



INSUFFISANCE CARDIAQUE

UNE HISTOIRE DE COLLABORATION

Pourquoi collaborer ?

- ▶ 2007 : La prise en charge multidisciplinaire dans l'insuffisance cardiaque, avec ses composantes essentielles que sont la coordination des soins et l'éducation des patients, permet une meilleure prise en charge des patients insuffisants cardiaques : amélioration des pratiques médicales, avec notamment optimisation des traitements, éducation visant à rendre le patient compétent pour concilier au mieux projets de vie, maladie et exigences du traitement, prise en compte des facteurs psychosociaux.
 - ▶ 2021 : Télémédecine et coordination des soins : les deux piliers de l'optimisation du parcours de soins en cardiologie
- 

En pratique :

- ▶ 165 000 hospitalisations par an, 25% de ré-hospitalisations à trois mois, et 45% dans l'année.
 - Nécessité d'une coordination ville/hôpital
- ▶ Education thérapeutique
 - Nécessité d'une coordination ETP/Education à domicile
- ▶ Surveillance conjointe de paramètres simples et protocolisée à domicile
 - Nécessité d'une coordination en équipe de soins primaires



Chaque professionnel a un rôle à jouer :

- ▶ Le médecin traitant :

- ▶ Pour le suivi et la coordination du parcours de soins du patient insuffisant cardiaque.

- ▶ Le cardiologue :

- ▶ Pour son expertise et l'évaluation de l'insuffisance cardiaque.

- ▶ L'IDEL/l'IPA :

- ▶ Pour apporter l'éducation thérapeutique/l'éducation à la santé nécessaire à l'autonomie du patient dans la gestion de sa pathologie.
- ▶ Pour le suivi à domicile, la prévention des décompensations

- ▶ Le pharmacien :

- ▶ Pour s'assurer de l'observance et évaluer le risque de iatrogénie médicamenteuse.

Des outils pour aider la coordination ?

- ▶ Outils de communication : idomed, mssanté
 - ▶ Outils de téléexpertise : Omnidoc
 - ▶ Outils de coordination : une équipe pluriprofessionnelle qui se connaît, MSP/protocoles
- 

Un exemple de suivi collaboratif protocolisé



Mr D

- ▶ Monsieur D a été hospitalisé pour 1^{ère} décompensation cardiaque il y a maintenant 1 an
- ▶ Mr D est diabétique sous ADO, il consomme régulièrement de l'alcool.
- ▶ Refus du suivi spécialisé cardiologique.
- ▶ consulte aux urgences pour dyspnée au moindre effort ainsi que des œdèmes aux membres inférieurs se majorant depuis 7 jours.
- ▶ Il est hospitalisé. A la suite de son hospitalisation, il consulte son médecin traitant. Le médecin traitant veut l'intégrer à un protocole de surveillance à domicile type PRADO. Mr D refuse et pense qu'il peut gérer seul.
- ▶ Une nouvelle hospitalisation pour décompensation cardiaque sera nécessaire pour qu'il accepte d'intégrer le protocole.

Le repérage des patients :

- ▶ Repérage par le médecin traitant, l'infirmier, l'IPA ou le pharmacien
- ▶ Critères d'inclusion :
 - Patient vivant à domicile,
 - Inclus dans la patientèle des médecins généralistes ayant signé le protocole de soin,
 - Est considéré comme à risque de décompensation ou ayant décompensé,
 - Dont l'intervention d'une IDEL peut être rapide.
- ▶ Exclusion des patients :
 - Ayant une insuffisance cardiaque sévère à très sévère faisant déjà l'objet d'un suivi en secteur hospitalier.

L'inclusion dans le protocole de soin :

- ▶ Consultation avec le médecin traitant :
 - expliquer au patient les modalités de prise en charge,
 - donner les différentes ordonnances pour le suivi
 - conduite à tenir en cas de décompensation
- ▶ Une éducation thérapeutique est proposée au patient
- ▶ Liens avec IDEL/IPA /Pharmacien pour la coordination des soins : RCP, conversation IDOMED

En pratique Mr D :

▶ Le médecin :

- Créé une discussion via IDOMED et programme un bilan dans 2 mois en RCP
- Réalise les différentes ordonnances nécessaires pour l'intervention de l'IDEL (suivi et en cas de décompensation)
- Propose une éducation thérapeutique selon le souhait du patient (PP, atelier de groupe, consultation individuelle par l'IPA ou l'IDEL) : IPA

▶ L'IDEL :

- Réalise un suivi à domicile hebdomadaire et plus intensément en cas de décompensation grâce au diagramme d'intervention pré établi

▶ L'IPA :

- Réalise l'éducation thérapeutique du patient en groupe ou individuellement.
- Réalise un suivi trimestriel de l'état de santé du patient en conjoint avec le médecin traitant

▶ Le pharmacien :

- Propose un bilan de médication
- Surveille les prises médicamenteuses

Feuille de surveillance à domicile :

Surveillance mensuelle de l'état clinique – Insuffisance cardiaque

Dates par semaine	Jours de surveillance fois par semaine	Tension artérielle Fréquence cardiaque	Poids	Saturation	Signes cliniques : Essoufflement, oedeme, fatigue, toux, palpitations...
Du		TA : 			
Au		TA : 			
Du		TA : 			
Au		TA : 			
Du		TA : 			
Au		TA : 			
Du		TA : 			
Au		TA : 			

Le bilan de médication

▶ Rôle du pharmacien :

- La surveillance de l'observance thérapeutique (récupération des traitements à l'officine),
 - La surveillance d'apparition d'effets secondaires,
 - L'information auprès du patient des différents traitements,
 - La surveillance du risque de iatrogénie médicamenteuse.
 - L'auto médication
- 

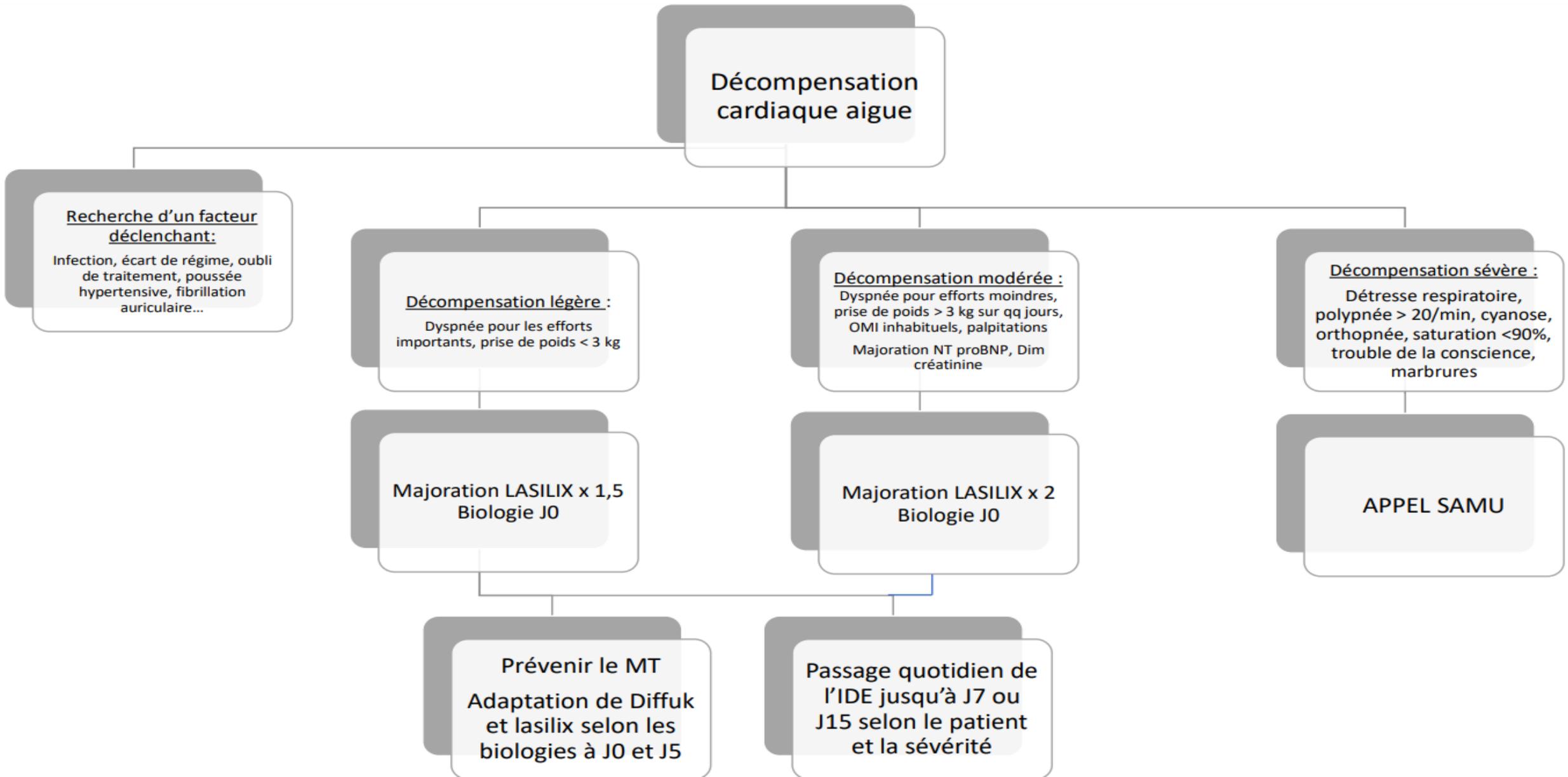
L'éducation thérapeutique du patient :

- ▶ Elle peut être réalisée de différentes manières afin de s'adapter au mieux aux besoins et capacités du patient.
- ▶ Cette éducation portera sur différents points afin que le patient puisse être le plus autonome possible dans la gestion de sa pathologie.
 - Connaissance de la pathologie,
 - Connaissance des règles hygiéno-diététiques,
 - Connaissance des facteurs favorisant les décompensations,
 - Connaissance des signes de décompensation cardiaque,
 - Connaissance des conduites à tenir en cas de décompensation,
 - Connaissance sur l'adaptation du traitement par Lasilix.

Le suivi :

- ▶ Est réalisé par l'IDEL pour une durée minimum de 2 mois.
 - 2 fois par semaine afin de surveiller les constantes et établir une feuille de surveillance à domicile.
 - Education à la santé/connaissance de sa maladie
- ▶ En cas de décompensation
 - L'IDEL peut appliquer les ordonnances faites à l'avance (bio, furosemide, constantes...)
 - Informations envoyées au médecin traitant via IDOMED, qui juge de l'attitude à avoir
 - Le suivi de l'IDEL sera ainsi intensifié jusqu'à la normalisation de l'état de santé du patient.
 - La multiplication des décompensations amène à une réévaluation par le cardiologue

Diagramme d'intervention de l'IDEL :



A l'issue du protocole :

- ▶ Une réévaluation des connaissances est réalisée par le médecin traitant à l'issue des 2 mois (+/- RCP)
 - **Mr D est jugé autonome dans la gestion de sa pathologie, il connaît :**
 - sa pathologie et ses traitements,
 - les conduites à risque de décompensations, les signes de décompensation cardiaque et la conduite à tenir en cas de décompensation,
 - les directives afin d'alerter et prévenir les professionnels de santé en cas de décompensation.
- ▶ **Mr D n'est pas jugé autonome :**
 - Le suivi par l'IDEL se poursuit.

En conclusion :

- ▶ Si Mr D avait pu bénéficier du protocole dès l'annonce du diagnostic d'insuffisance cardiaque, cela aurait permis :
 - D'éviter une nouvelle hospitalisation
 - De gérer la décompensation de manière prématurée et à domicile.