

Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ?

L'hospitalisation avec une décompensation aiguë d'insuffisance cardiaque est un marqueur de gravité : elle signe un risque élevé de mortalité et de réadmission dans l'année.

Points clés

- La prise en charge doit être pluriprofessionnelle et prendre en compte l'existence fréquente de comorbidités, de syndromes gériatriques, d'une précarité et d'un risque iatrogénique.
- Les principaux objectifs du traitement en établissement de santé sont :
 - stabiliser l'état du patient ;
 - débiter une éducation thérapeutique ;
 - organiser la sortie en fonction des risques prioritaires du patient.
- La transition hôpital domicile est sécurisée par la transmission d'un document de sortie contenant des préconisations de soins et d'aides.
- Une consultation du médecin traitant doit être prévue dans un délai < 7 jours après la sortie.
- Le suivi post-sortie repose sur un suivi commun entre le médecin traitant et le cardiologue du patient, en concertation avec les autres acteurs de soins primaires. Des visites à domicile par des infirmiers formés au suivi des insuffisants cardiaques réduisent le risque de réadmission et de mortalité.
- Les objectifs principaux de ce suivi sont :
 - poursuivre la titration du traitement de l'insuffisance cardiaque ;
 - mettre en place une éducation thérapeutique pour permettre au patient de surveiller ses symptômes et de gérer les alertes ;
 - assurer un accès rapide aux soins en cas d'alerte ;
 - prescrire une activité physique régulière et adaptée aux possibilités du patient
- En cas de situation complexe, une concertation pluriprofessionnelle doit être organisée, en vue d'un plan personnalisé de santé (PPS).

Ce qu'il faut faire

Étape 1. Pendant l'hospitalisation

Il est conseillé d'élaborer un protocole pluriprofessionnel pour organiser la prise en charge intra-hospitalière.

- **Obtenir un avis cardiologique**, quels que soient l'âge du patient ou le service d'hospitalisation (en cardiologie ou non), et évaluer la fonction cardiaque par échographie.
- **Identifier les facteurs susceptibles de majorer le risque de réadmission** en utilisant une grille générique, adaptée pour tenir compte des facteurs de gravité liés à la sévérité de l'insuffisance cardiaque ([focus 1](#)). Il est conseillé de contacter le médecin traitant du patient, son cardiologue et, le cas échéant, les professionnels de santé et d'aide au domicile pour compléter l'histoire de la maladie cardiaque et des maladies chroniques associées, et préciser le contexte psychosocial.
- **Sur la base de cette évaluation des risques et besoins du patient**, prendre les avis nécessaires puis organiser les interventions adaptées : faire ou prévoir une évaluation gériatrique standardisée en cas de syndrome gériatrique et/ou de perte récente des activités de la vie quotidienne ; proposer une assistance aux patients qui, même avec l'aide d'un proche, ne seront pas en mesure de gérer leurs maladies et leurs traitements de retour à leur domicile ; prendre les contacts nécessaires pour organiser la sortie des patients relevant de soins palliatifs... ([annexe 1](#)).

- Expliquer au patient la cause de la décompensation aiguë : infection, trouble du rythme, défaut d'observance ou écarts de régime... S'entretenir avec lui pour déterminer ses besoins en éducation et débiter une **éducation thérapeutique** (ETP) dès que possible.
- **Décider du mode de sortie** : domicile, domicile avec dispositif de suivi renforcé, soins de suite et de réadaptation (SSR) ou hospitalisation à domicile (HAD) en tenant compte des ressources du territoire ([annexe 3](#)). La sortie ne doit intervenir que lorsque la situation clinique est stabilisée et que des préconisations pour améliorer le suivi sont établies ([focus 2](#)).

Étape 2. Organiser la transition entre l'hôpital et le domicile

La sortie a lieu de préférence en fin de matinée ou en début d'après-midi. Le chef de pôle ou le chef de service désigne **un professionnel de santé responsable de l'organisation de la sortie**. Celui-ci vérifie que :

- les informations sur la prise des **médicaments et le suivi médical et biologique** ont été fournies au patient ou à son entourage. Il s'assure qu'ils les ont bien comprises et leur demande s'ils ont besoin d'explications complémentaires. Dans ce cas, il contacte le professionnel de santé compétent ;
- les professionnels de santé du domicile ont été **prévenus de la date de sortie** : le médecin traitant systématiquement, et selon les cas l'infirmier(ère) qui va suivre le patient et le pharmacien d'officine. Sinon il les contacte ;
- les aides à domicile prévues ont bien été organisées.

Il remet au patient [Haute Autorité de Santé - Document sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h](#) :

- **le document de sortie** contenant au chapitre « suite à donner » les informations indispensables à la mise en place, sans rupture ni délai, d'une prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse adaptée ([focus 2](#)) ;
- **une fiche de suivi des objectifs éducatifs**, destinée à faciliter la continuité, la cohérence et le renforcement de l'ETP ([annexe 4](#)) ;

- **la première ordonnance du suivi biologique** : fonction rénale, natrémie et kaliémie ;
- **les prescriptions**, en s'assurant que tous les médicaments du patient sont prescrits sur une **ordonnance unique**, même dans le cas où le patient doit se procurer des médicaments à la pharmacie de l'hôpital (accord professionnel). **Le débit de filtration glomérulaire** estimé avant la sortie doit être indiqué sur l'ordonnance des médicaments.

Pour les cas les plus complexes, il téléphone au patient 24 à 72 h après la sortie pour vérifier la mise en place des actions prévues : traitements, suivi, aides.

Étape 3. Organiser le suivi du patient de retour à domicile

Le suivi à domicile nécessite un **suivi commun par le médecin traitant et le cardiologue du patient**. Ce binôme définit, en fonction des risques prioritaires des patients ([annexe 1](#)), l'intensité du suivi, la stratégie thérapeutique, les modalités de surveillance et d'alerte. Ils prennent en compte l'avis des autres membres de l'équipe pluriprofessionnelle ainsi que celui du patient.

Le suivi médical peut être complété par :

- **des visites à domicile d'un infirmier** formé au suivi des insuffisants cardiaques ([annexe 5](#)). Ce mode de suivi est au centre du **programme PRADO¹ insuffisance cardiaque**, avec une première visite au domicile dans les 7 jours après la sortie puis une visite hebdomadaire pendant au moins 2 mois : l'infirmier apporte une éducation, un soutien psychosocial, vérifie l'observance, évalue l'efficacité et les effets secondaires des médicaments, l'évolution des habitudes alimentaires, la pratique d'une activité physique, le statut fonctionnel et la qualité de vie ;
- un **suivi structuré par téléphone** avec une hotline spécialisée ou une **télésurveillance** ([focus 5](#)), en s'assurant de leur acceptation par le patient.

¹ Programme d'accompagnement de retour à domicile « PRADO » de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Une **concertation pluriprofessionnelle** peut être organisée si le patient présente plusieurs problèmes ([annexe 2](#)). En dehors du suivi de l'insuffisance cardiaque, une **démarche/un bilan de soins infirmiers** peuvent être prescrits pour répondre aux besoins d'un patient transitoirement dépendant, notamment pour sécuriser la prise des médicaments ([annexe 1](#)). Le recours à une expertise gériatrique ou sociale peut également être utile. [Haute Autorité de Santé - Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?](#)

La **question de l'élaboration d'un plan personnalisé de santé (PPS) doit être posée** si l'insuffisance cardiaque est sévère ou associée à des problèmes sanitaires ou sociaux nécessitant une prise en charge pluriprofessionnelle de proximité [Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé \(PPS\) PAERPA](#). Si le médecin traitant décide de s'engager dans l'élaboration d'un PPS, un référent du PPS doit être désigné.

Dans tous les cas le suivi repose sur un suivi spécifique et coordonné, **débuté moins de 7 jours après la sortie** (visite ou consultation du médecin traitant). La durée de ce suivi est variable : 2 à 6 mois selon la situation des patients, renouvelable. Il comprend :

- **l'optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque** sous la responsabilité du médecin traitant en coopération avec le cardiologue. En cas d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée, titration² des IEC puis, une fois la situation stabilisée, titration des β -bloquants, prescription de diurétiques de l'anse selon la rétention hydrosodée et d'autres thérapeutiques selon recommandations. En cas d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée, contrôle de l'hypertension artérielle et du rythme cardiaque ;
- **une surveillance clinique et biologique adaptée** [Haute Autorité de Santé - Guide parcours de soins insuffisance cardiaque](#)

associée à une réévaluation régulière par le cardiologue ;

- **l'organisation d'un accès rapide aux avis et aux soins**, particulièrement en cas d'alerte ou de symptômes de décompensation : désignation d'une personne contact pour le patient, possibilité pour le médecin traitant de contacter rapidement un cardiologue ;
- **la poursuite de l'éducation thérapeutique du patient**, en s'assurant de la répétition des messages portant sur les compétences de sécurité ([annexe 4](#)). Cette éducation doit être intégrée aux soins, sous forme d'une activité éducative ciblée ou d'un programme personnalisé. Les infirmiers et les pharmaciens ([focus 3](#)) sont des acteurs de cette éducation ;
- **une activité physique régulière et adaptée**. La réadaptation cardiaque peut être proposée en post-hospitalisation ou de façon différée. Elle permet d'améliorer la capacité d'effort sous-maximale, de réévaluer les capacités du patient après réadaptation (intérêt pronostique et thérapeutique), de débiter ou de poursuivre l'ETP, d'optimiser le traitement médicamenteux et d'analyser les possibilités de réinsertion professionnelle pour les patients les plus jeunes ([focus 4](#)).
- **la mise à jour du volet de synthèse médicale (VSM)** transmis en cas d'hospitalisation ou de consultation spécialisée, ou du dossier de liaison d'urgence (DLU) pour les résidents en EHPAD [Haute Autorité de Santé – DLU : dossier de liaison d'urgence](#).

Si une réhospitalisation est nécessaire, il faut privilégier un circuit d'admission directe dans le service spécialisé sans passer par le service d'accueil des urgences.

² Titration, augmentation progressive par paliers des posologies des IEC, β -bloquants, pour atteindre chez chaque patient la dose maximale tolérée

Condition à réunir

- Inciter à l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels dans les services hospitaliers. Des protocoles peuvent également être élaborés en soins ambulatoires (règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité, arrêté du (23 février 2015).
- Améliorer l'accès aux programmes de réadaptation cardiaque et de promotion de l'activité physique au long cours.
- Actualiser et renforcer la formation d'un nombre suffisant d'infirmiers au suivi personnalisé et pluriprofessionnel des insuffisants cardiaques.
- Harmoniser au niveau de chaque territoire les messages à diffuser aux patients par l'ensemble des acteurs professionnels.
- Établir une complémentarité au niveau régional entre les programmes de suivi infirmier du type PRADO et ceux plus intensifs proposés par les réseaux de santé dédiés à l'insuffisance cardiaque.
- Valider les modalités et les indications des programmes de télésurveillance.

Ce qu'il faut éviter

- Rester dans l'incertitude diagnostique sur le type et le stade de l'insuffisance cardiaque ou son étiologie.
- Les ruptures de communication entre la ville et l'hôpital.
- Sous-traiter l'insuffisance cardiaque au seul motif de l'âge.
- Méconnaître les risques iatrogéniques, qui sont amplifiés par la polymédication, les syndromes gériatriques et les pathologies chroniques associées, particulièrement l'insuffisance rénale chronique.
- Ignorer les problèmes sanitaires ou sociaux associés à l'insuffisance cardiaque.
- Négliger les thérapeutiques non médicamenteuses, diététique et activité physique.
- Se focaliser sur la réduction des hospitalisations, au risque de ne pas

hospitaliser le patient quand cela est nécessaire.

Ce qu'il faut savoir

- Les patients hospitalisés pour décompensation aiguë d'insuffisance cardiaque ont un âge moyen de 78 ans et un âge médian de 80 ans.
- Plus de la moitié des réadmissions ne sont pas d'origine cardiaque mais dues aux problèmes de santé associés. cela souligne la nécessité d'une prise en charge globale et adaptée à ces problèmes de santé dont l'insuffisance cardiaque peut n'être qu'une composante. Une attention particulière doit être portée :
 - au repérage et à la prise en charge des syndromes gériatriques ;
 - à la prise en charge des maladies chroniques associées : BPCO, insuffisance rénale sévère, diabète... ;
 - aux médicaments : sous-traitement, défaut d'observance et iatrogénie médicamenteuse sont fréquemment observés ; ils sont à l'origine de nombreuses hospitalisations non programmées en partie évitables [Haute Autorité de Santé - Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?](#)
 - au besoin de soutien psychosocial aux patients et à leurs aidants ;
 - à la proposition de soins palliatifs pour surmonter une phase aiguë ou accompagner une fin de vie.
- Dans la littérature, plusieurs interventions ont été montrées efficaces pour réduire le risque de mortalité, de réadmission pour insuffisance cardiaque ou toutes causes, avec des niveaux de certitude variés :
 - **l'optimisation du traitement** : en cas d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée³, l'augmentation progressive des doses (titration) d'inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) puis de β -bloquant pour atteindre la dose maximale tolérée par le patient. Le traitement pharmacologique de

³ Fraction d'éjection ventriculaire gauche altérée : FEVG \leq 50 %

l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée⁴ est moins bien codifié ;

- l'élaboration et le suivi de **protocoles pluriprofessionnels** pour optimiser la prise en charge pendant l'hospitalisation.
- **l'éducation des patients**, en premier lieu pour leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires à l'auto-surveillance de leurs symptômes, à la recherche rapide d'un avis médical en cas d'alerte puis à l'adaptation de leurs traitements. Elle doit également porter sur les bénéfices d'une prise régulière des médicaments et les modalités d'un régime pauvre en sel⁵. Cette éducation débutée à l'hôpital doit être poursuivie en ville ;
- la pratique régulière d'une **activité physique adaptée** ([focus 4](#))
- la planification de la sortie par l'équipe hospitalière. Cela inclut la **transmission, dès la sortie**, aux professionnels de santé du domicile des informations sanitaires et sociales indispensables à la continuité et à la sécurité des soins ;
- un **suivi ambulatoire renforcé** associant au suivi par le médecin traitant une surveillance et une réévaluation cardiologique régulière, des visites au domicile par des infirmiers formés au suivi des patients insuffisants cardiaques, un suivi structuré par téléphone et/ou par télé médecine.
- Ces interventions doivent être mises en œuvre aux 3 phases de la prise en charge : pendant l'hospitalisation, au moment de la transition, au domicile.
- Une approche en équipe pluriprofessionnelle est recommandée, comprenant une concertation et une coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

⁴ Fraction d'éjection ventriculaire gauche préservée : FEVG > 50 %, plus fréquente chez la personne âgée

⁵ Les doses maximales quotidiennes de sel sont précisées par le praticien. En France, la consommation quotidienne de sel est en moyenne de 8 g. Un régime pauvre en sel (≤ 6 g/j) est en général conseillé. Les régimes restrictifs (< 2 g/j) sont à éviter.

Expériences ou projets en cours

Programme de retour à domicile (PRADO) : les patients hospitalisés pour décompensation cardiaque peuvent bénéficier d'un programme d'accompagnement de retour à domicile défini par l'Assurance maladie et la Société française de cardiologie, dont les mémos sont validés par la HAS. Ce programme propose :

- une planification du suivi médical et médico-social par un conseiller de l'Assurance maladie ;
- une prise en charge pluriprofessionnelle respectant le libre choix du patient et répondant aux besoins sanitaires et médico-sociaux pour sécuriser le retour au domicile. L'identification des besoins par l'équipe hospitalière est complétée par le médecin traitant qui assure la coordination des professionnels auprès du patient. Des référentiels de bonnes pratiques sont remis à l'ensemble des professionnels [ameli.fr - PRADO Insuffisance cardiaque](#)
- un suivi infirmier au domicile une fois par semaine pendant au moins 2 mois, pour surveiller l'état clinique du patient et renforcer les connaissances de ce dernier sur l'insuffisance cardiaque ;
- une coordination médecin traitant et cardiologue pour une optimisation (titration) sécurisée (tolérance, effets indésirables) des traitements de l'insuffisance cardiaque avec une consultation longue du médecin traitant à 2 mois.

Ce programme est actuellement disponible dans 33 départements. Il est réservé aux patients volontaires et déclarés éligibles par l'équipe hospitalière de cardiologie. L'éligibilité est réduite par la présence de troubles du comportement, de troubles moteurs ou cognitifs, de soins palliatifs ou d'une dialyse rénale... [ameli.fr – Retour à domicile après décompensation cardiaque](#)

Les ARS ont autorisé des **programmes d'éducation thérapeutique** sur l'insuffisance cardiaque dans plusieurs régions.

Plusieurs réseaux de santé proposent un suivi et une éducation des insuffisants cardiaques

Réseaucardiauvergne <http://www.cardiauvergne.com/>

Réseau cardiosaintonge <http://cardiosaintonge.fr/>

Réseau Eric Mâcon

Réseau HTA gwad <http://www.htagwad.com/>

Réseau Icarlim <http://www.sante-limousin.fr/professionnels/reseaux-de-sante/icarlim>

Réseau KalonIC Codiab <http://www.codiab.fr/>

Réseau Prevert <http://www.prevert.fr/>

Réseau RADIC <http://2.chu-poitiers.fr/16e66b26-b174-4dc5-bd80-e5f6e8a8d553.aspx>

Réseau Résic 38 <http://www.resic38.org/>

Réseau respecticoeur <http://www.respecticoeur.com/>

Réseau réucare <http://www.reucare.org/>

Réseau rivarance <http://www.rivarance.com/>

Pôle Santé du Douaisis <http://www.sante-douaisis.fr/pole-maladies-chroniques/presentation>

Resicard <http://www.resicard.com/>

Expérimentations de télésurveillance

Le projet PIMPS (Plate-forme Interactive Médecins Patient Santé), mis en œuvre au CHG de Pontoise, vise à optimiser la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique par un renforcement de l'éducation thérapeutique et de la surveillance clinique et biologique des patients *via* une plate-forme e-santé (formation des médecins et interface soignants-patients).

<https://www.pimps.fr/pimps/pratique>

Le projet OSICAT (Optimisation de la Surveillance Ambulatoire des Insuffisants CARDIAques par Télécardiologie), mis en œuvre au CHU de Toulouse, évalue au plan clinique et économique le télésuivi à domicile des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. <https://www.osicat.fr/>

Focus 1. Facteurs associés au risque de réhospitalisation

• Admission pour pneumopathie ou exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	<input type="checkbox"/>
• Admission pour syndrome coronarien aigu	<input type="checkbox"/>
• Cancer métastasé ou probabilité de soins palliatifs < 1 an	<input type="checkbox"/>
• Antécédent d'hospitalisation non programmée < 6 mois	<input type="checkbox"/>
• Syndrome gériatrique : troubles cognitifs, confusion, dénutrition, chute, escarre, dépression	<input type="checkbox"/>
• Situation sociale défavorable : précarité, isolement, veuvage récent ou instabilité de l'état de santé de l'aidant naturel	<input type="checkbox"/>
• Polymédication : prise régulière ≥ 10 médicaments / jour ou ≥ 5 médicaments dont 1 à risque élevé : anticoagulant, double antiagrégation, diurétique, psychotropes	<input type="checkbox"/>
• Diminution récente de la capacité à gérer les activités de la vie quotidienne, en particulier à se nourrir soi-même	<input type="checkbox"/>
• Incapacité à comprendre son traitement attestée par l'échec à la reformulation des explications données	<input type="checkbox"/>
• Facteurs de mauvais pronostic : pressions de remplissage toujours élevées malgré traitement optimal ; fréquence cardiaque élevée sous traitement bradycardisant ; faible pression artérielle systolique	<input type="checkbox"/>
• Paramètres biologiques péjoratifs : insuffisance rénale sévère, hyponatrémie persistante, maintien d'un taux élevé de peptides natriurétiques (BNP) malgré un traitement optimal de la décompensation aiguë	<input type="checkbox"/>

Focus 2. Préconisations de soins et d'aides à insérer dans le document de sortie

VOLET CONTINUITÉ DES SOINS

- Poursuite de la titration du le traitement IEC et β -bloquant selon préconisations
- Poids, fréquence cardiaque et pression artérielle de sortie
- Poursuite du traitement du facteur déclenchant jusqu'à résolution
- Schéma de surveillance clinique et biologique préconisé
- Suivi infirmier pour sécuriser surveillance et observance : Non Oui
- Inclusion dans le programme PRADO ou dans un autre programme de suivi ambulatoire : Non Oui
- RDV médicaux : Non Oui si oui les indiquer en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient
- Examens complémentaires à faire : Non Oui si oui les indiquer en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient
- Réadaptation cardiaque immédiate ou différée : Non Oui
- Examens dont les résultats sont en attente : Non Oui si oui les indiquer
- Objectifs personnalisés d'éducation thérapeutique en indiquant ce qui a été débuté pendant l'hospitalisation
- Proposition au médecin traitant d'éléments pour un plan personnalisé de santé (PPS) si l'équipe hospitalière pense qu'une coordination pluriprofessionnelle formalisée est nécessaire

VOLET MÉDICO-SOCIAL

- Actions déjà mises en place (par l'hôpital avant la sortie) : Non Oui si oui les indiquer
- Actions préconisées (dont la mise en place est à organiser) : Non Oui si oui les indiquer
- Demande d'ALD : Non applicable Faite À demander
- Points de vigilance : _____

SURVEILLANCE PARTICULIÈRE POUR ANTICOAGULANTS (PARTICULIÈREMENT EN CAS D'ANTIBIOTHÉRAPIE), DIURÉTIQUES, PSYCHOTROPES

Focus 3. Points de vigilance et d'éducation pour le pharmacien d'officine

EN SORTIE D'HÔPITAL

- Vérifier les changements thérapeutiques réalisés et leur justification
- S'assurer que tous les médicaments sont prescrits sur une même ordonnance
- Procéder à une analyse pharmaceutique de l'ordonnance : rechercher une interaction médicamenteuse, vérifier que les posologies sont adaptées à la fonction rénale

POSER RÉGULIÈREMENT LA QUESTION : AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À SUIVRE VOTRE TRAITEMENT ?

RÉPÉTER LES MESSAGES SUR LES COMPÉTENCES DE SÉCURITÉ (CF. ANNEXE 4)

RAPPELER LES MÉDICAMENTS À ÉVITER ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes
- L'automédication
- Les laxatifs hypokaliémisants
- Les interactions entre antibiotiques et antivitamines K
- Les alpha-bloquants à visée prostatique
- Les comprimés effervescents

Focus 4. Prescription d'une activité physique régulière et adaptée

PRESCRIRE UNE RÉADAPTATION CARDIAQUE SUR AVIS SPÉCIALISÉ :

- Dans les suites de l'hospitalisation ou de façon différée
- Après avoir évalué
 - l'absence de contre-indication temporaire ou définitive au réentraînément : arythmies ventriculaires non contrôlées, thrombus intra-ventriculaire mobile, classe IV de la NYHA
 - l'état de déconditionnement musculaire du patient, ses projets, le contexte social
- En cas de refus du patient, réitérer la proposition, en lui expliquant l'intérêt et les objectifs de la réadaptation cardiaque

EN L'ABSENCE DE RÉADAPTATION CARDIAQUE, CONSEILLER LE MAINTIEN OU LA REPRISE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTÉE ET RÉGULIÈRE

- Rappeler les bénéfices d'une activité physique régulière
- Activité de marche et / ou de vélo d'appartement sur des séances de 30 minutes, au seuil d'essoufflement (qui permet de parler) de manière régulière 3 à 5 fois par semaine
- Un kinésithérapeute pour accompagner la reprise de l'activité physique, en s'assurant d'une concertation avec le cardiologue
- Adresser le patient à une association ou à un réseau de santé proposant un programme d'activité physique adapté aux personnes âgées ou insuffisantes cardiaques

Focus 5. Objectifs et caractéristiques des programmes de télésurveillance

OBJECTIF : ADAPTER LE TRAITEMENT POUR ÉVITER UNE HOSPITALISATION DANS UN DÉLAI < 5 JOURS SUIVANT L'APPARITION DE SYMPTÔMES DE DÉCOMPENSATION

TRANSMISSION D'INDICATEURS À DISTANCE A UN MEDECIN RÉFÉRENT

- Poids
- Symptômes
- De façon variable selon les programmes : PA, fréquence cardiaque et respiratoire, biomarqueurs...

RENFORCEMENT DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE A DISTANCE

Par appels descendants, sur objectifs prédéfinis afin d'assurer la **réactivité** du patient

TRAITEMENT DE L'INFORMATION ET INTERVENTION

- Support humain
- Réception et validation de l'alerte, appel et conseil du patient
- Orientation vers l'équipe de soins primaires ou le cardiologue pour intervention dans les 24-48 h et contrôle biologique
- Appel de contrôle à 24-48 h

Adapté des expérimentations en cours (Pontoise) (Toulouse)

Annexe 1. Personnalisation du parcours selon les risques

Risque prioritaire	Facteurs de risque (repérés par la grille en focus 1)	Interventions de réduction des risques
Insuffisance cardiaque	<p>Pour tous les insuffisants cardiaques ≥ classe NYHA II-III</p> <p>Moduler l'intensité et la durée du suivi selon la présence de facteurs pronostiques défavorables</p>	<p>Optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque</p> <p>Programme de suivi coordonné (cf. étape 3)</p> <p>Visites à domicile par infirmiers formés au suivi de l'insuffisance cardiaque</p> <p>Inclusion dans le programme PRADO ou dans un autre programme de suivi ambulatoire (réseau...)</p> <p>Télésurveillance ou suivi structuré par téléphone</p>
Risque de perte d'autonomie	<p>Syndrome gériatrique : troubles cognitifs, dénutrition, chutes, escarres, confusion, dépression</p> <p>Perte récente d'une activité de la vie quotidienne (AVQ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Soins personnels/toilette <input type="checkbox"/> Habillage <input type="checkbox"/> Aller aux toilettes <input type="checkbox"/> Repas 	<p>Mobilisation d'aides à domicile</p> <p>Démarche/bilan de soins infirmiers</p> <p>Évaluation gériatrique de premier recours comprenant l'évaluation du domicile et le bilan social Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire – Fiche points clés et solutions - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires – Fiches points clés et solutions</p> <p>Évaluation gériatrique spécialisée : consultation, équipe mobile gériatrique, hôpital de jour ou réseau de santé</p> <p>Élaboration et suivi d'un PPS</p>
Polypathologies	<p>Polymédication</p> <p>Interactions entre pathologies</p>	<p>Revue des pathologies et des médicaments Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée - Fiche points clés et solutions - Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Fiche points clés et solutions</p> <p>Conciliation médicamenteuse entrée sortie</p> <p>Élaboration et suivi d'un PPS</p>
Précarité	<p>Isolement, instabilité sociale, problèmes liés à l'habitat</p>	<p>Évaluation psychologique et sociale</p> <p>Sollicitation en amont de la sortie des services sociaux et des aides disponibles localement Document sortie d'hospitalisation supérieure à</p>

Extrême vulnérabilité ou fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalisations fréquentes malgré un traitement optimal ▪ Pas de possibilité de transplantation ni de resynchronisation cardiaque ▪ NYHA IV avec retentissement important sur la vie quotidienne ▪ Cachexie ▪ Dépendance dans la plupart des AVQ ▪ Risque de décès < 12 mois 	<p><u>24 h</u></p> <p>Inciter les équipes de cardiologie et de soins primaires à aborder la question des soins palliatifs et à solliciter les équipes mobiles de soins palliatifs, les SSIAD, les réseaux de soins palliatifs...</p> <p>Envisager les traitements à limiter AVEC le patient Parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative-Note de cadrage</p>
Addiction	<p>Tabac, alcool</p>	<p>Conseil minimal, traitements spécifiques, recours à un addictologue</p>

Annexe 2. Check-list de concertation pluriprofessionnelle en cas d'insuffisance cardiaque

Check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui/non/?)							
Problèmes liés à l'organisation des soins (fréquents, transversaux et modifiables)	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2	Problèmes liés au contexte de vie (fréquents, transversaux et modifiables)	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2
				Problèmes de mobilité			
Liés aux médicaments				<input type="checkbox"/> Risque de chute <input type="checkbox"/> Chute(s) <input type="checkbox"/> Phobie post-chute Locomotion <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> à l'extérieur			
<input type="checkbox"/> Un accident iatrogène s'est déjà produit <input type="checkbox"/> Automédication à risque <input type="checkbox"/> Problème d'observance <input type="checkbox"/> Traitement à risque iatrogénique élevé : anticoagulant, diurétiques, psychotropes, médicaments cardio-toxiques : chimiothérapie, trithérapie anti-VIH... <input type="checkbox"/> Difficulté à l'auto-adaptation des traitements : AVK, diurétiques et hypoglycémiant				Difficultés à prendre soin de soi			
				<input type="checkbox"/> Utiliser le téléphone <input type="checkbox"/> S'occuper de la prise des médicaments <input type="checkbox"/> Utiliser les moyens de transport <input type="checkbox"/> Gérer son budget			
Organisation du suivi				Incapacités dans les activités de la vie quotidienne			
<input type="checkbox"/> Déplacement des soignants à domicile <input type="checkbox"/> Accès au cardiologue <input type="checkbox"/> Multiples intervenants <input type="checkbox"/> Investigations diagnostiques ou actes thérapeutiques nombreux et/ou complexes				<input type="checkbox"/> Soins personnels/toilette <input type="checkbox"/> Habillage <input type="checkbox"/> Aller aux toilettes <input type="checkbox"/> Repas			
Adaptation du mode de vie				Troubles cognitifs ou thymiques			
Activité physique adaptée <input type="checkbox"/> impossible <input type="checkbox"/> refusée				<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur <input type="checkbox"/> Refus de soins ou			

				d'aides			
Addiction <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Alcool				Isolement			
Difficultés à traiter l'insuffisance cardiaque en raison de facteurs de mauvais pronostic ?				<input type="checkbox"/> Faiblesse du réseau familial ou social <input type="checkbox"/> géographique <input type="checkbox"/> ressenti <input type="checkbox"/> culturel <input type="checkbox"/> linguistique			
Cachexie/dénutrition				Aidants et situations de maltraitance			
Prévention générale des risques				Précarité			
Vacciner contre <input type="checkbox"/> la grippe <input type="checkbox"/> le pneumocoque				<input type="checkbox"/> financière <input type="checkbox"/> habitat <input type="checkbox"/> énergétique			

Annexe 3. Orientation du choix de sortie (accord professionnel)

Domicile	Domicile avec renforcement	SSR spécialisé	SSR polyvalent/gériatrique	HAD
Pas de conditions défavorables	<p>Facteurs pronostiques défavorables au plan cardiologique</p> <p>Ou risque de perte d'autonomie</p> <p>Ou précarité, patient isolé, logement peu accessible ou peu fonctionnel ou insalubre</p> <p>Ou indication de soins palliatifs</p>	Réadaptation cardiaque immédiate avec l'accord du patient	Risque de perte d'autonomie avec conditions défavorables au domicile	<p>Soins palliatifs</p> <p>Ou soins lourds associés à l'ICC : <i>pansements complexe, nursing lourd, nutrition, assistance respiratoire...</i></p> <p>Ou traitements intraveineux à usage uniquement hospitalier</p>
<p>Organiser le retour à domicile avec l'équipe de soins habituelle et l'entourage du patient, selon suivi décrit à l'étape 3</p> <p>Envisager un suivi temporaire par infirmier formé ou le programme PRADO quand disponible</p> <p>Faire des préconisations pour un PPS</p>	<p>Organiser la sortie en soins palliatifs</p> <p>Organiser le retour à domicile avec prise en charge renforcée : suivi quotidien par infirmier libéral, SSIAD ou réseau de santé, télésurveillance ou suivi téléphonique, UTIC</p> <p>Faire des préconisations pour un PPS</p> <p>Prévoir une évaluation gériatrique de premier recours ou spécialisée</p> <p>Mobiliser les aides à domicile</p> <p>Solliciter les services sociaux</p>	Contacter l'équipe de soins du SSR	Contacter l'équipe de soins du SSR	<p>Contacter l'équipe HAD</p> <p>Evaluer et confirmer avec elle l'indication et les possibilités de l'HAD</p>

Annexe 4. Outil d'initiation et de suivi de l'éducation thérapeutique des insuffisants cardiaques

Objectifs éducatifs	Abordés oui/non/ date	Acquis / en voie d'acquisition / non acquis (date)
<p>COMPÉTENCES DE SÉCURITÉ A ACQUÉRIR EN PRIORITÉ</p> <p>Identifier ses propres symptômes d'aggravation de l'insuffisance cardiaque</p> <p>Se peser à la fréquence indiquée par le médecin, quotidiennement ou au minimum 2 fois par semaine</p> <p>Reconnaître les aliments riches en sel - Insuffisance cardiaque. Guide du parcours de soins</p> <p>Si prise de poids > 2 kg en 3 jours et/ou essoufflement accru contacter le médecin et/ou augmenter la dose de diurétiques</p>		
<p>MÉDICAMENTS</p> <p>Reconnaître les médicaments prescrits pour l'insuffisance cardiaque, leurs effets attendus et secondaires</p> <p>Connaître les médicaments à éviter (AINS) et les risques de l'automédication</p> <p>Savoir qui contacter en cas de symptômes évoquant un effet secondaire</p> <p>Comprendre que le traitement doit être pris de façon régulière et permanente</p>		
<p>ACTIVITÉ PHYSIQUE</p> <p>Comprendre les bénéfices d'une activité physique régulière et personnalisée : « le cœur est un muscle ».</p> <p>Pratiquer l'activité physique en respectant la fréquence et la durée conseillées et les signes d'alerte.</p> <p>Gérer sa fatigue en alternant activité et repos</p>		
<p>SUIVI MEDICAL RÉGULIER</p> <p>Prendre les rendez-vous nécessaires pour le renouvellement des ordonnances et le suivi</p> <p>Informers les professionnels de l'évolution de son état de santé</p> <p>En déplacement, avoir sur soi un compte-rendu de ses antécédents médicaux et ses traitements</p>		
<p>SEVRAGE TABAC ou/et ALCOOL</p>		
<p>COMMENTAIRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ sur l'adhésion du patient, l'impact psycho-social et les mesures proposées en cas de compétence non acquise :</p>		

Annexe 5. Formation des infirmiers au programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque (PRADO)

- Formation conçue par la Société française de cardiologie
- Formation courte (3 heures) délivrée par e-learning destinée aux infirmiers choisis par le patient dans le cadre du programme PRADO
- Connaissances évaluées sur les caractéristiques majeures de l'insuffisance cardiaque, des thérapeutiques employées, les règles hygiéno-diététiques, les objectifs et paramètres de la surveillance clinique et de la gestion des alertes
- Méthode d'évaluation : étude de cas cliniques
- Questionnaire de satisfaction proposé aux infirmiers



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr