

Les Guides Parcours de Soins de l'INEAS

Livre de poche

Octobre 2019

**Parcours de Soins du Patient Insuffisant
Cardiaque Chronique**

Draft en cours de validation par les experts du collège de l'INEAS

Table des matières

Abréviations.....	Erreur ! Signet non défini.
1. Introduction	3
1.1. Pourquoi un guide parcours de soins du patient insuffisant cardiaque ?.....	3
1.2. La rédaction du guide.....	3
2. Diagnostic d'une insuffisance cardiaque chronique	4
2.1. Quand suspecter une insuffisance cardiaque ?	4
2.1.1. Ce que recherche le médecin au cours de l'interrogatoire du patient et de son entourage	4
2.1.2. Ce que recherche le médecin lors de l'examen clinique	4
2.2. Comment confirmer le diagnostic et classer une insuffisance cardiaque chronique ?	5
2.2.1. Dosage des peptides natriurétiques (BNP et NT-proBNP).....	5
2.2.2. Echocardiographie Doppler transthoracique	6
2.2.3. Classification de l'insuffisance cardiaque	6
2.3. Quelles étiologies et quelles comorbidités rechercher chez l'IC ?	8
2.3.1. Bilan biologique à demander.....	8
2.4. Synthèse des étapes du diagnostic et des intervenants mobilisés	8
2.4.1. Etapes de diagnostic de l'ICC en première ligne ou chez un cardiologue.....	8
2.4.2. Etapes de diagnostic de l'ICC en 2 ^{ème} et 3 ^{ème} ligne chez un cardiologue.....	8
3. Prise en charge du patient insuffisant cardiaque chronique	11
3.1. Traitement de l'IC chronique à FEr	11
3.1.1. Objectifs du traitement	11
3.1.2. Prise en charge.....	11
3.2. Traitement de l'IC FE préservée/modérément réduite	15
3.3. L'éducation thérapeutique	17
4. Suivi d'une insuffisance cardiaque chronique	20
4.1.1. Examens biologiques et explorations fonctionnelles recommandés.....	22
1.1. Examens biologiques.....	22
4.2. Suivi de l'insuffisance cardiaque à FE préservée/ FE modérément réduite	22
5. Insuffisance cardiaque décompensée	24
5.1. Diagnostic	24
5.1.1. Critères d'hospitalisation.....	24
5.2. Optimisation de la prise en charge après décompensation cardiaque.....	27
6. Rôle des professionnels de sante	27
7. Annexes.....	Erreur ! Signet non défini.
GROUPE DE TRAVAIL	30
INEAS.....	30
EXPERT INTERNATIONAL PACS.....	30
GROUPE DE LECTURE	31

1. Introduction

1.1. Pourquoi un guide parcours de soins du patient insuffisant cardiaque ?

En Tunisie, l'insuffisance cardiaque chronique (ICC) constitue un problème de santé publique de par sa fréquence actuelle liée principalement au vieillissement de la population (population la plus âgée de l'Afrique) (1) et d'une meilleure prise en charge des cardiopathies notamment ischémiques et hypertensives.

En dépit du développement des moyens thérapeutiques, elle reste responsable d'une lourde mortalité atteignant 50% dans les 5 ans suivant le diagnostic (2). Un quart des patients décèdent dans l'année qui suit le diagnostic (3). La mort subite est la cause la plus fréquente des décès cardio-vasculaires (45%) (4).

Le registre national tunisien sur l'insuffisance cardiaque (NATURE-HF), non encore publié et qui a inclus 2003 patients a retrouvé un taux de réhospitalisations à un an de 7% et un taux de mortalité à un an de 13%. Seuls 22% des patients étaient sous traitement optimal à la sortie, d'où la nécessité de mettre en place un parcours de soins pour l'insuffisant cardiaque en Tunisie.

Ce guide a pour objectif de décrire le parcours de soins attendu pour un patient insuffisant cardiaque pour garantir la qualité de sa prise en charge et sa fluidité (5).

Il répond à trois enjeux :

- Améliorer la mise en œuvre coordonnée des bonnes pratiques professionnelles en ville, en lien avec l'hôpital tout en intégrant la dimension sociale.
- Identifier les points critiques (6) du parcours de soins et harmoniser les pratiques en regard.
- Renforcer le rôle clé et l'implication du patient et de son entourage, notamment par l'éducation thérapeutique.

Ce guide décrit l'ensemble du parcours de soins du patient insuffisant cardiaque chronique (ICC). Il commence au moment du dépistage / diagnostic et se poursuit pendant le suivi, en distinguant les soins généraux s'inscrivant dans la durée et les soins les plus spécialisés. Ainsi il met l'accent sur la multidisciplinarité de la prise en charge de la pathologie en décrivant tout le processus, les intervenants et les modalités de coordination entre les professionnels impliqués.

Il fait la distinction entre insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) réduite (ICF_{Er}), communément appelée insuffisance cardiaque systolique, et insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICF_{Ep}) ou modérément réduite (ICF_{Emr}). Même si la symptomatologie clinique est voisine pour ces trois entités, le traitement se pose en termes très différents, il est bien codifié pour l'ICF_{Er} mais très limité pour l'ICF_{Ep} ou ICF_{Emr}.

Dans le contexte tunisien, le guide parcours de soins est élargi au parcours de santé. Ainsi, il inclut également les éléments socio-environnementaux qui participent à la bonne réalisation du parcours de soins du patient : affiliation à un régime de sécurité sociale, recours à une assistante sociale, demande d'admission en affections prises en charge intégralement par l'assurance maladie, aide à domicile, etc.

1.2. La rédaction du guide

La rédaction du contenu du guide a été réalisée par le panel d'experts en collaboration avec

l'équipe de l'INEAS, et ce, après avoir réparti le groupe du travail en trois sous-groupes :

- Groupe I: Diagnostic
- Groupe II: Traitement pharmacologique et non pharmacologique
- Groupe III: Suivi.

2. Diagnostic d'une insuffisance cardiaque chronique

2.1.Quand suspecter une insuffisance cardiaque ?

Le diagnostic d'insuffisance cardiaque (IC) est suspecté devant des symptômes typiques ou atypiques, des facteurs de risque et le contexte du patient.

Le médecin traitant (médecin généraliste ou médecin de famille ou cardiologue) doit rechercher des signes spécifiques et non spécifiques et compléter ces investigations par la prescription de 2 examens paracliniques (un ECG et une radiographie du thorax).

2.1.1.Ce que recherche le médecin au cours de l'interrogatoire du patient et de son entourage

Terrain	Symptômes typiques	Symptômes atypiques
<ul style="list-style-type: none">Facteurs de risque cardiovasculaires (HTA, dyslipidémie, diabète)Habitudes : Alcool, TabacAntécédents médicaux :<ul style="list-style-type: none">CoronaropathiesvalvulopathiesCardiomyopathiesHépatiteEndocrinopathieChimiothérapie et/ ou RadiothérapieMaladies systémiques, HIVAntécédents familiaux de mort subite ou d'IC	<ul style="list-style-type: none">Dyspnée d'effort (Préciser le stade NYHA)OrthopnéeDyspnée paroxystique nocturneFatigabilitéŒdème des Membres Inférieurs	<ul style="list-style-type: none">Toux nocturneWheezing (dyspnée sifflante)Prise de poids (>2Kg/semaine)Perte de poids (dans les IC avancées)Perte d'appétit, anorexieConfusion (surtout chez le sujet âgé)DépressionPalpitationsSyncope

2.1.2.Ce que recherche le médecin lors de l'examen clinique

Signes spécifiques	Signes moins spécifiques	Examens complémentaires
--------------------	--------------------------	-------------------------

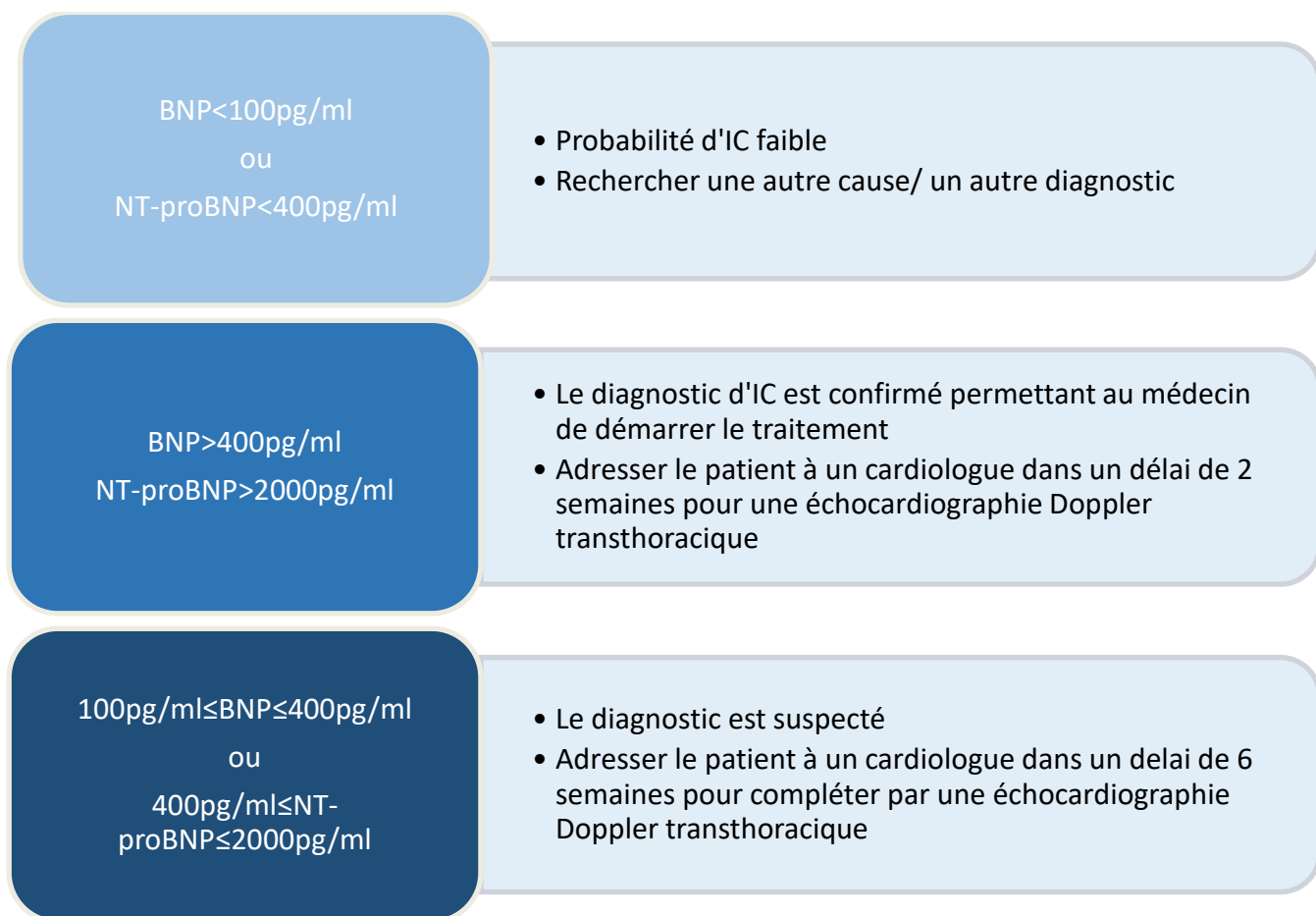
<ul style="list-style-type: none"> • Turgescence spontanée des jugulaires • Reflux hépato-jugulaire • Bruit de Galop • Déviation du choc de pointe vers la gauche 	<ul style="list-style-type: none"> • Œdèmes périphériques • Râles crépitants pulmonaires • Épanchement pleural • Tachycardie • Pouls irrégulier • Tachypnée (>16 c/mn) • Hépatomégalie • Ascite • Cachexie • Saturation < 95% • Souffle cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> • ECG <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ondes Q pathologiques ➤ Troubles de la conduction ➤ Bloc de branche gauche ➤ Hypertrophie ventriculaire gauche (HVG). ➤ Troubles du rythme ➤ Modifications non spécifiques du segment ST et/ou de l'onde T • Radiographie du thorax <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cardiomégalie, ➤ Signes de congestion pulmonaire, ➤ Elimine autres causes de dyspnée.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.2. Comment confirmer le diagnostic et classer une insuffisance cardiaque chronique ?

2.2.1. Dosage des peptides natriurétiques (BNP et NT-proBNP)

Une fois le diagnostic d'IC suspecté, un dosage des peptides natriurétiques (si disponible) est prescrit par le médecin traitant (médecin généraliste ou médecin de famille ou cardiologue). En absence du dosage biologique des peptides, l'échocardiographie Doppler transthoracique est l'examen de première intention.

Selon les résultats du dosage 3 cas se présentent :



2.2.2. Echocardiographie Doppler transthoracique

L'échocardiographie Doppler transthoracique permet de déterminer la fraction d'éjection, lorsque le diagnostic d'IC a été posé [Figure 1](#).

Elle est également recommandée pour confirmer le diagnostic d'IC en cas de doute, si le dosage des peptides est non informatif.

L'échocardiographie Doppler transthoracique est l'examen de première intention seulement si le dosage des peptides natriurétiques est non disponible.

2.2.3. Classification de l'insuffisance cardiaque

Les symptômes permettent d'apprécier la gravité de l'IC (le stade NYHA)

L'échocardiographie permet de classer l'IC (FEr ou FEp ou FEmr). (Voir [Figure 1](#) ci-dessous)

INDICATION

Insuffisance cardiaque diagnostiquée ou suspectée

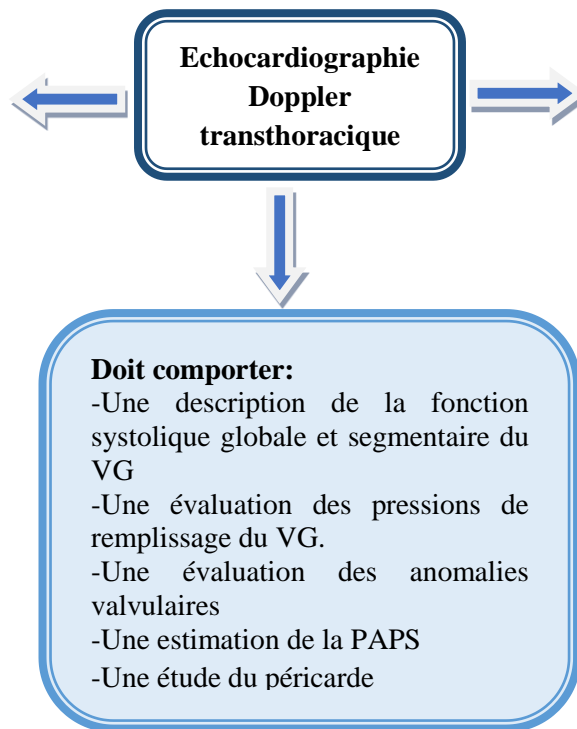


Permet de classer l'IC et de juger de sa sévérité

- ICFEr < 40%
- ICFEp ≥ 50%
- ICFEmr : 40 ≤ FE < 50%

Permet de confirmer le diagnostic d'IC

Permet d'établir l'étiologie de l'IC



- Elle peut être demandée par le médecin généraliste, le médecin de famille ou le cardiologue
- Elle sera réalisée par le cardiologue.

Figure 1. Indication et apport de l'échocardiographie doppler transthoracique dans le diagnostic et la classification de l'IC

2.3. Quelles étiologies et quelles comorbidités rechercher chez l'IC ?

2.3.1. Bilan biologique à demander

Il doit comporter au minimum :

NFS
Glycémie à jeun
Ferritinémie
Ionogramme sanguin
Urée, Créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG),
Transaminases, bilirubine
Protéinurie
TSH

- La coordination entre le médecin traitant de première ligne et le cardiologue est impérative pour le suivi quel que soit le stade de la maladie.

2.4. Synthèse des étapes du diagnostic et des intervenants mobilisés

2.4.1. Etapes de diagnostic de l'ICC en première ligne ou chez un cardiologue

Figure 2

2.4.2. Etapes de diagnostic de l'ICC en 2^{ème} et 3^{ème} ligne chez un cardiologue

Figure 3

Etapes de diagnostic de l'ICC en première ligne

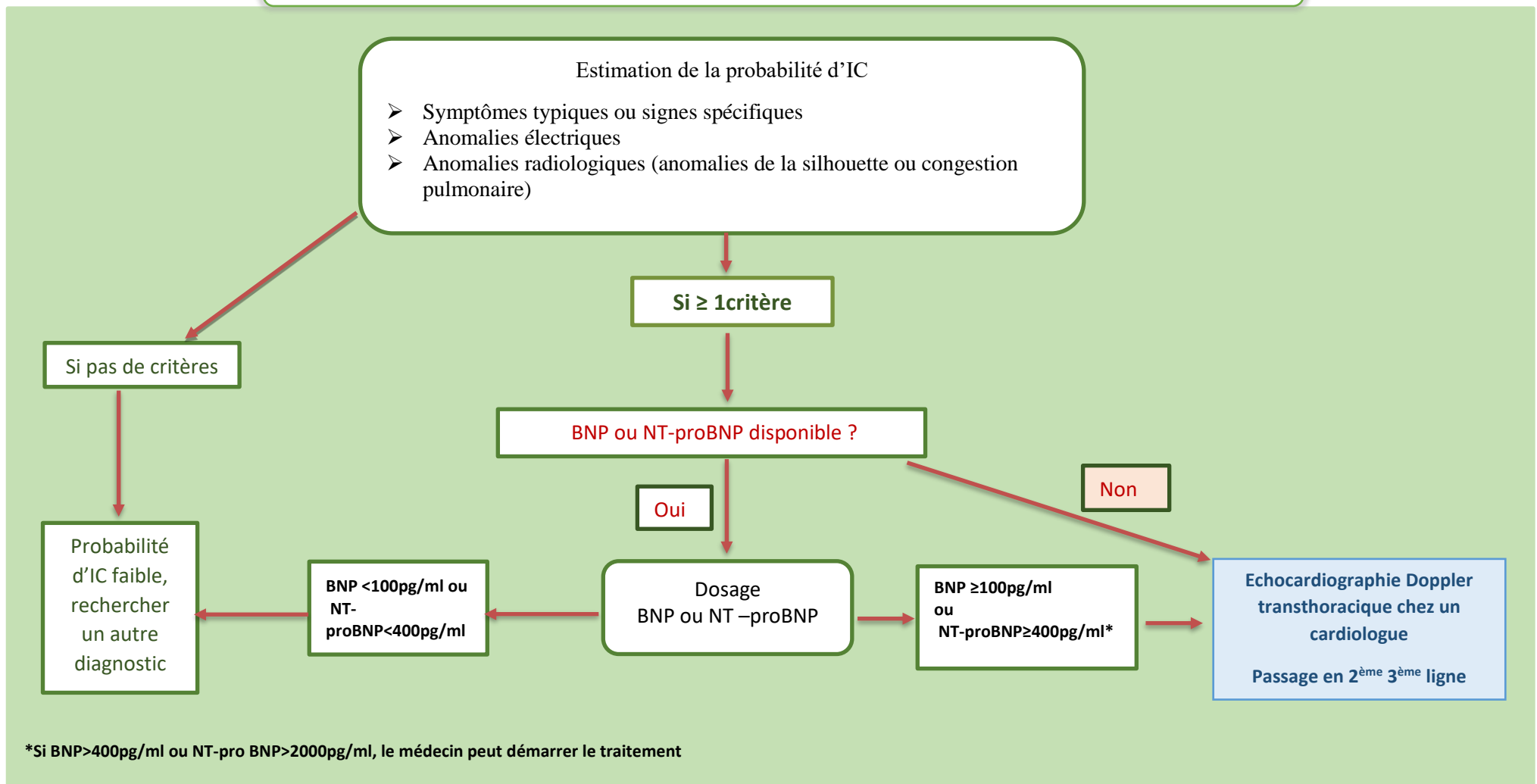


Figure 2. Etapes de diagnostic de l'ICC en première ligne

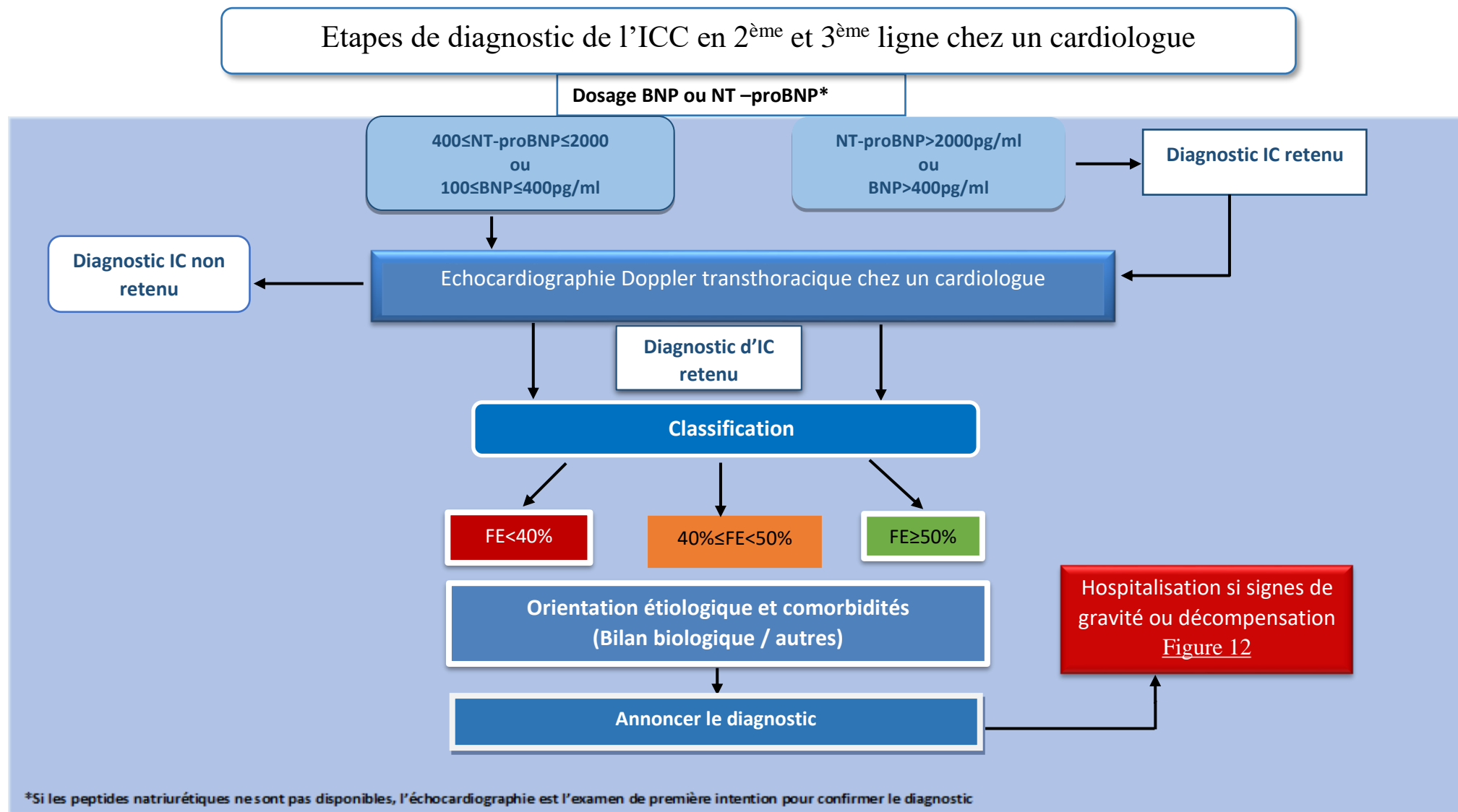


Figure 3. Etapes de diagnostic de l'ICC en 2^{ème} et 3^{ème} ligne chez un cardiologue

3. Prise en charge du patient insuffisant cardiaque chronique

Le médecin de 1^{ère} ligne traite son patient pour l'ensemble de ses pathologies. Il coordonne l'ensemble des prises en charge professionnelles du patient.

Le cardiologue confirme le diagnostic et propose le traitement, en appui au médecin de 1^{ère} ligne.

3.1. Traitement de l'IC chronique à FEr

3.1.1. Objectifs du traitement

- Améliorer la qualité de vie
- Soulager les symptômes afin de permettre les activités de la vie quotidienne.
- Prévenir les épisodes de décompensation et réduire les hospitalisations
- Ralentir la progression de la maladie et réduire la mortalité.

3.1.2. Prise en charge

La prise en charge de l'ICFER comprend un traitement pharmacologique (figure 4,5), un traitement non pharmacologique [Figure 6](#), associé à une éducation thérapeutique (cf [3.3](#)). La vaccination antigrippale et antipneumococcique ainsi que le traitement des comorbidités sont recommandés pour tous les stades de l'ICC. Le recours à un traitement par dispositifs implantables et l'indication d'assistance ventriculaire sont discutés au cas par cas.

Le traitement pharmacologique de l'ICFER stable en rythme sinusal est détaillé dans

La [Figure 4](#) et celui de la ICFER stable en fibrillation atriale est détaillé dans la [Figure 5](#).

Insuffisance cardiaque chronique à FE réduite en rythme sinusal

Stade I NYHA

Stade II NYHA

Stade III NYHA

Stade IV NYHA

IEC ou ARA II si intolérance aux IEC

Instauration : Médecin traitant

Modalités : Titration jusqu'à la dose maximale tolérée/ **Précaution /Vérification :** PAS, Créatinémie, Ionogramme ([IEC Erreur ! Source du renvoi introuvable.](#)) (ARA II /

β Bloquants

Instauration : Médecin traitant

Modalités : Titration jusqu'à la dose maximale tolérée/ **Précaution /Vérification :** PAS, FC, ECG, Créatinémie([Erreur ! S](#)

ARM

Instauration: Médecin traitant

Modalités : Titration / **Précautions / Vérification :** PAS, Créatinémie, Ionogramme sanguin [Erreur ! Source du renvoi i](#)

Ivabradine (si FC≥75bpm malgré optimisation des β Bloquants ou contre-indication aux β Bloquants)

Instauration: Cardiologue

Modalités : Titration / **Précautions / Vérification :** ECG FC ≥ 75 bpm, Créatinémie ([Annexe VII](#))

Diurétiques de l'anse si signes congestifs:

Instauration: Médecin traitant

Modalités : Titration / **Précautions / Vérification :** Ionogramme sanguin, Créatinémie

Digoxine

Instauration: Cardiologue

Si persistance des symptômes sous traitement médical optimal

Précautions / Vérification : Ionogramme sanguin, clairance de la créatinémie ([Erreur ! Source du renvoi introuvable.](#))

Vaccination antigrippale et antipneumococcique

Figure 4. Traitement pharmacologique de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite en rythme sinusal

Insuffisance cardiaque chronique à FE réduite en fibrillation atriale

Stade I-NYHA

Stade II-NYHA

Stade III-NYHA

Stade IV-NYHA

Les anticoagulants oraux

Instauration : Médecin cardiologue

Modalités: surveillance INR si AVK par le médecin traitant/ **Précaution**: Vérifier la fonction hépatique et rénale (Education thérapeutique)

IEC ou ARA II si intolérance aux IEC

Instauration : Médecin traitant

Modalités: Titration **Précaution** /Vérification : PAS, Créatinémie, Ionogramme ([Erreur ! Source du renvoi introuvable.](#)) (ARA II[Erreur ! Source du renvoi introuvable.](#))

βBloquants

Instauration : Médecin traitant

Modalités : Titration **Précaution** /Vérification : PAS, FC, ECG, Créatinémie ([Erreur ! Source du renvoi introuvable.](#))

ARM

Instauration: Médecin cardiologue

Modalités : Titration médecin traitant

Précautions / Vérification : PAS, Créatinémie, Ionogramme sanguin ([Erreur ! Source du renvoi introuvable.](#))

Diurétiques de l'anse si signes congestifs:

Instauration: Médecin traitant

Modalités : Titration **Précautions** / Vérification : Ionogramme sanguin, Créatinémie

Amiodarone :

Instauration: Cardiologue Pour cardioversion pharmacologique

Si FA paroxystique : Maintien du rythme sinusal / Si FA permanente : Ralentir en cas d'échec ou de contre-indication aux βBloquants et /ou digitale

Précautions : Surveillance bilan thyroïdien, bilan hépatique, et autres effets indésirables

Digoxine (si contre-indication aux βbloquants ou en association aux βbloquants)

Instauration: Cardiologue

Si persistance des symptômes sous traitement médical optimal

Précautions / Vérification : Ionogramme sanguin, clairance de la créatinémie ([Erreur ! Source du renvoi introuvable.](#))

Vaccination antigrippale et antipneumococcique

Figure 5.

Traitement pharmacologique de l'IC chronique à fraction d'éjection réduite en fibrillation atriale

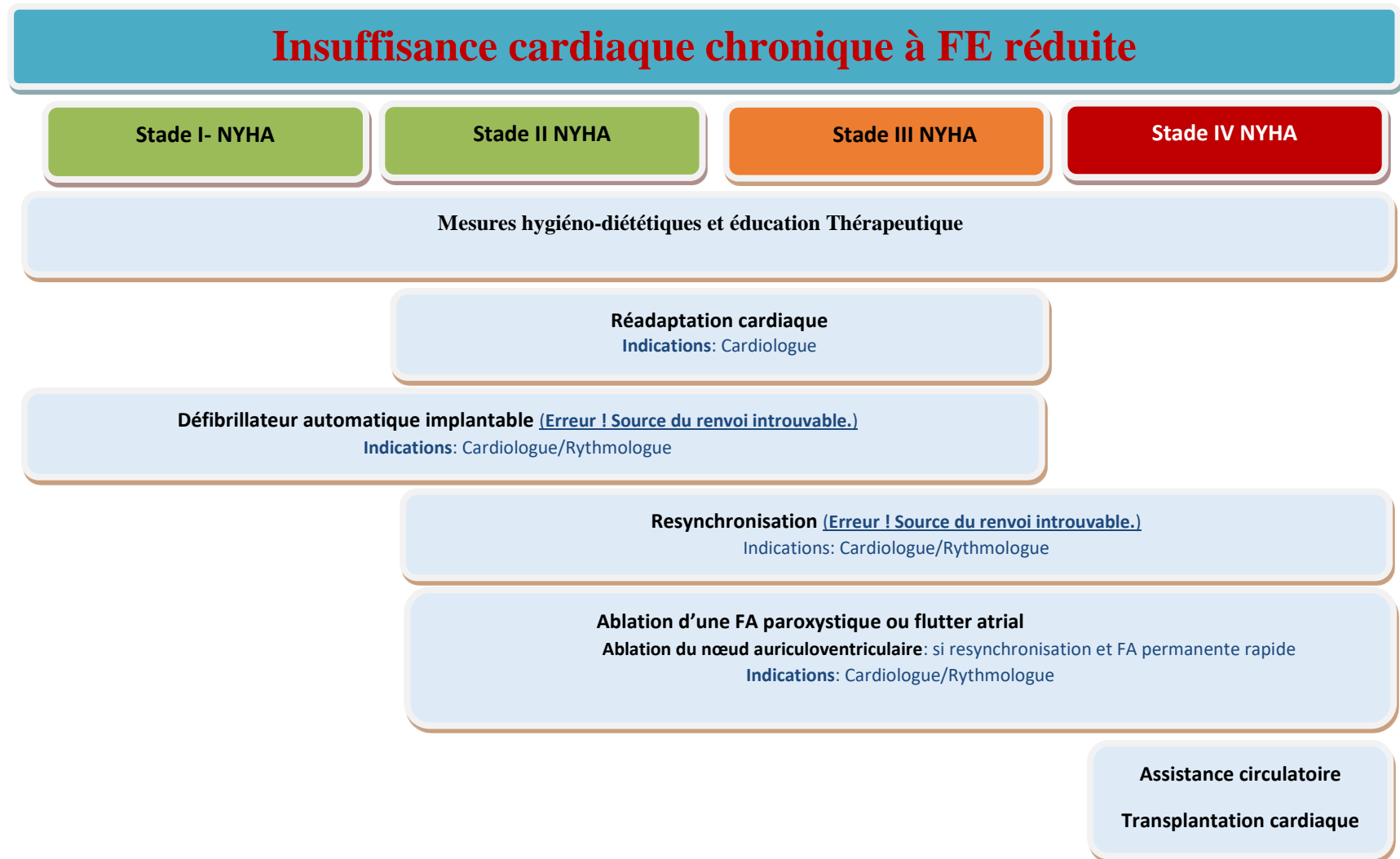


Figure 6. Traitement non pharmacologique de l'insuffisance cardiaque chronique à fraction d'éjection réduite

3.2. Traitement de l'IC FE préservée/modérément réduite

Insuffisance cardiaque à FE préservée ou FE modérément réduite

Stade I- NYHA

Stade II- NYHA

Stade III NYHA

Stade IV NYHA

Mesures hygiéno-diététique et éducation thérapeutique

Diurétique de l'anse si signes congestifs

Instauration: Médecin traitant

Modalités : Titration

Précautions / Vérification : Ionogramme sanguin, Créatinémie

Traitement de la cardiopathie sous-jacente

- Cure d'une valvulopathie (médecin cardiologue)
- Revascularisation myocardique/traitement anti-ischémique (médecin cardiologue)
- Traitement de l'Hypertension artérielle (médecin traitant)
- Traitement étiologique si cardiopathie infiltrative (médecin cardiologue)

En cas de fibrillation atriale : traitement anticoagulant + contrôle fréquence cardiaque ou contrôle du rythme cardiaque

Vaccination antigrippale et antipneumococcique

Figure 7. Prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique à FE préservée ou modérément réduite

3.3.L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique du patient comprend :

- L'explication du traitement médicamenteux afin d'en garantir la bonne observance ;
- L'explication des règles hygiéno-diététiques ;
- L'apprentissage des signes d'alerte de décompensation cardiaque.

Tableau 1. Recommandations pour la prise en charge des cardiopathies sous-jacentes et des comorbidités dans l'insuffisance cardiaque chronique à fraction d'éjection réduite.

Comorbidités	Recommandations de prise en charge
Coronaropathie	-Traitement pharmacologique -Revascularisation myocardique : Le cardiologue oriente, le cas échéant, vers : <ul style="list-style-type: none"> • La revascularisation chirurgicale par pontage: recommandée chez les patients pluritronculaires ayant une IC et symptomatique d'angor après évaluation de leur risque opératoire et de la viabilité myocardique. • L'angioplastie coronaire: indiquée en présence d'une anatomie coronaire favorable après étude de la viabilité myocardique et si la revascularisation chirurgicale n'est pas retenue.
Valvulopathie	Chirurgie ou geste interventionnel
L'insuffisance rénale	Bilan étiologique (adresser à un néphrologue) Adaptation du traitement pharmacologique : <ul style="list-style-type: none"> - Réduction de doses des diurétiques ou leur arrêt transitoire en cas de déshydratation - Adaptation ou arrêt des IEC ou ARA II (selon la molécule). - Si clairance<30ml/min ou si kaliémie> 6mmol/l arrêt de la spironolactone
Anémie	Le fer en intraveineux si hémoglobine entre 9,5 à 13,5 g/dl et une carence en fer (ferritinémie< 100 microg/l ou ferritinémie entre 100-300 microg/l avec capacité de saturation de la transferrine CTF<20%) avec FEVG ≤ 40% (si classe II de la NYHA) ou FEVG ≤ 45% (si classe III de la NYHA)
BPCO/ SAS	Avis pneumologue
Dépression	Avis psychiatrique
Diabète	Avis endocrinologue
Obésité/ Surpoids	Avis endocrinologue et/ou nutritionniste

Hypothyroïdie	Avis endocrinologue
Crise de Goutte	Avis rhumatologue et préférer colchicine
Hyperuricémie	Avis rhumatologue et la sécurité de l'allopurinol est incertaine
HTA	Eviter la moxonidine en cas de FEr
Dysfonction érectile	Equilibrer le diabète, traitement de la dépression Avis Urologue/Sexologue Prescription des inhibiteurs de la phospho diestérase type 5 peut être envisagée si stade NYHA (I-II) (CI en cas de prise concomitante du dérivé nitré).

4. Suivi d'une insuffisance cardiaque chronique

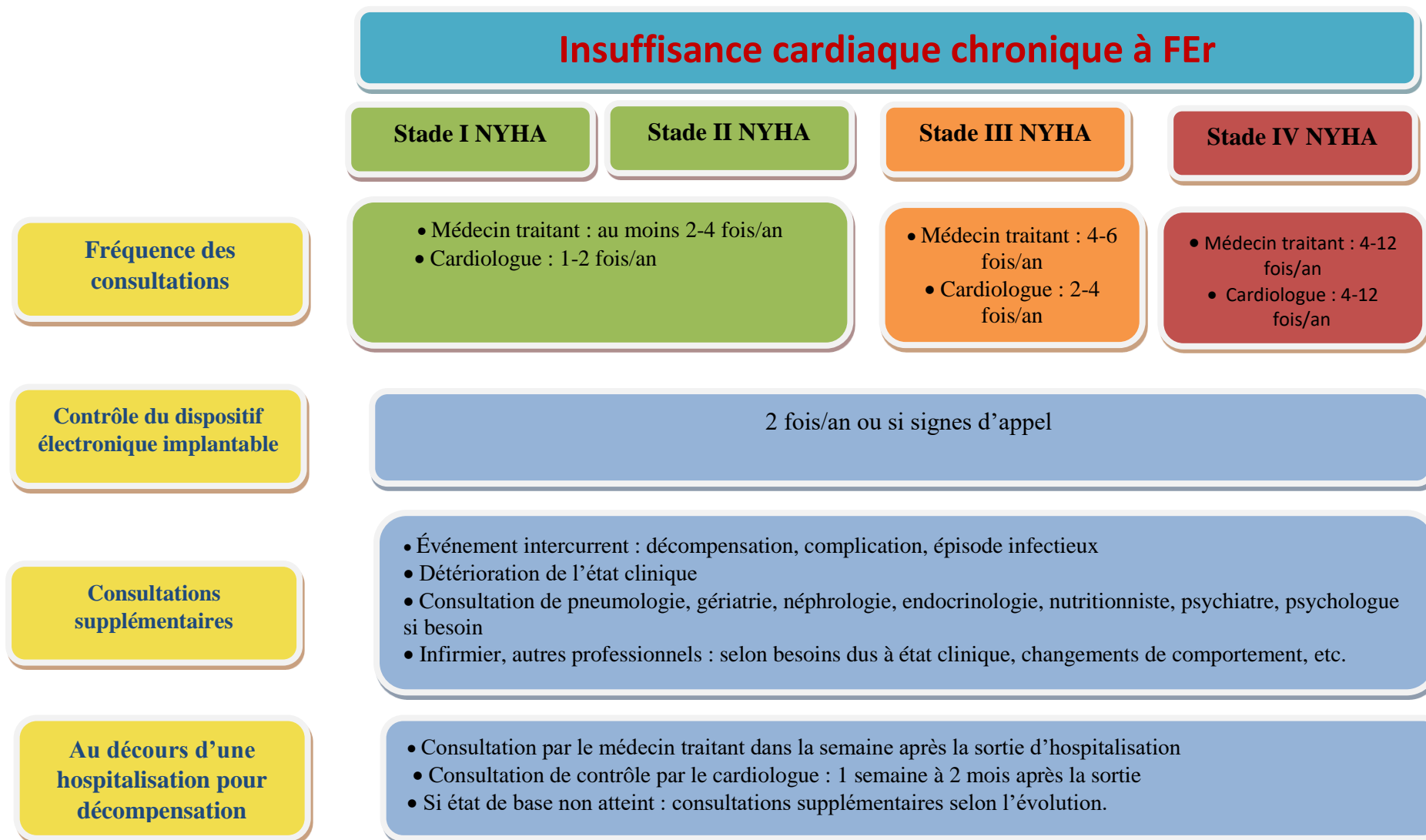


Figure 9. Rythme des consultations recommandé pour le suivi de l'insuffisance cardiaque chronique à fraction d'éjection réduite

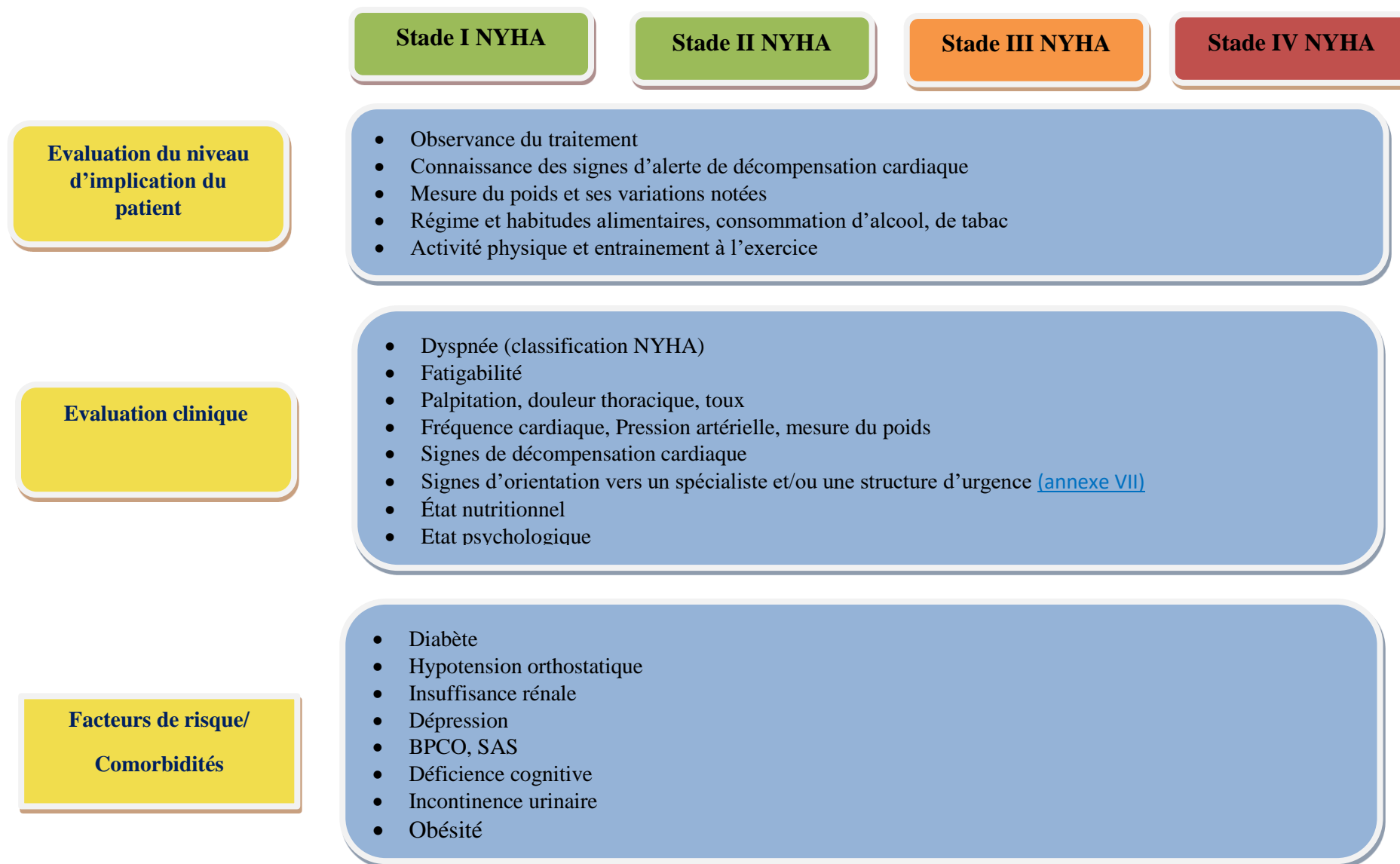


Figure 10. Evaluation standard et signes cliniques à rechercher lors des consultations de suivi

4.1. Examens biologiques et explorations fonctionnelles recommandés

Tableau 2. Examens biologiques

Examens biologiques	Rythmicité (Stades I à IV NYHA) / prescrit par le médecin traitant ou cardiologue
Glycémie, hémoglobine glyquée	1 fois par an sauf diabète
Bilan lipidique	1 fois par an
Créatininémie et débit de filtration glomérulaire estimé (DFG)	Tous les 6 mois et au besoin
Ionogramme sanguin	Tous les 6 mois et au besoin
Transaminases, bilirubine	Au besoin
NFS, Ferritinémie, CTF	1 fois par an et au besoin
INR	1 fois par mois si malade sous AVK et au besoin
TSH	Au besoin, selon l'examen clinique
BNP ou NT-proBNP	Est indiqué devant des symptômes évocateurs de décompensation cardiaque.

Tableau 3. Explorations fonctionnelles demandées

Actes / explorations fonctionnelles	Rythmicité (Stades I à IV NYHA)
Radiographie du thorax	Au besoin selon la présentation clinique
ECG	A chaque consultation
Echocardiographie transthoracique (ETT)	En cas d'aggravation ou décompensation Tous les ans si état stable
Echocardiographie Doppler transthoracique	Au besoin, demandée par le cardiologue
Holter rythmique	Si signe d'appel clinique ou électrique, demandé par le cardiologue
Epreuve d'effort avec ou sans VO2max	Au besoin, demandée par le cardiologue
Télémétrie	Au moins tous les 6 mois par un cardiologue/ un rythmologue
Scanner thoracique	Au besoin, demandé par le cardiologue
Mesure ambulatoire de la pression artérielle	Au besoin, demandée par le médecin traitant
EFR	Au besoin, demandée par le cardiologue
Coronarographie	Selon la présentation clinique, demandée par un cardiologue
Imagerie cardiaque par résonance magnétique	Au besoin, demandée par le cardiologue
Scintigraphie myocardique	Au besoin, demandée par le cardiologue
Echocardiographie de stress	Au besoin, demandée par le cardiologue
Polysomnographie	Au besoin, demandée par le médecin traitant

4.2. Suivi de l'insuffisance cardiaque à FE préservée/ FE modérément réduite

En cas d'ICFep ou ICFEmr chronique stable, l'objectif principal est de traiter l'éventuelle cardiopathie sous-jacente et les facteurs de risque de décompensation.

- Surveillance de la dyspnée et du poids

- Contrôle des chiffres tensionnels, de la fréquence cardiaque
- Adhésion au traitement médicamenteux
- Réduire au maximum les diurétiques de l'anse (habituellement furosémide 0 à 40mg/j)
- Prévenir les épisodes de décompensation
 - Traiter les épisodes infectieux, les troubles du rythme
- Suivi de la fonction rénale
- Éducation du patient
 - Implication du patient et de son entourage
 - Respect des règles hygiéno-diététiques
- Activité physique adaptée

Le rythme des consultations, de la surveillance, des examens biologiques et des explorations fonctionnelles est le même que dans la ICFEr [Figure 10](#)

5. Insuffisance cardiaque décompensée

5.1.Diagnostic

[Figure 11.](#)

5.1.1.Critères d'hospitalisation

En cas de décompensation cardiaque, le patient peut développer progressivement ou brutalement des symptômes qui nécessitent une hospitalisation. Les critères d'hospitalisation sont détaillés dans la [Figure 12](#).

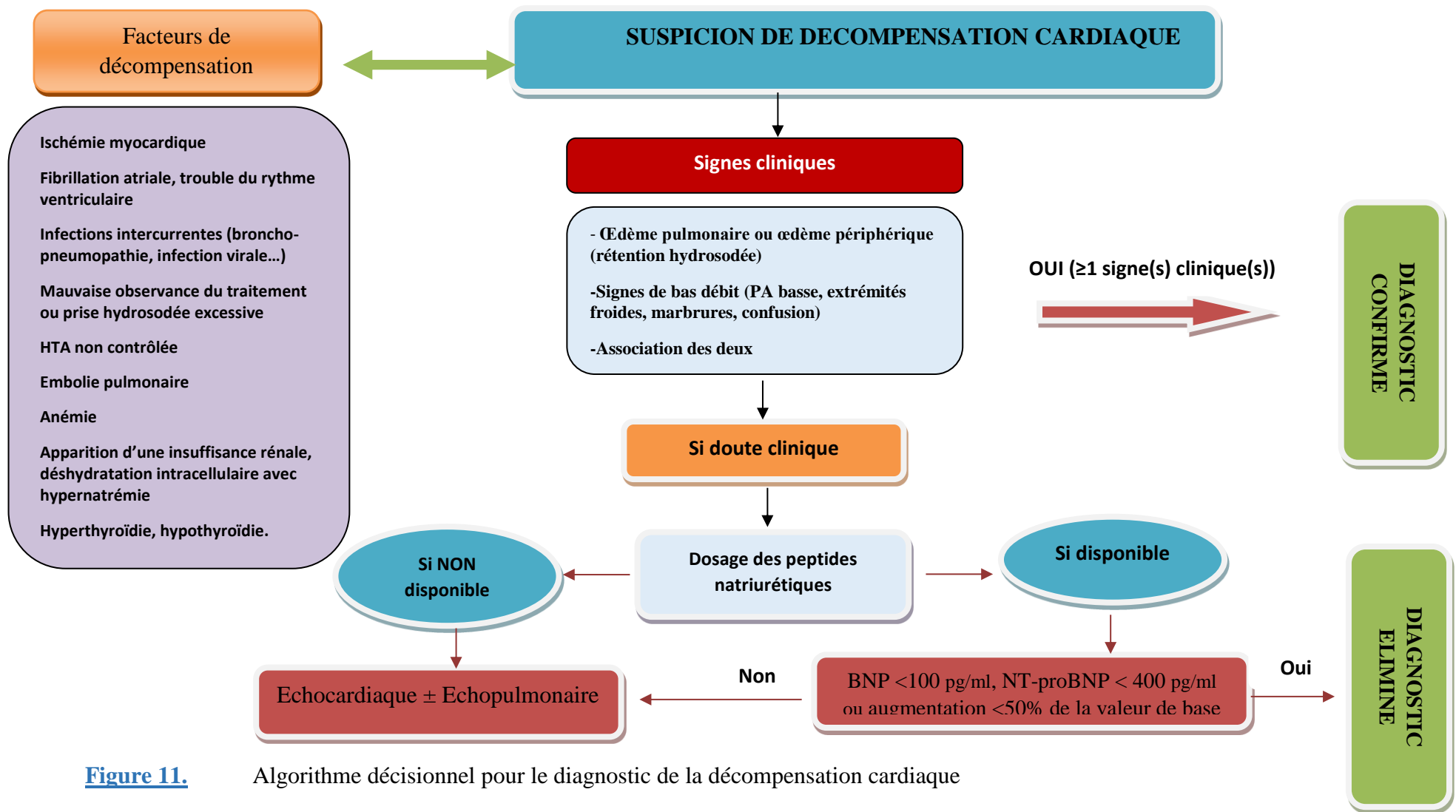


Figure 11.

Algorithme décisionnel pour le diagnostic de la décompensation cardiaque

5.2.Optimisation de la prise en charge après décompensation cardiaque

➤ Renforcer l'éducation thérapeutique cf 3.3

Le patient ou l'entourage doivent recevoir la formation et l'information appropriées :

- Expliquer les raisons de la décompensation,
- Insister sur la compliance au traitement (médicaments, doses et horaires d'administration) et rappeler les règles hygiéno-diététiques,
- en cas de réadaptation cardiaque, le patient est informé de son contenu et de sa planification,
- L'intervention des services sociaux peut être nécessaire.

➤ Au décours de l'hospitalisation :

- Un plan d'action écrit doit être remis au patient le jour même de sa sortie. Il comporte :
 - Une ordonnance avec le traitement en cours
 - Un courrier remis contenant toutes les informations nécessaires à la continuité du suivi (=lettre de liaison)
- Lors de la consultation de contrôle, le médecin traitant :
 - Vérifie la condition clinique du patient et la cohérence des prescriptions,
 - replanifie ses rendez-vous, notamment pour la titration des traitements,
 - Renforce l'éducation thérapeutique.

6. Rôle des professionnels de sante

PROFESSIONNEL DE SANTE	ROLE
Médecin traitant : généraliste, médecin de famille, gériatre ou cardiologue	<p>Le médecin traite son patient pour l'ensemble de ses pathologies. Il coordonne l'ensemble des prises en charge du patient.</p> <ul style="list-style-type: none">• Evoque le diagnostic et l'adresse chez un cardiologue pour confirmation.• Assure l'éducation thérapeutique• Initie, reconduit ou adapte le traitement médicamenteux (bêtabloquants, bloqueurs SRAA, diurétiques, antagonistes des minéralocorticoïdes)• Accompagne son patient dans sa prise en charge :<ul style="list-style-type: none">- fait le point sur les actions entreprises par le patient afin de parvenir aux objectifs convenus.- s'assure du respect des consultations auprès du cardiologue.• Adresse au cardiologue ou à la structure hospitalière en cas d'instabilité clinique, de persistance ou de réapparition de symptômes malgré le traitement.• Fait appel aux autres spécialistes et professionnels de la santé si nécessaire et coordonne tous les intervenants autour du malade.• Assure le recueil des données, la tenue du dossier médical et la transmission des informations.

Cardiologue	<ul style="list-style-type: none"> • Confirme le diagnostic. • Initie, reconduit ou adapte le traitement médicamenteux • Traite les troubles du rythme. • Oriente, si besoin, vers un rythmologue, un angioplasticien, un service de réadaptation cardiaque et/ou d'hospitalisation. • Assure l'éducation thérapeutique • Dépiste les comorbidités et planifie leur prise en charge • Avis lors du premier épisode de décompensation. • Prescrit une réadaptation cardiaque • Prescrit un appareillage cardiaque (resynchronisation cardiaque, défibrillateur) • Pose l'indication d'un geste de cardiologie interventionnelle et/ou de chirurgie. • Pose l'indication d'assistance ventriculaire gauche et de transplantation cardiaque. • Il participe, avec le médecin traitant au suivi du patient, selon le stade de l'IC: le suivi est plus rapproché en cas d'IC avancée, en cas de cardiopathie associée et chez les patients à haut risque. • Il vient en appui du médecin traitant en cas de modification de l'état clinique ou du traitement, notamment pour envisager une association médicamenteuse triple ou l'implantation de dispositifs intracardiaques. • Lors des consultations, il réalise et interprète l'ECG et l'échocardiographie-Doppler.
Infirmier	<ul style="list-style-type: none"> • Son intervention est sollicitée par le médecin traitant • Assure la prise en charge du patient dans son domaine de compétence technique. • Prodigue les soins prescrits par le médecin traitant auprès du patient et contrôle la prise des médicaments. • Participe (après une formation préalable) à l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'une structure coordonnée pluridisciplinaire. • Il a un rôle de surveillance et d'alerte auprès du médecin traitant, en cas d'instabilité clinique et biologique.
Pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> • Informe sur les risques de l'automédication. • Rappelle au patient l'importance de l'observance thérapeutique et alerte le médecin traitant en cas de doute sur la bonne prise des médicaments. • Vérifie les doses des médicaments prescrits, les interactions possibles et conseille les horaires de prise des médicaments.
Biologiste	<ul style="list-style-type: none"> • Alerte le patient et/ou le médecin en cas d'hyponatrémie, d'hyperkaliémie, d'aggravation de la fonction rénale, d'INR hors de la zone cible ou autres anomalies biologiques.
Diététicien(ne)	<ul style="list-style-type: none"> • Assure l'éducation hygiéno-diététique du patient.
Gériatre ou géronto-psychologue Psychiatre/Psychologue	<ul style="list-style-type: none"> • Participe à la prise en charge des patients âgés polypathologiques, notamment avec troubles cognitifs. • Réalise l'évaluation gériatologique afin de mieux définir un projet de soins, participer à la stratégie thérapeutique et juger des capacités d'apprentissage du patient.

Cardiologue à orientation rythmologique	<ul style="list-style-type: none"> • Sollicité par le cardiologue, si besoin, pour confirmer une indication d'une stimulation bi ventriculaire avec ou sans défibrillateur. • Assure la surveillance des dispositifs électriques intracardiaques
Médecin de réadaptation cardio-vasculaire (cardiologue, médecin physique) / Kinésithérapeute ou le moniteur d'activité physique	<ul style="list-style-type: none"> • Sollicité par le cardiologue en cas d'indication pour une réadaptation cardiaque.
Cardiologue interventionnel ou chirurgien cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> • Intervient si une revascularisation, une intervention valvulaire ou une greffe cardiaque sont envisagées
Pneumologue	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de pathologie pulmonaire sévère associée si le médecin traitant ou le cardiologue juge son intervention nécessaire.
Endocrinologue	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de diabète ou de dysthyroïdie.
Néphrologue	<ul style="list-style-type: none"> • En cas d'insuffisance rénale, sur recommandation du cardiologue.
Spécialiste des addictions	<ul style="list-style-type: none"> • Pour le sevrage de l'alcool, du tabac ou d'autres substances.
Assistance sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Intervient pour faciliter la prise en charge sociale de l'insuffisant cardiaque.
Associations de patients	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent jouer un rôle d'information et de soutien, échanges d'expériences, influencent les décideurs ou les structures sanitaires pour l'amélioration de la prise en charge du patient IC

GROUPE DE TRAVAIL

Noms et Prénoms	Qualité/Profils
ABDELHAK Aroua	Infirmière principal , Hôpital des forces de sécurité intérieure - La Marsa
ABDESSALEM Salem	Médecin cardiologue de libre pratique - Tunis
ABID Leila	Chargé de projet , Professeur en cardiologie- Hôpital Hédi Chaker - Sfax
ADDAD Faouzi	Professeur en cardiologie, Hôpital Abderrahmen Mami - Ariana
ALOUANE Leila	Professeur en Nutrition consultante
ARFAOUI Lamia	Médecin généraliste de la santé publique- Manouba
BEN HALIMA Afef	Professeur en cardiologie, Hôpital Abderrahmen Mami - Tunis
BEZDAH Leila	Professeur en cardiologie, Hôpital Charles Nicolle - Tunis
BOUALLAGUE Sonia	Nutritionniste Major direction de la santé régional- Ben Arous
HASNI Nesrine	Professeur agrégé en pharmacie clinique – Hôpital Charles Nicolle
KAMMOUN Ikram	Professeur en cardiologie, Hôpital Abderrahmane Mami - Ariana
KOUBAA Alia	Médecin généraliste de la santé publique centre de santé de base - Sidi Hassine Tunis
MANSOURI Rafika	Médecin Généraliste de la santé publique, Tunis
MHIRI Ikram	Médecin généraliste de libre pratique - Ariana
MILOUCHI Sami	Professeur agrégé en cardiologie-Hôpital Régional de Medenine
OUALI Sana	Professeur en cardiologie - Hôpital la Rabta - Tunis
YAHYAOUI Zouheir	Médecin Généraliste Principal- Hôpital Régional de Medenine
ZAKHAMA Lilia	Professeur en cardiologie- Hôpital des forces de sécurité intérieure - La Marsa
ZIADI Mohamed	Médecin généraliste- Caisse National Assurance Maladies CNAM

INEAS

Noms et Prénoms	Qualité/Profils
BEN BRAHEM Asma	Directeur direction qualité des soins sécurité des patients
OUERTATANI Hella	Chef de projet
BEN HAMOUDA Mohamed	Coordinateur de projet
JLASSI Khalil	Documentaliste, Service documentation et archives
ZEGHAL Khaled	Directeur Général de l'INEAS

EXPERT INTERNATIONAL PACS

Nom et Prénom	Qualité/Profil
Marie Caroline CLEMENT	Expert international en développement de guides parcours de soins

GROUPE DE LECTURE

Noms et Prénoms	Qualité/Profils
AYARI Mahmoud	Médecin généraliste de libre pratique - Association tunisienne pour la défense aux droits à la santé
DRISSA Habiba	Professeur en cardiologie, Hôpital la Rabta - Tunis
El AOUNI Souheila	Médecin généraliste chef de circonscription Goubollat- Béja
GRIBAA Rim	Professeur agrégé en cardiologie - Hôpital Sahloul-Sousse
HAMMEMI Rania	Professeur ag en cardiologie, Hôpital Hédi Chaker - Sfax
HAWALA Habib	Professeur en cardiologie-Hôpital Militaire principal d'instruction de Tunis
JEMILI Soumaya	Médecin généraliste
MGHAIETH ZGHAL Fethia	Professeur agrégé en cardiologie, Hôpital la Rabta - Tunis
NEJI Adnen	Médecin généraliste- Hôpital Régional de Tozeur
OUECHTATI Wejdene	Professeur agrégé en cardiologie, Hôpital Charles Nicolle - Tunis
SRASRA MILED Samira	Médecin généraliste