

Insuffisance cardiaque

Mémo pour les professionnels de santé du territoire

1. Repérage et prise en charge précoce
2. Suivi coordonné du patient stable
3. Adaptation des thérapeutiques
4. Au retour d'une hospitalisation
5. Structures de recours du territoire
6. Ordonnances infirmières standardisées

Auteurs / groupe de travail CPTS : Dr COSTA (cardiologue hospitalier), Dr DE AQUINO (cardiologue libéral), Pr HURTAUD (médecin généraliste libérale), Mme GUILY (IDE libérale)

Version de janvier 2026

Principales recommandations : HAS 2014, 2015 - ESC 2021, 2023 - N.H.S 2017

Retrouvez tous nos documents sur notre site : cptsreimsmetropole.fr



**CPTS
Reims
Métropole**

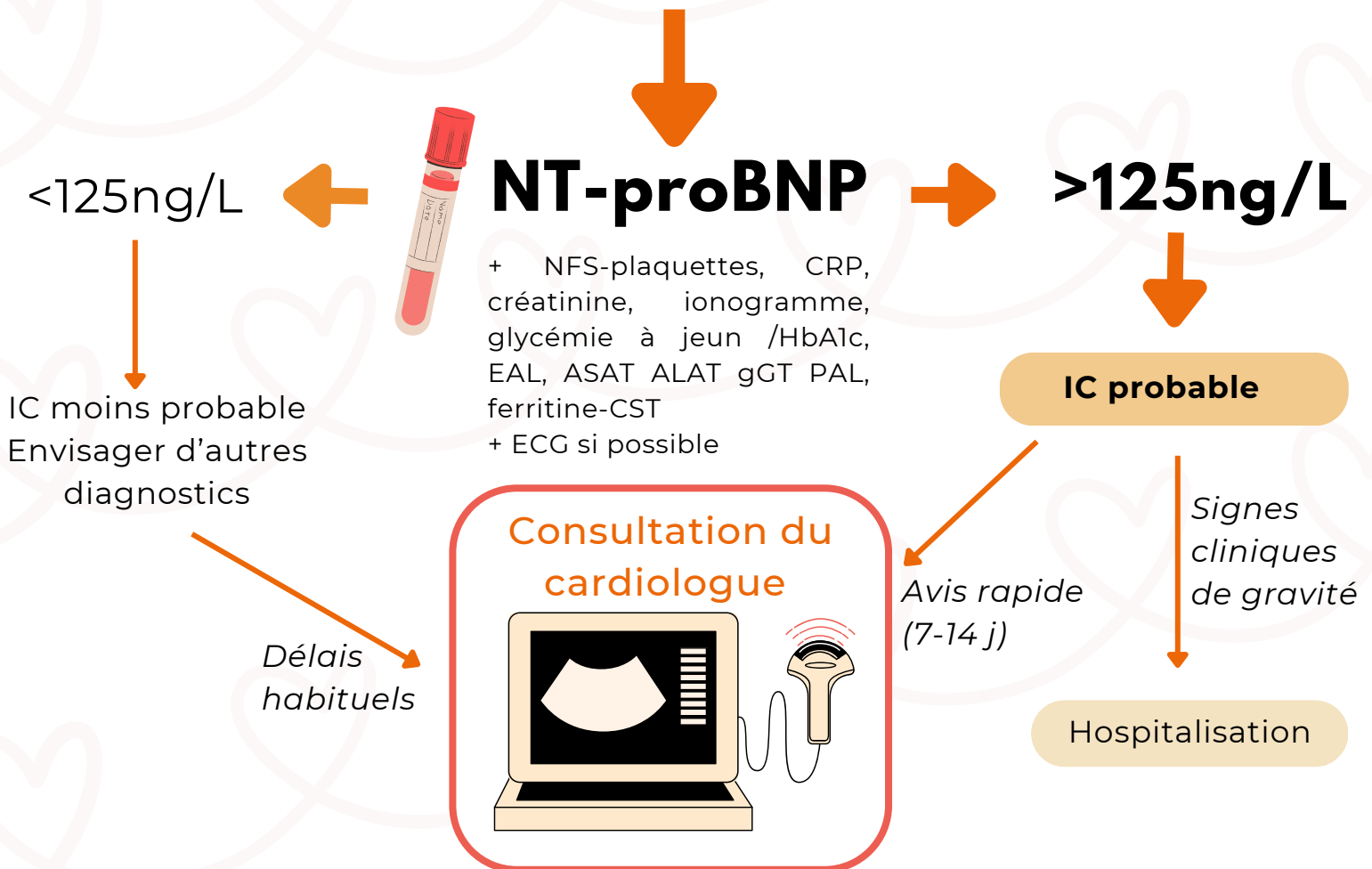
**Objectifs /
Actions**

- Améliorer le repérage de l'IC en présence des signes évocateurs EPOF
- Améliorer l'orientation précoce des patients suspects d'IC

**4 signes
évoqueurs
d'IC : EPOF**

- Essoufflement inhabituel
- Prise de poids rapide
- Oedèmes (pieds et chevilles gonflés)
- Fatigue excessive

Autres signes spécifiques : orthopnée, turgescence jugulaire ou reflux...
Comorbidités : diabète, HTA, tabac, insuffisance rénale, dénutrition, SAOS...
Contexte : infection aiguë, arythmie, apport sodé excessif...



Le cardiologue confirme ou affine le diagnostic d'IC, précise le type d'IC (phénotype FEVG), l'étiologie et les adaptations thérapeutiques.

**Objectifs /
Actions**

Améliorer la prise en charge chronique des patients en IC
Prévenir les décompensations cardiaques

Éducation thérapeutique du patient (ETP)

- Le patient connaît/comprend sa maladie et les objectifs EPON
- Le patient connaît les signes d'alerte devant conduire à un avis rapide

Diététique

- Régime peu salé (<6 g par jour)
- Lutte contre l'obésité
- Prévention de la dénutrition

Activité physique adaptée (APA)

- Activité physique régulière et adaptée aux capacités du patient
- Limiter la sédentarité
- Possible via Prescri'Mouv, ETP CARÉDIAB, structures privées, etc.
- Kinésithérapie spécifique selon la situation clinique

Prise en charge du patient stable**= EPON****Exercices** (favoriser l'activité physique adaptée)Prendre son **Poids** (signes décompensation)**Observance** (traitements médicamenteux)**Nutrition****Accompagnement complémentaire**

- Aides au maintien à domicile (livraison de repas, aide à domicile, ...)
- DAC51 pour la coordination du parcours complexe

Médecin traitant

- Prise en charge des comorbidités
- Optimisation des traitements
- Aide au sevrage tabagique
- Mise à jour des vaccinations (grippe annuel, pneumocoques, VRS, Covid, etc.)
- Coordination des acteurs selon besoins

Pharmacien

- Lutte contre l'automédication, y compris phyto.
- Prévention de la iatrogénie

IDE libéral à domicile

- Surveillance clinique, suivi éducatif
- Délivrance et observance des traitements

Facteurs de décompensation cardiaque

Mauvaise observance thérapeutique, abus d'alcool, anémie et carence martiale, dénutrition, insuffisance rénale, infection récente, surcharge en sel, dysfonction thyroïdienne, poussée d'ACFA ou d'HTA, déséquilibre d'un diabète, etc.

Suivi biologique trimestriel

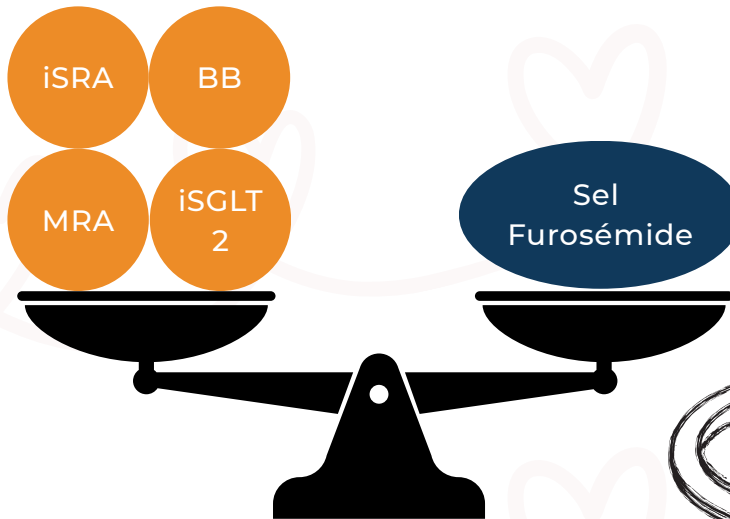
NFS, ferritinémie,
Créatininémie, CKD-EPI, urée, ionogramme,
NT-proBNP
ASAT-ALAT
TSHus
Albuminémie
& RAC urinaire (ratio albumine/créatinine) 1/an

**Objectifs /
Actions**

Adapter les traitements cardioprotecteurs dans l'IC à FEVG réduite ou modérément réduite

**Cardioprotecteurs
à dose maximale tolérée**

- **iSRA** = inhibiteur du syst. rénine-angiotensine (IEC et ARA II)
- **BB** = beta-bloquant
- **iSGLT2** = inhibiteur des cotransporteurs sodium-glucose de type 2 (gliflozines)
- **MRA** = antagonistes du récepteur minéralo-corticoïde (éplénone, spironolactone)
- **ARNi** = inh. du récepteur de l'angiotensine-néprilysine (sacubitril)


**Diurétiques
à dose minimale efficace**

Pression artérielle

- **PAS > 100 mmHg** : ↑ **ARNi / IEC**
- **PAS < 100 mmHg** : ↓ diurétique et ↑ **ARNi / IEC**
- Hypotension asymptomatique : IEC inchangé

Fréquence cardiaque

- **> 60/min** : ↑ **b-bloquant** ± ivabradine
- **< 60/min** : cible atteinte mais ↑ b-bloquant si toléré
- **< 50/min** : ↓ **b-bloquant** ou arrêt ivabradine

**Congestion
(crépitants, OMI, turg. jugulaire)**

- oui : ↑ diurétique transitoirement, puis ↑ **ARNi / BB / MRA**
- non : ↓ **diurétique** et ↑ **ARNi / IEC / BB / MRA / iSGLT2**

Poids

- **poids cible** : voir pour ↑ **ARNi / IEC / BB / MRA / iSGLT2**
- hausse : ↑ diurétique jusqu'au retour au poids cible (cf.)
- baisse/ poids cible : dénutrition ? IC terminale ?

Surveillance ou auto-surveillance du patient

Orienter vers le cardiologue (télé-expertise ou consultation) en cas de dégradation clinique et/ou biologique pendant l'adaptation des thérapeutiques.



Objectifs /
Actions

Améliorer la coordination des acteurs de ville
Favoriser l'utilisation des outils de e-parcours
Diminuer le risque de ré-hospitalisation ou de rupture de soins

Patient·e
hospitalisé·e pour
décompensation IC



CR d'hospitalisation + ordonnances de sortie
via messagerie sécurisée

IDE libéraux à
domicile / IPA

- Carnet de suivi patient
 - Sortie coordonnée via le PRADO
 - ou prescription AMI 5,8 ALD IDE à dom
- 1/sem x 2mois, puis 1/15j x 6mois**
Surveillance pouls, TA, poids, rétention hydrosodée, stade NYHA, observance et tolérance des traitements
Suivi éducationnel (cf. p. 3)

Médecin traitant

- 1er contact < 7-14j
 - G-VG +MIC < 2mois
 - puis :
- NYHA I** : G-V x 2/an
NYHA II : G-V x 4/an
NYHA III et IV : G-V /mois
- Coordination des soins
 - Réévaluation clinique et biologique
 - Adaptation des ttt

Cardiologue

- Consultation à 1 mois
 - ECG à chaque consultation et si symptômes
 - puis :
- NYHA I** : consultation 1/an
NYHA II : consultation 2/an
NYHA III et IV : consultation 4 à 12 /an

Structures

- Télésurveillance
 - Rééducation
 - Réadaptation
 - HDJ de suivi et de traitement
 - ETP
- = Cf. page 6

Éviter les réhospitalisations

Stades
NYHA

NYHA I : aucun symptôme (marche 8km/h, squash, pelleter de la neige...)

NYHA II : symptôme pour des efforts importants (jardinage, marche 7km/h à plat, 1 étage)

NYHA III : symptôme à l'effort (se doucher, faire son lit, faire les vitres, marche 4km/h)

NYHA IV : symptôme au repos, limitation sévère de l'activité physique

5

Structures de recours du territoire

Offre locale de prise en charge de l'insuffisance cardiaque

	Consultation cardiologue	ETP	HDJ IC de suivi et évaluation	HDJ IC de perfusion ambulatoire de traitement *	Rééducation cardiaque	Réadaptation cardiaque**	Offre de télé-surveillance cardiaque
CHU de Reims - Hôpital Christian Cabrol	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SMR Clinique des Bleuets	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Clinique Terre de France	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗
Centre Cœur et Santé Bezannes	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓
HAD Reims Croix Rouge Française	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗

*dont préparations injectables à base de fer

**La réadaptation cardiaque est caractérisée par :

- du réentrainement à l'effort en endurance et en résistance,
- des soins médicaux (optimisation de traitement), paramédicaux +/- psycho-sociaux,
- de l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

6

Ordonnances infirmières standardisées

Rappel des principaux actes infirmiers qui peuvent être intégrés à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et les intégrer à son logiciel métier pour éviter les ordonnances incorrectes

- **Surveillance infirmière lors de la mise en œuvre ou modification d'un traitement**
- **Accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse, lors de la mise en œuvre ou modification d'un traitement (situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique)**
- **Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention**
- **Suivi post-hospitalisation / dispositif PRADO IC**
- **Actes infirmiers en télésanté dans le parcours IC**



[Télécharger l'intégralité des ordonnances standardisées](#)



[Rappel des actes de télésoin infirmiers](#)

Accéder à l'ensemble des pièces téléchargeables

