 mL/min/1,73m²
 - Hypotension artérielle symptomatique, hypotension artérielle asymptomatique majeure (TAS < 90mmHG)

POSOLOGIE

- **Ramipril** :
 - Introduction : 2,5 mg
 - Cible : 10 mg x 1 par jour
- **Enalapril** :
 - Introduction : 2,5 mg
 - Cible : 10 mg x 2 par jour

CONSEILS

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

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

Titration des ARA 2

CADRE DE LA PRESCRIPTION

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

- **Pourquoi ?** : Lutter contre le remodelage cardiaque, réduire le risque d'hospitalisation pour IC
 - **Pour qui et quand ?** :
 - Indication : patients avec une FEVG <50%
 - Contre indication : ATCD d'allergie documentée ou d'angioedème, sténose bilatérale des artères rénales, femmes enceintes
 - **Où ?** : patients IC stables NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation
 - **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé** :
 - Hyperkaliémie > 5 mmol/L
 - Insuffisance rénale DFG < 30 mL/min/1,73m²
 - Hypotension artérielle symptomatique ou hypotension artérielle asymptomatique majeure (TAS < 90 mmHg)
- Avant d'optimiser un traitement par ARA2 seul, envisager un switch vers ARNI**

POSOLOGIE

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

CONSEILS

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

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

Titration des bêta-bloquants

CADRE DE LA PRESCRIPTION

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

POSOLOGIE

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Bisoprolol :<ul style="list-style-type: none">- <u>Introduction</u> : 1,25 mg- <u>Cible</u> : 10 mg• Caverdilol :<ul style="list-style-type: none">- <u>Introduction</u> : 3,125 mg x2- <u>Cible</u> : 25 mg x2 | <ul style="list-style-type: none">• Nebivolol :<ul style="list-style-type: none">- <u>Introduction</u> : 1,25 mg- <u>Cible</u> : 10 mg |
|--|--|

CONSEILS

- **Surveillance clinique : FC, TA et signes congestifs**
- Doubler la dose si bonne tolérance clinique
- 15 jours au minimum entre chaque ajustement posologique
- Objectif : atteinte de la cible ou de la dose maximale tolérée
- **"Il vaut mieux très peu de βB que pas de βB du tout "**

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

Titration des iSGLT2

CADRE DE LA PRESCRIPTION

- **Pourquoi ?** : Améliorer la qualité de vie, réduire le risques de décompensation, diminuer la morbi-mortalité
- **Pour qui et quand ?** :
 - Indication : Tout patient IC quelque soit sa FEVG
 - Contre indication : ATCD d'allergie documenté, femmes enceintes, DFG <20 mL/min/1,73 m², TAS < 95 mmHg
 - **Où ?** : En soins primaires,
 - **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé** :
 - Pas de contre-indication absolue si diabète de type 1 mais avis spécialiste pour évaluation du risque d'acido-cétose
 - Attention aux infections uro-génitales favorisées par la glycosurie induite
 - Attention aux hypoglycémies en cas de traitement par insuline et/ou sulfamides hypoglycémiants

POSOLOGIE

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

CONSEILS

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

Titration des anti-aldostérone

CADRE DE LA PRESCRIPTION

- **Pourquoi ?** : Lutter contre la fibrose cardiaque, réduire le risque d'hospitalisation et augmenter la survie
- **Pour qui et quand ?** :
 - Indication : Patient IC avec une FEVG < 50%
 - Contre indication : allergie documentée, insuffisance hépatique sévère (Child-Pugh C)
 - **Où ?** : En soins primaires, patients IC stables, NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation
 - **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé** :
 - Hyperkaliémie > 5 mmol / L
 - Insuffisance rénale DFG < 30 mL/min/1,73m²

POSOLOGIE

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

CONSEILS

- Contrôler la créatinine, le DFG, la kaliémie, la natrémie
- **Envisager la majoration de la posologie 4 à 8 semaines après l'introduction**
- **Contrôle biologique 1 puis 4 semaines après toute modification**
- **Suivi biologique rapproché la première année : tous les trois mois**
- Repasser à **demi-dose** si K > 5,5 mmol/L ou DFG < 30 mL/min/1,73 m²
- Arrêt si K > 6,0 mmol/L ou DFG < 20 mL/min/1,73 m² et avis spécialisé

Titration des diurétiques

CADRE DE LA PRESCRIPTION

- **Pourquoi ?** : Normaliser la volémie afin de faire disparaître les œdèmes et de réduire la dyspnée
- **Pour qui et quand ?** :
 - Indication : Tous les patients avec des signes congestifs quelque soit la FEVG. Utiliser la dose minimale efficace pour maintenir l'euvolémie et le poids sec du patient
 - Contre indication : ATCD d'allergie documentée, non indiqués en dehors des signes congestifs
 - **Où ?** : En soins primaires, pour tous les patients suivant les signes cognitifs
 - **Précautions et/ou demande d'avis spécialisé** :
 - Hypokaliémie $\leq 3,5$ mmol/L
 - DFG < 30 mL/min/1,72 m² : réponse aux diurétiques réduite
 - Hypotension TAS < 90 mmHg

POSOLOGIE

- **Furosemide** :
 - Introduction : 20 à 40 mg
 - À adapter aux symptômes et de la volémie
- **Bumétanide** :
 - Introduction : 0,5 à 1 mg
 - À adapter aux symptômes : 1 à 5 mg

CONSEILS

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

Dépister l'anémie et la carence martiale

REPÉRER L'ANÉMIE ET LA CARENCE MARTIALE

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

SUPPLÉMENTATION EN FER

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

OBJECTIFS

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

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

- Hôpital de jour CH Arcachon

Vaccination

GRIPPE

Recommandée pour tout patient insuffisant cardiaque

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

PNEUMOCOQUE

Recommandée pour tout patient insuffisant cardiaque

- Patients **jamais vaccinés** : vaccination complète Prevenar 13 et rappel par Pneumovax minimum 8 semaines après
- Patients **précédemment vaccinés** : rappel Pneumovax tous les 5 ans
- Respect d'un délai minimal de 5 ans entre chaque Pneumovax
- Pour les patients avec un **statut vaccinal inconnu** --> recommandation d'une vaccination complète

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

A savoir :

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

COVID-19

Recommandée pour tout patient insuffisant cardiaque

- Doses de rappel : 2 fois par an pour les plus de 80 ans ou résidents d'EHPAD / USLD (printemps et automne) et 1 fois par an (automne) pour tous les autres patients
- Délai après dernière injection ou infection : 6 mois
- Privilégier les vaccins ARNm bivalents pour les doses de rappel



Traçabilité obligatoire pour toute vaccination : DMP / Mon Espace Santé et transmission au médecin traitant indispensable si un autre professionnel est le vaccinateur

Check-List MG



Traitement optimal



Suivi biologique : NT-proBNP / Biologie standard



Dépistage annuel de la carence martiale



Vaccination



Télésurveillance (le patient peut-il prétendre à la télésurveillance ?)



RDV cardiologue au minimum annuel avec ETT



Prescription de kinésithérapie



Suivi diététique



En sortie d'hospitalisation : prescription de la surveillance clinique infirmière (AMI 5.8)



Déclaration ALD faite (ALD 05)



Orientation ETP/APA

IDEL : surveillance à domicile / PRADO



DEFINITION ET OBJECTIFS

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

Acte comprenant :

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

INFORMATIONS SUR LA COTATION

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



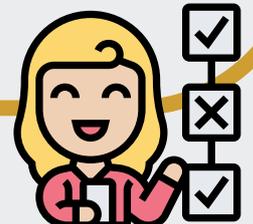
PRESCRIPTION MÉDICALE

"Séance à domicile de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque. Une séance par semaine pendant 8 semaines"

- Renouvelable : 7 séances supplémentaires (2/mois maximum) si NYHA III ou IV à l'issue des 2 premiers mois

PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE

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

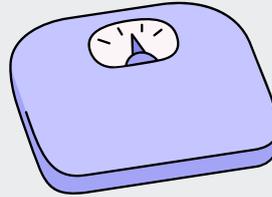


Repérage des signes d'alerte : EPOF



Essoufflement inhabituel

Dyspnée au repos ou à l'effort, orthopnée, toux nocturne



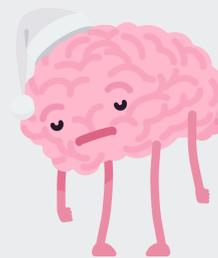
Prise de poids rapide

Facilement mesurable par le patient et évocatrice d'œdèmes périphériques : + 2 kg en 3 à 7 jours



Œdèmes

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



Fatigue excessive

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

Conduite à tenir



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



Quantifier la prise de poids : combien de kilos en combien de jours --> cahier de liaison



Transmission des informations au médecin traitant et/ou cardiologue



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

Éléments d'ETP (éducation thérapeutique du patient)

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : FONDAMENTALE !

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

OBJECTIFS PATIENT

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

COMMENT ?

Par le biais des différents professionnels de santé, au fil des consultations cardio, MG, PEC IDE, kiné, APA, diét', pharmaciens...

Check-List IDEL



Observance Médicamenteuse



Ordonnances et traitements à jour



Surveillance clinique du patient



Check RDV médicaux MG/cardio/kiné/diet' avec le patient



Contrôle prise de sang



Contrôle du schéma vaccinal



Alimentation contrôlée en sel



Prévention auto-médication



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



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



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



Utilisez **Mon Carnet IC** comme support pédagogique pour échanger avec vos patients !

L'activité physique adaptée (APA)

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

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

Association Prenons l'eyre ensemble

Propose :

- Gym chaise
- Gym posturale adaptée
- Aérobic adapté
- Multisports
- Marche

contact@prenonsleyreensemble.fr
tél : 06.13.03.87.15

- Maison Sport Santé CH Arcachon
- Kiné de proximité
- Atelier de prévention santé du CCAS

VIVIFRAIL

Le projet Vivifrail est un programme de promotion de l'activité physique pour les patients âgés de 70 ans ou plus.

Les outils en ligne permettent de proposer un programme d'activité physique adaptée aux patients, réalisable en autonomie supervisée ou complète, après évaluation médicale.

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

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

Conseils sur les habitudes alimentaires

Les Mesures Hygiéno-Diététiques, aussi bien la diététique que l'AP, trouvent leurs bénéfices en prévention primaire et secondaire de l'insuffisance cardiaque.

Traitement non pharmacologique Recommandations diététiques dans l'insuffisance cardiaque



Restriction sodée modérée (6g/24h)



Éviter une restriction sodée **stricte**, notamment chez les **personnes très âgées**



Limiter les aliments **riches en sel** (pain/biscottes, charcuteries, soupes, fromages, plats cuisinés/conserves, etc) et certains **médicaments** (formes effervescentes, etc)



Régime méditerranéen en ayant soin d'équilibrer la balance énergétique et de compléter si besoin



Supprimer toute **consommation d'alcool**



Réduction des **facteurs de risque cardio-vasculaire** (équilibration du diabète, sevrage tabagique, etc)



Mesure du poids notée au moins 1-2 fois/semaine chez les patients stables, au moins 2-3 fois/semaine chez les patients en stade III-IV de la NYHA.



Apport hydrique : **max 1,5 L/24h**, à adapter au besoin avec le cardiologue, notamment en périodes de fortes chaleurs. Privilégier les prises par petites gorgées, sans se limiter à la sensation de soif.



Télémédecine mise en place par la CPTS

Télesurveillance : CareLine

La solution **Careline** a été conçue et développée en 2018 par des cardiologues issus des secteurs privés et publics, investis dans la télécardiologie depuis plus de quinze ans, et leaders de l'activité en France

L'IDE référente se rend au domicile du patient afin de mettre en place le matériel

À l'aide du téléphone Careline (ou sur l'application installée sur le téléphone du patient), l'IDE connecte la balance et le tensiomètre : les données seront automatiquement enregistrées et envoyées au CHU

Careline permet de prendre la **tension**, le **poids**, la **fréquence cardiaque**

L'objectif est d'offrir un **suivi rapproché** et **réactif**, avec une meilleure disponibilité du personnel soignant

"L'objectif principal de Careline est d'offrir au patient un suivi personnalisé multimodal et quotidien de l'Insuffisance Cardiaque afin de prévenir les décompensations cardiaques et les hospitalisations."

Dr Stéphane GARRIGUE, Cardiologue - Clinique St Augustin Bordeaux

Téléexpertise

Omnidoc

FACILITER ET VALORISER LA COLLABORATION MÉDICALE

Omnidoc est une **solution de téléexpertise** à destination des professionnels de santé et des organisations médicales qui souhaitent améliorer, sécuriser et valoriser les avis échangés



Vous avez une question ?

Utilisez OMNIDOC afin de demander un avis à un professionnel de santé spécialiste

Références

- 1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al.** 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 21 sept 2021;42(36):3599-726.
- 2. Haute Autorité de Santé (HAS).** Guide du parcours de soins. Insuffisance cardiaque. 2014.
- 3. Santé Publique France.** Prévalences et statut fonctionnel des cardiopathies ischémiques et de l'insuffisance cardiaque dans la population adulte en France : apports des enquêtes déclaratives « Handicap-Santé ». 2019.
- 4. ameli.fr.** Insuffisance cardiaque : un diagnostic précoce indispensable. 2023
- 5. Groupe Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathies (GICC) de la Société Française de Cardiologie (SFC).** Plaidoyer pour une prise en charge de l'insuffisance cardiaque et des cardiomyopathies. 2021.
- 6.** professionnels.vaccination-info-service.fr
- 7. DGS-Urgent n°2023_07 :** Recommandations vaccinales pour l'année 2023 du 25/04/2023
- 8.** La société CareLine Solutions
- 9.** Omnidoc solution de téléexpertise
- 10.** Alain Cohen-Solal, **guide pratique de l'insuffisance cardiaque**, 2° édition, Masson, 2006
- 11.** www.afssa.fr/table CIQUAL
- 12. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation et du travail.** Sel 2008
- 13.** Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
Le sel : comment limiter sa consommation. 2011
- 14.** <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/se-faire-plaisir-en-mangeant-equilibre/s-informer-sur-les-differentes-pratiques-alimentaires/qu-est-ce-que-le-regime-mediterraneen>
- 15.** Fardet A : **Halte aux aliments ultra-transformés ! Mangeons vrai.** Editions Thierry Souccar 2017, p.34

Recommandations de la HAS

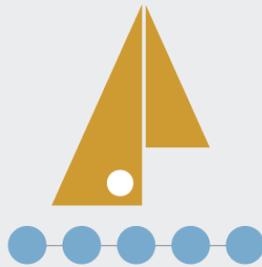
**Pour avoir un complément sur votre téléphone,
retrouvez le guide du parcours de soins
insuffisance cardiaque :**



Téléchargement du référentiel

Pour obtenir la version numérique de ce référentiel, que vous pourrez ainsi télécharger, flashez ce QR code :





CPTS

SUD BASSIN-VAL DE L'EYRE

CPTS Sud Bassin - Val de l'Eyre
80 Boulevard Deganne
33120 Arcachon
Mail : contact@cpts-subval.fr