**Titre du protocole : Insuffisance cardiaque**

**Thème listé sur annexe 3 de l’ACI oui**

**Lequel** : Affections sévères compliquées ou décompensées

Maison de santé de XXX

**Date de la création initiale du protocole par l’équipe :** XX/XX/XXXX

**Délai prévu avant l’évaluation du protocole par l’équipe de la MSP :** 6 mois

**Date(s) de modification(s) effectives(s) du protocole :** au fil de l’eau

**Dernière date de validation par l’équipe du protocole en cours :** XX/XX/XXXX

**Membres du groupe de travail ayant participé à l’élaboration (écriture) de ce protocole**

**Référent(e)s de ce protocole, personnes ressources**

**Liste des professionnels de la MSP adhérant à la prise en charge**

**Liste éventuelle du(es) professionnel(s) extérieur(s) à la MSP mais signataire(s) du projet de santé et/ou adhérant à la prise en charge après information et consentement du patient sur le partage des données médicales nécessaires**.

**Problématique**

La prévalence de l’insuffisance cardiaque en France est évaluée entre 2,3 % et 3,6 % de la population adulte (soit entre 1,1 et 2 millions de patients) et augmente de manière importante après 75 ans (plus de 10 %), surtout du fait de l’augmentation de l’ICC à fraction d’éjection préservée. Le nombre d’hospitalisation est estimé d’environ 100 000 par an. Le taux de ré hospitalisation à 1 an est de l’ordre de 40%. Une intervention précoce des soins primaires diminue les ré hospitalisations.

**Objectif général**

Améliorer la qualité des soins pour ces patients

Réduire les hospitalisations pour ces patients

**Objectifs secondaires (opérationnels)**

1 - Définir de nouvelles conditions qualitatives de suivi de cohortes de patients porteurs d’insuffisance cardiaque

2 - Démontrer que ce suivi protocolé et renforcé est porteur de meilleur qualité des soins

3 - Démontrer la réduction du recours à l’hospitalisation pour ces patients en suivi coordonné

**Patients concernés**

Patients ayant des symptômes évocateurs (EPOF) et confirmé par une échographie avec une FEVG < 40 - 50 % ou un avis du cardiologue affirmant l’IC à fonction systolique conservé.

**Rôle de chaque intervenant et coordination des intervenants impliquant plusieurs catégories de PS de l’équipe**

***•* MG : consultation de dépistage** : sur les symptômes. Orientation sur échographie.

***•* MG : consultation d’annonce** : explications, remise du livret, examen, vaccinations, titration traitement, suivi renforcé, indicateurs, inscription dossier en RCP

**• MG + Pharmacien + IDE** : consultation en trinôme avec le patient en cas de sortie hospitalière

**• IDE : consultation :** bilan, info, explications, remise de documents,

**• Pharmacien**: information, conseils, surveillance poids et TA

**• Cardiologue** : Une fois l’an ou plus si décompensation ou adaptation de traitement

**Echanges entre professionnels et/ou en réunions de concertation pluriprofessionnelles**

Le dossier de chaque patient est traité en RCP réunissant les acteurs concernés.

**Fréquence des réunions**

Une fois par an, ou plus en cas de sortie du patient du protocole ou en cas de souci ressenti par un professionnel ou d’échec sur les objectifs fixés avec le patient et ses parents.

**EVALUATION**

***Chiffres pour 20XX***

- Identifier le nombre de patients suivis pour insuffisance cardiaque : **XX**

- Identifier le nombre passés en ETP en 20XX : **XX**

- Nombre de dossiers traités en RCP en 20XX : **XX**

**Bibliographie, références scientifiques**

[*Does an Early Primary Care Follow-up after Discharge Reduce Readmissions for Heart Failure Patients?*](http://link.irdes.fr/c?p=xBDQi9Cl0MXQ39DL0Kx_S9CF0KEVB0lu5xPEEBdA0MrQggk7X0PQmxPp0Irh0Jkw0IbZlmh0dHA6Ly93d3cuaXJkZXMuZnIvZW5nbGlzaC93b3JraW5nLXBhcGVycy8wNzMtZG9lcy1hbi1lYXJseS1wcmltYXJ5LWNhcmUtZm9sbG93LXVwLWFmdGVyLWRpc2NoYXJnZS1yZWR1Y2UtcmVhZG1pc3Npb25zLWZvci1oZWFydC1mYWlsdXJlLXBhdGllbnRzLnBkZqQxNzMzxBDy-9DGaNCa0MjQqkDQuGUe0L_QwtC00L_Qy61saW5rLmlyZGVzLmZyxBQK0InQy1vQgWrs0KPQhSrQlPRMZPrQ0tCv0JMCbA)[*Damien Bricard*](http://link.irdes.fr/c?p=xBDQi9Cl0MXQ39DL0Kx_S9CF0KEVB0lu5xPEEG8-Xzw7IdC1TNCXaxHQoSc1FdC-2ThodHRwOi8vd3d3LmlyZGVzLmZyL3JlY2hlcmNoZS9lcXVpcGUvYnJpY2FyZC1kYW1pZW4uaHRtbKQxNzMzxBDy-9DGaNCa0MjQqkDQuGUe0L_QwtC00L_Qy61saW5rLmlyZGVzLmZyxBQK0InQy1vQgWrs0KPQhSrQlPRMZPrQ0tCv0JMCbA)*,* [*Zeynep Or*](http://link.irdes.fr/c?p=xBDQi9Cl0MXQ39DL0Kx_S9CF0KEVB0lu5xPEENC90Lc60NzQwRnQmEPQjtCq5NC60LrQztDDEdkzaHR0cDovL3d3dy5pcmRlcy5mci9yZWNoZXJjaGUvZXF1aXBlL29yLXpleW5lcC5odG1spDE3MzPEEPL70MZo0JrQyNCqQNC4ZR7Qv9DC0LTQv9DLrWxpbmsuaXJkZXMuZnLEFArQidDLW9CBauzQo9CFKtCU9Exk-tDS0K_QkwJs) *(IRDES)*

Guide HAS parcours de soins insuffisance cardiaque

[*https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide\_parcours\_de\_soins\_ic\_web.pdf*](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf)

Prescription d’activité physique et sportive Insuffisance cardiaque chronique (2019)

[*https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app\_244\_ref\_aps\_icc\_vf.pdf*](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_244_ref_aps_icc_vf.pdf)

**Annexes avec la liste des documents associés**

Liste des actions

**Lieu de consultation du protocole pluriprofessionnel, des annexes**

Fichier informatique sur le serveur sécurisé de la MSP

**PROTOCOLE INSUFFISANCE CARDIAQUE**

**MSP XXX**

Notre patientèle inscrite MT à XXX est de XXXX patients avec file active de XXXXX patients (chiffres 12/20XX). Nous dénombrons **XX patients insuffisants cardiaque** fin 20XX.

1. **Consultation médicale d’identification**

**Dépistage du patient** : dyspnée à l’effort, tachycardie, fatigue, prise de poids, œdèmes périphériques (EPOF)

Diagnostic : prise de poids (de 2 à 3 kg sur quelques jours) + ECG + Créatinine et DFG, BNP ou NT-proBNP : *IC décompensée probable si BNP> 35 pg/ml, NT-proBNP>125pg/ml ou BNP> 100 pg/ml,NT-proBNP>400 pg/ml en situation aiguë*

**Confirmation du diagnostic : échographie cardiaque** : = FEVG < 50%

* FEVG < 40 % = IC systolique (ICS) à fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) réduite ≤ 40 % (IC-FER)
* FEVG entre 41 et 49% : IC à FEVG modérément réduite (IC-FEmR-"midly reduced")
* si FEVG≥ 50 %, on évoque l’insuffisance cardiaque à fraction d’éjection préservée (ICFEP)
* Non intégrée dans le protocole : ICFEP, insuffisance cardiaque droite

***A faire :***

1. **Proposer une consultation spécifique d’explications et/ou consultation à sortie d’hospitalisation**
2. **Inscrire le diagnostic** dans le dossier et en codage CIM 10 (I50)
3. **Consultation médicale d’explications**

***A faire :***

1. Expliquer le diagnostic avec des schémas, ou lien internet avec vidéo
2. Examen clinique complet : poids, TA, cœur, vasculaire
3. Prévoir une rééducation cardiaque à l’effort si possible
4. Contrôler le statut vaccinal grippe et pneumocoque
5. Contrôler le traitement et effectuer une titration (IEC, ARA II, bétabloquant, diurétiques, antagonistes de l’aldostérone , sacubitril-valsartan, glifozine)
6. Proposer un « suivi renforcé » à expliquer selon le stade :

|  |  |
| --- | --- |
|  | CS + Biologie |
| Sortie Hôpital | J 14 |
| En cours de titration | tous les 14 jours |
| Stabilisé | tous les 1 à 3 mois |

1. Demander l’autorisation de présenter le dossier en RCP
2. Demander une ALD
3. Remettre la prescription d’intervention de l’IDE concernée
4. Inscrire les noms de IDE et pharmacie dans le dossier
5. **RCP**

***A faire :***

1. Exposé du dossier
2. Accord de l’équipe sur traitement et/ou suivi
3. Vérifier le remplissage du dossier sur écran visio en commun
4. **Consultation n°1 chez l’IDE (50’)**

***A faire :***

1. Bilan de ce qui a été compris
2. Compléter les infos
3. Expliquer les éléments à surveiller et les signes d’alerte
4. Remise des documentations
5. Recueil de l’accord sur le traitement et sur le suivi
6. **Délivrance à la pharmacie**

Lors des passages pour délivrance de médicaments ou en automédication

***A faire :***

1. Information sur les médicaments
2. Conseils usuels : surveillance poids, TA, restriction sur sel et vigilance sur l’automédication
3. **Consultation chez le médecin généraliste**

Toutes consultations ultérieures

***A faire :***

1. Surveillance des constantes
2. Application du protocole STSS mai 2018
3. Recueil de satisfaction concernant le suivi
4. **En cas de souci ou problème**

***A faire :***

1. Inscription du dossier en RCP
2. Analyse du souci
3. Pistes à trouver
4. **Orientation vers le cardiologue**

* Systématiquement une fois par an pour calcul de la FEVG
* Formes évolutives, quel que soit le stade
* ***Transmission de dossier en téléexpertise***
* Présence de complications

***A faire :***

1. Editer un VMS
2. ***Téléexpertise via SISRA***
3. **Consultation en trinôme**

Médecin + Pharmacien + IDE, en présence du patient si possible

Maximum à J 30 après hospitalisation

***A faire :***

1. Explications sur le suivi et le traitement
2. Proposer de rencontrer la famille ou des aidants
3. Ecouter l’expérience du patient

**SISA PONT D’AIN SANTE**

**16 rue du 1er septembre 1944**

**01160 PONT D’AIN**

---

**SIRET 790 082 812**

Les professionnels de santé de la MSP s’engagent sur l’honneur à participer au parcours insuffisance cardiaque développé par l’assurance maladie et à appliquer le protocole ci-dessous pour les patients suivis pour insuffisance cardiaque créé par l’équipe à partir des données et des recommandations des sociétés savantes et de la Haute Autorité de Santé.

Pour l’équipe des professionnels

Docteur Pierre DE HAAS

