

Protocole de suivi du patient insuffisant cardiaque

Post-Hospitalisation

Mission : Organisation du parcours pluriprofessionnel autour du patient

Thématique : suivi des patients porteurs d'affections sévères décompensées ou compliquées en insuffisance cardiaque

Synthèse

Objet : améliorer le suivi du patient insuffisant cardiaque après une hospitalisation

Date de création : Février 2025 - Version n°7 (Màj 09/01/2026)

Délai avant évaluation : septembre 2026

Référent CPTS BC : Dr Alisha Symons
Médecin Généraliste : alishasymons@gmail.com

Référent Centre Hospitalier Carcassonne : Dr Slimane Belaid
Cardiologue CHC : slimane.belaid@gmail.com

Coordinatrice parcours CPTS BC : Émilie Millet
e.milletecptsbc@gmail.com 07.88.64.20.52

Acteurs intervenant dans la mise en œuvre :

Ensemble des professionnels de santé du parcours du patient IC du territoire de la CPTS du bassin carcassonnais.

Des PS de ville :

- Médecin généraliste
- Cardiologue
- IPA
- Pharmacien
- IDEL
- IDE ASALEE
- Masseur Kinésithérapeute
- Professionnels de l'APA
- Diététicien

Des PS du centre hospitalier de Carcassonne :

- Cardiologue
- IDEC cardiologie
- IDE suivi de cardiologie
- Cadre référent parcours

Des PS de rééducation cardiaque SMR Clinique du sud

- Médecin rééducateur
- PS équipe de rééducation cardiaque (kiné...)

L'équipe du PRADO IC AM

Public Cible :

- Patient porteur d'une IC sort d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque du centre hospitalier de Carcassonne

Détail / description⁽¹⁾

Contexte

En France (2018 - source: site Ameli)

- 1,5 millions de personnes touchées par cette maladie
- Entre 400 000 et 700 000 personnes non diagnostiquées

Dans l'Aude (2022 à 2023- source : SNDS)

- 6 170 patients insuffisants cardiaques
- 12,2% n'ont pas de médecin traitant déclaré en 2023
- 13,7% aucun contact avec un médecin généraliste
- 38,4% aucun contact avec un cardiologue

Dans le territoire de la CPTS (2022 à 2023- source : SNDS)

- 870 insuffisants cardiaques
- 40,9% n'ont pas de médecin traitant déclaré en 2023
- 14,1% aucun contact avec un médecin généraliste
- 43% aucun contact avec un cardiologue

• Problématiques identifiées :

- **Temps médical** : Difficulté d'accès aux médecins car manque de cardiologues et de généralistes
- **Coordination** : suivi insuffisant et manque d'outils partagés
- **Communication** : absence d'outil de communication commun ville-CH ; transmission d'informations ch->ville incomplètes
- **Méconnaissance** du suivi spécifique des thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque par les professionnels de santé partenaires du territoire
- **Difficile adhésion des patients et observance thérapeutique** après annonce du diagnostic (public précaire)
- **Éducation thérapeutique** : Insuffisante hors SMR; APA manque de systématisation

• Éléments facilitant la prise en charge au sein du protocole :

- Présence du PRADO IC
- Présence d'une IDEC en service de cardiologie
- Présence d'un SMR avec l'habilitation rééducation cardiaque
- Numéro de téléphone du cardiologue de garde du Centre Hospitalier de Carcassonne
- Patients de la MSP Carcassonne Est et DALIA bénéficient d'une IPA et/ou d'une IDE ASALEE
- Volonté d'améliorer le parcours par les PS du territoire
- Sport sur ordonnance

Objectifs généraux du protocole :

1/ Prévenir les risques de décompensation cardiaque et de ré-hospitalisation

- > Améliorer le délai des RVD de suivi de consultation des patients IC (MG/IPA ;Cardiologue CHC)
- > Identifier des créneaux spécifiques avec les cardiologues de ville (via Prado IC)
- > Systématiser le passage d'infirmier à domicile pour ces patients avec la prescription d'un acte AMI 5.8
- > Former les professionnels de ville sur les principaux TTT de l'IC : suivi et surveillance et interprétation ECG

2/ Définir une prise en charge coordonnée

- > Identifier un coordonnateur de parcours IC de la CPTS et un référent CHC (IDEC de cardio)
- > Disposer d'outils de suivi harmonisés et standardisés spécifiques au patient IC
- > Identifier un moyen de communication commun ville & hôpital : SPICO, messagerie sécurisée MSSANTE, DMP

Critères d'inclusion dans le protocole:

- Patient hospitaliser pour décompensation cardiaque IC au CH de Carcassonne avec / sans ALD
- Patient sortant du service de cardiologie du CH de Carcassonne
- Patient résidant à domicile
- Consentement oral du patient
- Patient résidant sur le territoire de la CPTS (17 communes : Alairac; Alzonne; Arzens; Berriac; Carcassonne; Caux-et-Sauzens; Cavanac; Lavalette; Montclar; Pezens; Preixan; Raissac-sur-Lampy; Rouffiac-d'Aude; Roullens; Sainte-Eulalie; Saint-Martin-Le-Vieil; Villesèquelande)
- Adhésion du médecin traitant et cardiologue référent au protocole IC

Critères d'exclusion du protocole:

- Patient bénéficiant d'un télé-suivi IC
- Patient refusant l'entrée dans le protocole

Objectifs Opérationnels :

Le patient qui est inclus dans le protocole bénéficiera d'un suivi spécifique composé:

- 1 Visite hebdomadaire d'un infirmier à domicile dès la sortie du centre hospitalier(AMI 5,8 IC)
- 3 consultations avec l'Infirmier en pratique avancé * :
 - dans les 7 jours qui suivent la sortie d'hospitalisation,
 - durant le 3ème mois
 - au 6ème mois (sortie du protocole)
- 2 consultations avec le médecin traitant dans le mois qui suit la sortie d'hospitalisation et au 4ème mois post-hospitalisation (1 adressage au centre DALIA pour les patients sans médecin traitant)
- 1 consultation avec le cardiologue référent dans les 2 mois qui suivent la sortie d'hospitalisation
- La mise en place de séances d'éducation thérapeutique via le SMR (ETP HDJ Clinique du sud) et relai avec IDE ASALEE en ville si possible
- 1 suivi de réadaptation cardiaque pris en charge par un masseur-kinésithérapeute ou activité physique adaptée sur prescription médicale
- 1 coordination du parcours par le coordonnateur de la CPTS BC avec création du SPICO dossier en lien avec l'IDEC du CH et PRADO IC

**Cotation réalisée conformément à la nomenclature des IPA*

Les étapes de déploiement du protocole

Au centre hospitalier

1. INCLUSION DU PATIENT

Le(s) référent(s) PRADO IC ou l'IDEC du service cardiologie Identifie les patients IC dans le service de cardiologie avec une date de sortie envisagée. Il vérifie et propose l'inclusion du patient dans le protocole selon la procédure ci-dessous.

Procédure d'inclusion :

- Vérifier que le patient soit éligible au protocole et note le consentement (voir fiche d'inclusion standardisée)
- Contacter le coordonnateur de parcours CPTS BC par mail via la messagerie sécurisée MSSANTE ou via SPICO discussion.

2. DOSSIER DE LIAISON : REDACTION DES DOCUMENTS DE SORTIE PAR LE CARDIOLOGUE DU CHC

Le dossier de liaison comprend:

- La feuille d'identité du patient et ses coordonnées
- Le compte rendu d'hospitalisation (diagnostic et traitement)
- La fiche de liaison infirmière
- L'ordonnance du bilan sanguin
- L'ordonnance du traitement pour min 1 mois renouvelable
- L'ordonnance pour les soins infirmiers (AMI 5.8)
- Le carnet de suivi IC

Tous ces documents sont téléversés systématiquement dans le DMP du patient par le service de cardiologie du CHC.

En ville

3. SUIVI MEDICAL et IPA

- Déclencher l'IPA pour une visite dans les 7 jours maximum qui suivent la sortie de l'hôpital, en cas d'indisponibilité du MT.
L'IPA vérifie :
 - la mise en place des infirmiers à domicile,
 - la réalisation du bilan de médication avec le pharmacien si besoin
 - la prise de RDV et la réalisation des consultations médicales de suivi (MT et cardiologue)
- Pour la prise des RDV médicaux Prendre le RDV avec le médecin traitant 1 mois maximum après la sortie de l'hôpital
(RDV pris par le PRADO IC ou l'IDE de parcours CPTS)
- Prendre RDV avec le cardiologue pour la consultation de suivi dans les 2 mois maximum qui suivent l'hospitalisation (RDV pris par le PRADO IC ou l'IDE de parcours CPTS)

4. COORDINATION : coordonnateur de parcours CPTS

- Création d'un dossier dans SPICO Dossier avec inclusion de tous les professionnels de santé du parcours
- Déclenchement des interventions de l'Infirmier en Pratique Avancée (IPA)
- Envoi d'un message à tous les professionnels inclus dans le dossier de suivi
- Appelle l'IDEL/IPA du patient 2 fois pendant la durée du protocole (3 mois et 6 mois)
- Recense les patients qui ont fait une décompensation et qui ont été réhospitalisés
- 6 mois après l'hospitalisation retire le patient du protocole, délivre le questionnaire de satisfaction soignants

SMR ou En ville

5. ETP IC

- Adressage au SMR clinique du sud pour éducation thérapeutique IC des patients éligibles en HDJ
- Relai avec l'IDE ASALEE quand cela est possible ou avec les IDEL (AM5.8)

6. SUIVI DE READAPTATION CARDIAQUE

- Relai en ville avec protocole de PEC réadaptation cardiaque par masseur-kinésithérapeute **ou**
- Mise en place du sport sur ordonnance **ou**
- Orientation Maison Sport santé **ou**
- Orientation APA

Critères d'évaluation:

Indicateurs quantitatifs:

- Nombre de patients inclus dans le protocole IC
- Nombre de patients réhospitalisés dans les 6 mois qui suivent la sortie d'hospitalisation
- Délai des RDV de consultation chez le médecin généraliste et/ou IPA et le cardiologue
- Nombre de consultation chez le médecin généraliste et/ou IPA et le cardiologue dans les 6 mois
- Stade NYHA
- Stabilisation de la pathologie: nombre de décompensation
- Continuité du suivi: nombre de BSI et AMI 5.8 prescrits

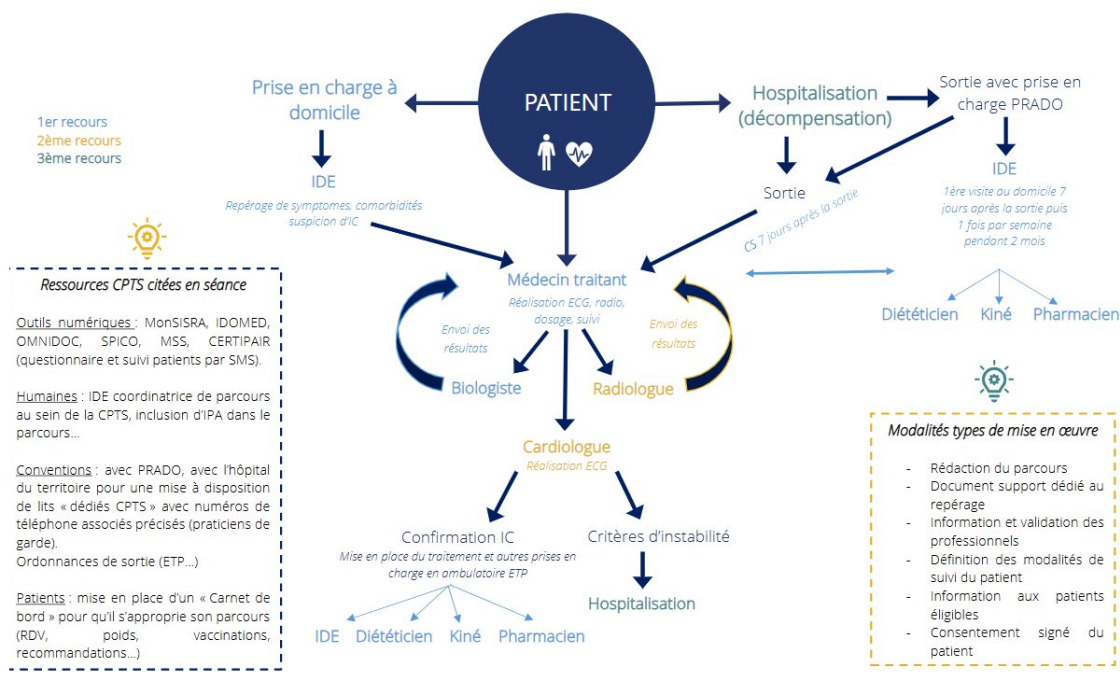
Indicateurs qualitatifs:

- Les ruptures identifiées
- Questionnaire de satisfaction patient/professionnel de santé au bout de 6 mois

ANNEXE 1 – Parcours type patient insuffisant cardiaque

OUTIL TYPE : PARCOURS INSUFFISANCE CARDIAQUE

Restitution du groupe des chargés de parcours en CPTS – FCPTS – 04/04/2023



ANNEXE 2 – Rôle de chaque professionnel de santé du parcours IC

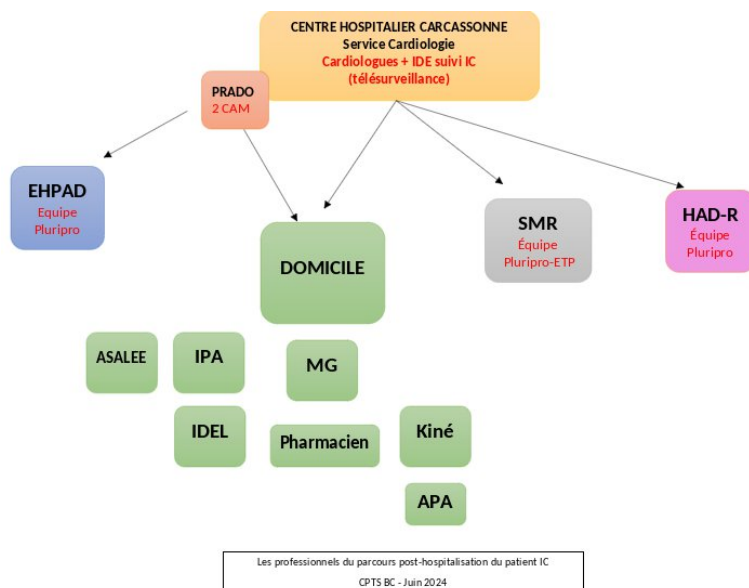


Tableau 1: Parcours de soins du patient insuffisant cardiaque : rôles et interventions des professionnels de santé du parcours

Catégorie	Rôle de chaque professionnel
Service de Cardiologie CHC 1	• Confirme le diagnostic et propose le traitement, • Réalise Echocardiographie Doppler de suivi • Réalise les documents suivant pour la sortie : -CR d'hospitalisation et courrier de sortie -Ordonnances TTT, bilan biologique 7 jours, Soins infirmier, PRADO, bon transport • Réalise l'inclusion du patient dans le protocole et recueille consentement patient
IDEC et ou PRADO IC 2	• Pour le PRADO : Intervient au CH sur prescription du cardiologue • Organise le RAD du patient : -Récupère toutes les prescriptions et le courrier de suivi du patient -Prend RDV IPA J0-J7 et MG M1 -Fais un mail standardisé pour informer le MG de l'inclusion du patient dans le parcours -Contacte l'IDEL -Contacte le transport sanitaire -Contacte et transmission du dossier patient à la coordinatrice de parcours CPTS -Remet le carnet de suivi • Suivi de la réalisation des 1ers RDV médicaux • Prend RDV avec le cardiologue à M2
Infirmière Libérale 3	• Intervient sur prescription auprès du patient pour effectuer un suivi adapté au profil du patient dès sa sortie de l'hôpital • Assure la surveillance clinique régulière (paramètre, signe EPOF, réalise les bilans biologiques) et implémente le carnet IC du patient • Réalise de l'ETP/bilan éducationnel sur prescription (AMI 5,8) : - Conseil sur l'alimentation - Observance et gestion du TTT - Explique l'autosurveillance - Vérification de la mise en place de la réadaptation cardiaque • Alerte le MG si signes de décompensation EPOF • Mise en place à la suite d'un BSI pour continuer le passage hebdomadaire infirmier pendant les 6 mois

Pharmacien 4	• Délivre le ttt • Donne des conseil sur l'importance de l'observance du TTT • Donne des conseils hygiéno-diététiques • Réalise un bilan de médication si nécessaire
IPA 5	• Réalise le suivi du patient * —>1 consultation (JO-J7) maximum 7 jours après la sortie du patient —>1 consultation de suivi le 3^{ème} mois = M3 —>1 consultation de suivi le 6^{ème} mois = M6 • Examen clinique complet • Réalise les bilans biologiques • Dépistage et gestion des comorbidités • Surveillance de l'observance du TTT et adaptation selon la demande du médecin généraliste et du cardiologue • Vérification du statut vaccinal • Réalise CR de la consultation dans SPICO dossier et l'envoi par mail au médecin traitant et cardiologue référent • Rempli le carnet IC du patient • Réalise l'ETP si besoin • Dépistage des signes de décompensation et alerte au MG si besoin <i>*Cotation réalisée conformément à la nomenclature des IPA</i>
Laboratoire de biologie médicale 6	• Effectue l'analyse de biologie • Donne l'alerte au MG ou IPA quand bilan sanguin perturbé

Médecin Généraliste 7	• Propose à minima 2 RDV de suivi: _dans le mois qui suit la sortie de l'hôpital - le 4^{ème} mois post-hospitalisation • Valide la prise en charge du patient proposée par ce protocole • Prescrit le traitement : mise à jour et adaptation du traitement médicamenteux (titration) et évaluation clinique Assure le suivi : - Réévaluation et prescription du traitement médicamenteux - Consulte le carnet de suivi-personnalisé du patient, - Vérification du suivi par IPA, ASALEE, IDEL • Dépiste l'aggravation de la maladie (Stade NYHA) : bilan clinique (Signes EPOF) et prescription d'un bilan sanguin • Orientation vers le cardiologue si décompensation sévère
Cardiologue Libéral 8	• Propose 1 RDV de suivi à 2 mois et reste en appui du médecin traitant si problème • Réalise Echocardiographie Doppler de suivi • Oriente le patient vers un service de cardiologie ou vers un service de réadaptation cardiaque et/ou d'hospitalisation si besoin
Masseur- Kinésithérapeute 9	• Met en place la réadaptation cardiaque selon protocole • Donne l'alerte si signe de décompensation au MG ou IPA (Signe EPOF)
Infirmière Asalee 10	• Réalise l'ETP : -Remise en mouvement -Gestion des risques cardio-vasculaires modifiables -Conseils hygiéno-alimentaires • Réalise un bilan de prévention : -ICOPE -État vaccinal -Dépression -Activité physique

	• Surveille l'état clinique du patient : paramètres, signe EPOF, surveillance de la biologie
SMR 11	Prise en charge HDJ si possible : • Met en place un programme de réadaptation cardiaque : -Réentraînement à l'effort ; sport, balnéo, relaxation... • Met en place l'ETP IC : suivi diététicienne, signes d'alertes, observance TTT... • Propose une PEC psychologique • Organise les consultations spécialistes si besoin • Propose un suivi à long terme si nécessaire
Professionnels de l'APA 12	• Évalue et adapte les exercices aux capacités du patient • Encadre le réentraînement à l'effort progressif • Éduque à l'autorégulation de l'effort • Prépare le patient à l'activité physique en autonomie à domicile