

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Hélène TARTAS**

Le 24 juin 2024

### MISE EN PLACE D'UN PARCOURS DE SOINS POUR LE PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE PAR LA CPTS TARBES-ADOUR : Etude descriptive des 50 premiers patients

Directeurs de thèse : Pr Pierre MESTHE et Dr Marc LABRUNEE

#### JURY :

**Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE BUGAT**

**Président**

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur Marc LABRUNEE**

**Assesseur**

FACULTÉ DE SANTÉ  
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical  
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine  
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRALD-CHAUMEL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. FUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAJQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURÉ Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTALLT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BRGS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAULT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAJQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur CHAP Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	Mise à jour le 14/05/2024

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE GANNEC Cédric	Génétiq
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVALD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovasc
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE-Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies Infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAK Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHALFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHALUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	Mme FERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUIZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RTZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRAARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Eile (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme BOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RADUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUMBALD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. ZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URD-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIÈRE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**  
Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maieutique et Paramédical**

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ASSO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine Interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine Interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. REINAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WYRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
	<b>Professeurs Associés de Médecine Générale</b>
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Lella
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	<b>Professeurs Associés Honoraires</b>
	Mme MALAVALD Sandra
	Mme PAVY LE TRACON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WOISARD Virginie

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétiq	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. RIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biochimie et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myrtam	Ophthalmologie	Mme MASSIF Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSANG Nicolas	Génétiq	M. MCNTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Marion	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	M. MOULIS Guillaume	Physiologie
M. COMONT Thibaut	Médecine interne	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme PERICART Sarah	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. PILLARD Fabien	Anatomie et cytologie pathologiques
M. GURTOT Jonathan	Neurologie	Mme PLAISANCIE Julie	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PUISANT Bénédicte	Génétiq
Mme DE GUSEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Immunologie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme SABOURDY Frédérique	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SALLES Juliette	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SAUNE Karine	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SIEGFRIED Aurore	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme TRAMUNT Blandine	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	M. TREINER Emmanuel	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme VALLET Marion	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. VERGEZ François	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VJA Lavinia	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique		Biophysique et médecine nucléaire

**M.C.U. Médecine générale**  
M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emilie  
Mme GIMENEZ Laetitia

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
Mme FRANZIN Emilie  
M. GACHES Hervé  
M. PEREZ Denis  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Mariele  
M. SAVIGNAC Florian

**Au Professeur Marie-Eve Rougé-Bugat,**

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et je vous en remercie sincèrement. Merci pour votre disponibilité et pour votre accompagnement. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

**Au Professeur Pierre Mesthé,**

Comme tuteur lors de mon premier semestre puis maître de stage pendant 3 semestres supplémentaires dont un en SASPAS professionnalisant, j'ai pu grandir à vos côtés dans cette discipline. J'apprends énormément auprès de vous et avec un réel plaisir. Je vous remercie infiniment pour votre bienveillance et votre soutien. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance pour votre disponibilité et votre accompagnement.

**Au Docteur Marc Labrunée,**

Je te remercie de m'avoir accompagnée et d'avoir rendu ce travail de thèse possible. Tes conseils méthodologiques m'ont été très précieux. Ta rigueur, bien qu'elle m'ait déstabilisée plus d'une fois, a été indispensable. Sois assuré de mon profond respect.

**A l'équipe du PIC65, et particulièrement :**

**A Hélène B,** merci pour ta bienveillance, ta sympathie, tes conseils, ton calme et bien sûr tes relectures ! C'est très agréable de pouvoir échanger avec toi et j'ai hâte que nous puissions travailler ensemble à la MSP.

**Au Dr Majdi Abdennadher,** c'était un plaisir de te rencontrer. Je te remercie pour ta sympathie, tes conseils et ton accessibilité. Merci de m'avoir donné les meilleures conditions possibles pour faire mon recueil de données.

**A Christèle L.,** je te remercie pour ton soutien et ta bienveillance. Merci d'avoir été présente pour m'accueillir en unité de jour et lors de mes recueils de données.

**A tous les médecins généralistes qui ont accepté de répondre à mon questionnaire,**  
Merci d'avoir pris le temps et de l'intérêt que vous avez porté pour ce sujet.

**A tous les maîtres de stage rencontrés au cours de mon cursus,**  
Merci pour vos enseignements, vos partages d'expérience et vos conseils pour la suite.

**A la MSP Arsenal-Castors,**  
Merci à chacun d'entre vous pour votre sympathie et vos encouragements. Chaque rencontre a été un boost de motivation. Hâte de pouvoir m'investir à vos côtés dans ce beau projet.

**A Guenaëlle,** un grand merci pour ta confiance. C'est un plaisir et je suis impatiente de pouvoir commencer ma vie professionnelle à tes côtés.

## Table des matières

Liste des abréviations .....	9
I. Introduction .....	10
II. Contexte .....	11
1. L'insuffisance cardiaque .....	11
2. Hautes Pyrénées : la CPTS Tarbes-Adour .....	13
III. Matériel et méthode .....	14
1. Schéma de l'étude .....	14
2. Recueil des données .....	14
3. Cadre éthique et légal .....	15
4. Méthode d'analyse .....	15
IV. Résultats .....	16
1. Description de la population étudiée .....	16
2. Description du parcours de soins .....	18
a. Rendez-vous du 7 <sup>e</sup> jour .....	18
b. Hospitalisation de jour à 1 mois .....	19
c. Rendez-vous à 2 mois .....	19
d. Rendez-vous à 3 mois .....	20
e. Rendez-vous à 6 mois .....	20
f. Rendez-vous à 12 mois .....	21
g. Hospitalisations .....	21
h. Consultations médecin généraliste et télésurveillance .....	23
i. Titration des traitements de l'insuffisance cardiaque .....	24
➤ iSGLT2 : les gliflozines .....	24
➤ IEC, ARA2 ou ARNi .....	25
➤ $\beta$ -bloquant .....	27
➤ Anti-Aldostérone .....	28
➤ Diurétique type Furosémide .....	29
V. Discussion .....	30
1. Analyse des résultats et comparaison aux données de la littérature .....	30
➤ Caractéristiques de la population .....	30
➤ Suivi du Patient .....	30
➤ Hospitalisations .....	32
➤ Titration des traitements .....	33
2. Perspectives .....	34

3. Forces, limites et biais de l'étude.....	34
VI. Conclusion .....	36
Bibliographie :.....	37
Annexes : .....	40

## Liste des abréviations

IC : insuffisance cardiaque

ESC : European Society of Cardiology = Société Européenne de Cardiologie

FEVG : Fraction d'éjection du ventricule gauche

ICFEp : insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée

ICFEr : insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite

HTA : hypertension artérielle

DAI : défibrillateur automatique implantable

CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie

SFC : Société Française de Cardiologie

GICC : Groupe insuffisance cardiaque et des cardiomyopathies

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

IPA : Infirmier de pratique avancée

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

TS : Télésurveillance

ETP : éducation thérapeutique

HDJ : Hospitalisation de jour

IEC : inhibiteur de d'enzyme de conversion

ARA II : antagoniste du récepteur de l'angiotensine II

ARNi : inhibiteur du récepteur de l'angiotensine-néprilysine

iSGLT2 : inhibiteurs du cotransporteur sodium glucose de type 2

## I. Introduction

La coordination et la communication représentent le cœur de l'exercice en pluriprofessionnalité. Cette pratique correspond à une action collective qui permet dans une situation complexe de favoriser la cohésion des connaissances et des échanges entre les différents professionnels de santé dans un but commun de prise en charge globale du patient.

Face au vieillissement de la population et à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, le mode d'exercice des acteurs de santé évolue. Actuellement, les nouvelles générations de professionnels de santé s'orientent davantage vers l'exercice coordonné au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. La mise en application de ces idées se traduit par les parcours de soins, c'est-à-dire une prise en charge organisée dans le temps et l'espace pour répondre aux besoins du territoire.

Ayant moi-même rejoint la Maison de Santé Pluriprofessionnelle Arsenal-Castors à Tarbes en 2023 et à partir de ces constats, je me suis intéressée à une initiative locale de collaboration interprofessionnelle. La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Tarbes-Adour a réuni un petit groupe de professionnels de différents domaines ainsi que les structures de soins afin d'élaborer un parcours de soins pour le patient insuffisant cardiaque « PIC65 ».

Comment s'organise le suivi du patient insuffisant cardiaque au sein de ce parcours PIC 65 mis en place par la CPTS Tarbes-Adour ?

## II. Contexte

### 1. L'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie chronique grave et fréquente. Elle se définit par l'incapacité du cœur à fournir les besoins métaboliques nécessaires au bon fonctionnement des différents organes. (1)

En France, cette maladie concerne 1,5 millions de personnes soit 2,3% de la population générale. Sa prévalence augmente notamment avec l'âge et atteint 10% des personnes de plus de 75 ans (2). Du fait du vieillissement de la population et des nombreuses causes responsables d'insuffisance cardiaque, une augmentation de 25% du nombre de patients atteints est prévue tous les 4 ans (3).

Selon la Société Européenne de Cardiologie (ESC) (4), l'IC est un syndrome clinique. Nous retrouvons des symptômes comme la dyspnée et la fatigue ainsi que des signes cliniques comme des œdèmes des membres inférieurs, des crépitations pulmonaires, une turgescence jugulaire qui résultent d'une anomalie cardiaque structurelle ou fonctionnelle.

L'IC se caractérise selon la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) mesurée à l'échographie cardiaque : une FEVG  $\geq 50\%$  est une IC à FE préservée (ICFEp), une FEVG  $\leq 40\%$  est une IC à FE réduite (ICFEr) et une FEVG comprise entre 41 et 49% est une IC à FE intermédiaire.

Les étiologies de l'IC sont multiples (4). Les principales causes sont les pathologies cardiaques comme l'atteinte des coronaires, les pathologies valvulaires, les troubles du rythme, ou plus rarement une cardiomyopathie génétique ou toxique lié à l'alcool. L'origine peut également être un facteur de risque cardiovasculaire déséquilibré comme l'hypertension artérielle (HTA) ou le diabète. Les comorbidités non cardiovasculaires sont l'anémie, la carence martiale, les pathologies thyroïdiennes, l'insuffisance rénale, les pathologies pulmonaires, l'obésité et la dénutrition.

Afin de proposer le traitement le plus adapté, il est primordial de connaître l'étiologie et la fraction d'éjection du patient.

Lors d'une ICFEr, les traitements médicamenteux ont montré une réduction de la mortalité ainsi que des hospitalisations à répétitions (4). Dans ce cas, une quadrithérapie d'emblée est recommandée (5). Ces traitements sont : les inhibiteurs du système rénine-angiotensine (inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), antagoniste du récepteur de l'angiotensine II (ARAII) ou inhibiteur du récepteur de l'angiotensine-néprilysine (ARNi)), les  $\beta$ -bloquants, les anti-aldostérone et les inhibiteurs du cotransporteur sodium glucose de type 2 (iSGLT2). Ces traitements sont introduits à faible dose puis, par pallier, elles sont augmentées jusqu'à la dose maximale préconisée et selon la tolérance du patient. En fonction des signes cliniques ou symptômes congestifs du patient, un traitement diurétique peut être introduit. En seconde intention, selon les antécédents, la FE et les résultats de l'électrocardiogramme, un défibrillateur automatique implantable (DAI) peut être indiqué.

Dans le cas de l'IC à FE intermédiaire, les études n'ont pas démontré de bénéfice des traitements médicamenteux sur la morbi-mortalité. Pour les patients atteints d'une ICFEp, une

étude en 2023 a démontré un bénéfice sur le risque combiné de mortalité cardiovasculaire et d'hospitalisation pour les patients traités : un iSGLT2 est maintenant recommandé. Pour ces patients, le traitement s'oriente vers la prise en charge des facteurs de risque et des comorbidités (4).

Quant à la prise en charge non pharmacologique, les règles hygiéno-diététiques jouent un rôle majeur (1). Il est recommandé de réduire la consommation de sel de l'ordre de 4 à 6g par jour, d'avoir une alimentation équilibrée, limiter sa consommation d'alcool à un ou deux verre par jour, pas tous les jours et d'arrêter le tabac. De plus, lutter contre la sédentarité et le déconditionnement physique permet d'améliorer la qualité de vie des patients et leur pronostic. Les programmes d'éducation thérapeutique et de réadaptation cardiaque permettent de les accompagner, de les surveiller et de les éduquer mais très peu en bénéficient.

Par ailleurs, le patient insuffisant cardiaque est très fragile face aux infections virales et bactériennes, notamment la COVID19, la grippe saisonnière et les infections à pneumocoques. Dès le diagnostic de l'IC, les vaccinations contre ces maladies infectieuses sont recommandées.

Responsable de 200 000 hospitalisations et 70 000 décès par an, l'IC est la troisième dépense la plus importante des maladies cardio-neuro-vasculaire en 2020 (6). D'après la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), la moitié des hospitalisations potentiellement évitables est représentée par l'insuffisance cardiaque (7).

De 2014 à 2016, une étude réalisée par le Conseil National Professionnel (CNP) de cardiologie (8) sur la conformité de la prise en charge du patient insuffisant cardiaque a mis en évidence un pronostic sévère et un défaut de coordination des soins entre la ville et l'hôpital : un tiers des 160 000 patients ont été réhospitalisé dans l'année suivant une hospitalisation, dont la moitié à moins de 3 mois. En post hospitalisation, seulement la moitié des patients stables avaient une consultation avec un cardiologue et un quart à moins de 2 mois. Pour la moitié, le suivi par un médecin généraliste ou un cardiologue était insuffisant.

En 2018, l'étude IC-PS2 (9) confirme la méconnaissance de cette maladie et de ses symptômes auprès des patients. Un tiers d'entre eux présentaient déjà des symptômes 2 mois avant d'être hospitalisé.

Devant ce constat, l'Assurance Maladie avec le Groupe Insuffisance Cardiaque et des Cardiomyopathies (GICC) de la Société Française de Cardiologie (SFC) souhaite renforcer les parcours de soins en s'appuyant notamment sur les équipes des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). L'Assurance Maladie a lancé une campagne nationale de sensibilisation (10) sur les signes d'alerte « EPOF » mais aussi sur les règles d'hygiène de vie avec le sigle « EPON » (annexe 2). De plus, l'Assurance Maladie souhaite améliorer le déploiement de « PRADO insuffisance cardiaque » (11) pour les sorties d'hospitalisation avec un objectif d'un tiers des patients éligibles. Créé en 2013, le programme de retour à domicile (PRADO) insuffisance cardiaque a pour objectif de faciliter la coordination entre les professionnels en ambulatoire et les structures de soins à l'aide d'un carnet de suivi que chaque intervenant doit remplir au fur et à mesure.

## 2. Hautes Pyrénées : la CPTS Tarbes-Adour

Les CPTS ont été créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé (12). Elles ont pour objectifs de regrouper les différents acteurs de santé (professionnels de santé en ambulatoire, structures de soins, établissements et services sociaux et médico-sociaux) qui veulent travailler ensemble. Les projets sont élaborés à leurs initiatives autour de parcours de santé. Ce dispositif a pour but de faciliter la collaboration interprofessionnelle, d'améliorer la coordination de ces professionnels et de répondre aux problématiques spécifiques d'un bassin de population (13).

Dans le département des Hautes Pyrénées, c'est en 2019 que la CPTS Tarbes-Adour a vu le jour par l'initiative d'une vingtaine de soignants : infirmiers, médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, dentistes... mais aussi hôpital et clinique. Ce territoire inclus 19 communes, soit 88 000 habitants (14). Les principaux axes de travail de la CPTS Tarbes-Adour sont de faciliter les parcours de soins pluriprofessionnels notamment des patients atteints de maladie chronique, d'améliorer l'accessibilité aux soignants, les actions de prévention et la gestion de crise sanitaire.

En 2021, dans les Hautes-Pyrénées, la prévalence des patients pris en charge pour insuffisance cardiaque chronique est de 8,4‰ (15). Plus précisément dans la CPTS Tarbes-Adour, d'après le système national des données de santé (SNDS) ce sont 703 patients concernés soit 8,7‰ dont 74,7% ont plus de 75 ans. Pour 253 hospitalisations dans l'année, dans les suites de celles-ci, le taux de mortalité à 6 mois est de 23,1%. Le taux de mortalité toutes causes est de 16,4% (16).

C'est dans ce contexte qu'en 2022, la CPTS Tarbes-Adour a mis en place un parcours de soins insuffisance cardiaque « PIC65 », en interprofessionnalité structure et soins primaires, pour suivre pendant 1 an le patient insuffisant cardiaque. Les objectifs de ce parcours sont d'améliorer le parcours du patient, faciliter la coordination des soins de l'IC sur le bassin de la CPTS, réduire le risque de réhospitalisation et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs aidants. Les patients éligibles sont recrutés soit en sortie d'hospitalisation avec organisation du PRADO IC soit lors qu'une consultation de diagnostic. Ensuite, l'année est rythmée de rendez-vous théoriques (annexe 1).

L'objectif principal de ce travail est de réaliser une description du suivi du patient insuffisant cardiaque inclus dans le parcours PIC65 mis en place par la CPTS Tarbes-Adour.

L'objectif secondaire est de réaliser une description de la population.

### III. Matériel et méthode

#### 1. Schéma de l'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, rétrospective et multicentrique qui a été conduite à partir des dossiers des patients pris en charge à la Clinique Ormeau Centre et au Centre hospitalier de Bigorre à Tarbes.

#### 2. Recueil des données

Les données ont été collectées du 1<sup>er</sup> novembre 2022 au 30 avril 2024.

Le recueil des données porte sur les cinquante premiers patients (les vingt-cinq premiers patients de la clinique et les vingt-cinq premiers patients de l'hôpital) inclus dans le parcours. Il n'y a pas de critère d'exclusion.

Les données patients ont été extraites des dossiers médicaux informatisés par l'auteur de cette thèse. Tous les médecins traitants ont été contactés par téléphone afin de renseigner des informations non disponibles à la clinique ou à l'hôpital. Dans le but de faciliter ce recueil, un questionnaire anonymisé a été envoyé aux médecins traitants par courriel (annexe 3).

Les dossiers patients ont été anonymisés par attribution d'un numéro aléatoire à trois chiffres puis l'ensemble des données ont été collectées dans un tableau Excel (annexe 4).

La première partie porte sur les caractéristiques de la population étudiée :

- Les critères sociodémographiques : sexe, âge, logement, profession
- Les comorbidités, plus précisément celles qui ont un impact sur l'évolution de l'insuffisance cardiaque
- Le statut vaccinal: COVID, Grippe, Pneumocoque

La seconde partie porte sur le déroulement du parcours de soins :

- Le mode d'entrée dans le parcours et lieu du suivi : consultation ou hospitalisation, à la clinique ou à l'hôpital
- Pour chaque date théorique de consultation (J7, M2, M3, M6, M12) : quel intervenant (cardiologue, infirmière de pratique avancée, médecin traitant), poids du patient, présentation de résultats de biologie avec dosage du NTproBNP, présence de signe clinique d'insuffisance cardiaque, posologie des traitements de l'insuffisance cardiaque (iSGLT2,  $\beta$ -bloquant, IEC/ARA2 ARNi, antagoniste de l'aldostérone, furosémide)
- Hospitalisation de jour à M1 : présence de signe clinique d'insuffisance cardiaque, poids du patient, présentation de résultats de biologie avec dosage du NTproBNP, évaluation par kinésithérapeute (test de marche 6 minutes ou SPPB), réalisation d'un bilan diététique, réalisation d'une épreuve d'effort, réalisation d'une échographie cardiaque transthoracique, proposition d'un bilan psychologique, rencontre avec

assistante sociale ou autre consultation avec médecin spécialiste, posologie des traitements de l'insuffisance cardiaque (iSGLT2,  $\beta$ -bloquant, IEC/ARA2 ARNi, antagoniste de l'aldostérone, furosémide)

- Nombre de participation au programme d'éducation thérapeutique et/ou réalisation de la réadaptation cardiaque
- Hospitalisation : quand, motif en rapport avec l'insuffisance cardiaque ou non, comment (adressé par médecin traitant, appel du SAMU, consultation aux urgences, télésurveillance, hospitalisation programmée)
- Consultation supplémentaire avec le médecin traitant en rapport avec l'insuffisance cardiaque : combien, quand, poids du patient, présence de signe clinique d'insuffisance cardiaque, réalisation d'une biologie avec dosage du NTproBNP, modification des traitements
- Le nombre d'alerte par télésurveillance : quel motif, réponse (hospitalisation, optimisation du traitement, conseil)
- Décès : à quel moment du parcours, quelle cause

### **3. Cadre éthique et légal**

Une déclaration de conformité CNIL a été effectuée sous la méthodologie de référence MR-004 sous le numéro 2023TH106 ainsi qu'une déclaration de conformité au Règlement Général de Protection des Données.

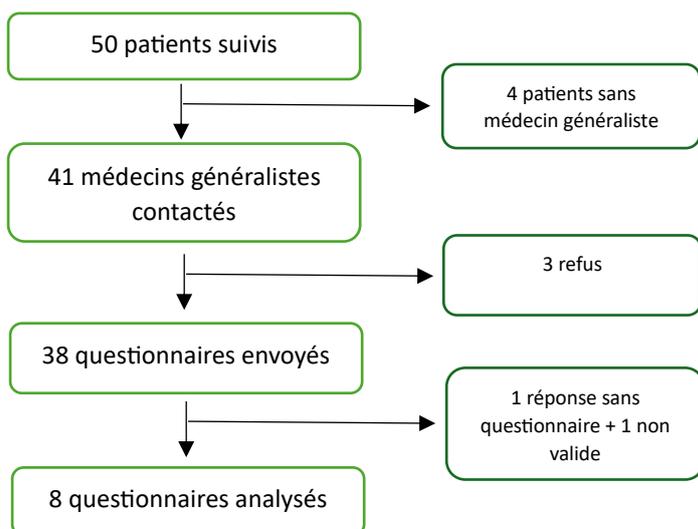
### **4. Méthode d'analyse**

Il s'agit d'une analyse statistique descriptive. Les données quantitatives sont décrites en utilisant les moyennes et les écarts types, et les données qualitatives sont décrites par les nombres et les pourcentages.

## IV. Résultats

Nous avons recueilli le suivi des cinquante premiers patients inclus dans le parcours : les vingt-cinq premiers suivis à la Clinique Ormeau et les vingt-cinq premiers suivis au centre hospitalier de Bigorre de novembre 2022 à avril 2024.

Dans cet échantillon, 3 patients n'ont pas de médecin généraliste. Sur les 42 médecins généralistes contactés (plusieurs patients sont suivis par le même médecin), 3 ont refusé de recevoir un questionnaire. Nous avons obtenu 9 réponses dont 8 questionnaires remplis.



**Figure 1.** Diagramme de flux

### 1. Description de la population étudiée

Sur les 50 patients inclus, nous retrouvons 30 hommes (60%) et 20 femmes (40%), soit un sex-ratio de 1,5. L'âge moyen des hommes est de 72,2 ans ( $\pm 11,4$ ), des femmes est de 81,7 ans ( $\pm 10,0$ ) soit l'âge moyen de la population est de 76 ans ( $\pm 11,7$ ).

L'indice de masse corporelle (IMC) est en moyenne de 27,5 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 6,1$ ).

Les patients présentent dans 40% des cas une ICFEp, soit 9 hommes et 11 femmes. Dans 42% des cas il s'agit d'une ICFEr, soit 16 hommes et 5 femmes. 18% sont atteints d'une IC à FE intermédiaire, soit 5 hommes et 4 femmes.

A propos des principales étiologies, 35 patients (70%) sont atteints de trouble du rythme, 31 (62%) d'ischémie myocardique et 21 (42%) d'une atteinte valvulaire. 64% d'entre eux présentent une hypertension artérielle (HTA).

Les patients sont vaccinés pour 94% d'entre eux contre la COVID19, 56% contre la grippe et 12% contre le pneumocoque.

Les détails sont exposés dans le tableau 1.

**Tableau 1.** Description de la population de l'étude avant le parcours de soins.

	<b>Homme</b>	<b>Femme</b>	<b>Population totale</b>
	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>
<b>Effectif</b>	30 (60%)	20 (40%)	50 (100%)
<b>Age</b>	72,2 ± 11,4	81,7 ± 10,0	76 ± 11,7
<b>Profession</b>			
Artisan	3	1	4
Retraité	25	19	44
Fonctionnaire	1	0	1
Invalidité	1	0	1
<b>Logement</b>			
Maison	27	16	43
Famille d'accueil	1	0	1
Appartement	1	3	4
EHPAD	1	1	2
	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>
<b>IMC</b>	28,1 ± 6,3	26,7 ± 5,8	27,5 ± 6,1
<b>FEVG ≥ 50%</b>	9 (18%)	11 (22%)	20 (40%)
<b>FEVG 41-49%</b>	5 (10%)	4 (8%)	9 (18%)
<b>FEVG ≤ 40%</b>	16 (32%)	5 (10%)	21 (42%)
<b>Antécédent</b>			
Trouble du rythme	17 (34%)	18 (36%)	35 (70%)
Ischémie myocardique	23 (46%)	8 (16%)	31 (62%)
Valvulopathie	10 (20%)	11 (22%)	21 (42%)
IC génétique	0 (0%)	(0%)	(0%)
IC toxique	0 (0%)	(0%)	(0%)
HTA	18 (36%)	14 (28%)	32 (64%)
Diabète	9 (18%)	5 (10%)	11 (22%)
IRC	10 (20%)	7 (14%)	17 (34%)
Anémie	2 (4%)	4 (8%)	6 (12%)
Carence martiale	6 (12%)	10 (20%)	16 (32%)
Trouble cognitif	4 (8%)	1 (2%)	5 (10%)
BPCO	5 (10%)	2 (4%)	7 (14%)
Embolie pulmonaire	4 (8%)	0 (0%)	4 (8%)
<b>Vaccin</b>			
COVID	27 (54%)	20 (40%)	47 (94%)
Grippe	15 (30%)	13 (26%)	28 (56%)
Pneumocoque	3 (6%)	3 (6%)	6 (12%)

## 2. Description du parcours de soins

Les patients ont été inclus à 48% à la suite d'une consultation et 52% lors d'une hospitalisation.

Sur ces 50 patients inclus dans le parcours, 12% sont perdus de vue à 12 mois et 10% sont décédés. L'un d'eux est décédé d'une décompensation cardiaque sur sepsis pulmonaire au cours du 2<sup>e</sup> mois, un autre d'une cause neurologique lors du 12<sup>e</sup> mois. Les autres causes de décès sont inconnues.

13 patients ont bénéficié du PRADO insuffisance cardiaque. Le programme d'éducation thérapeutique a pu être fait par 19 patients, soit 38% des effectifs et 13 ont pu faire de la réadaptation cardiaque, soit 26%. Les détails sont exposés dans le tableau 2.

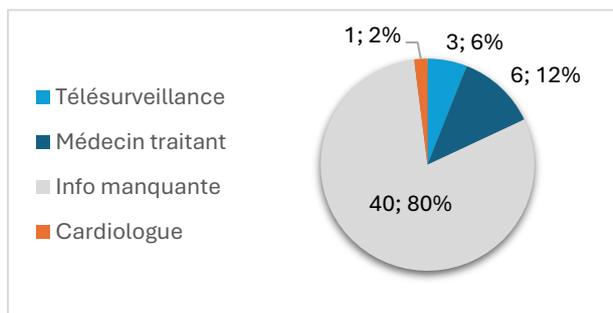
**Tableau 2.** Statistiques générales du parcours de soins PIC65.

	Clinique	Hôpital	Total
	n	n	n
<b>Effectif</b>	25 (50%)	25 (50%)	50 (100%)
<b>Entrée dans le parcours</b>			
<b>Consultation</b>	20 (40%)	4 (8%)	24 (48%)
<b>Hospitalisation</b>	5 (10%)	21 (42%)	26 (52%)
<b>Télésurveillance</b>	1 (2%)	22 (44%)	23 (46%)
<b>PRADO IC</b>	5 (10%)	8 (16%)	13 (26%)
<b>Education thérapeutique</b>	8 (16%)	11 (22%)	19 (38%)
<b>Réadaptation cardiaque</b>	7 (14%)	4 (8%)	13 (26%)
<b>Perdu de vue</b>			
à 6 mois	1 (2%)	1 (2%)	2 (4%)
à 12 mois	2 (4%)	4 (14%)	6 (12%)
<b>Hospitalisation</b>			
<b>Nombre total</b>	15 (30%)	20 (40%)	35 (70%)
<b>Patient unique</b>	14 (28%)	13 (26%)	27 (54%)
<b>Décès</b>	4 (8%)	1 (2%)	5 (10%)
à M1	1		1
à M4	1		1
à M6	1		1
à M12	1	1	2

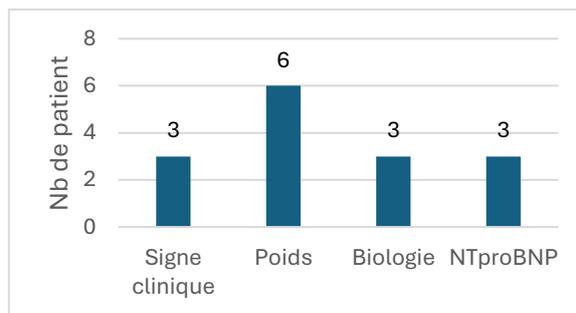
### a. Rendez-vous du 7<sup>e</sup> jour

Pour 40 patients, nous n'avons pas d'information concernant cette consultation. 6 d'entre eux ont été vus par leur médecin traitant, 3 via télésurveillance et 1 par son cardiologue référent, illustrés figure 1.

Parmi ces 10 patients vus en consultation, 3 présentaient au moins un signe clinique d'IC, 6 ont été pesés et 3 ont eu une prescription de biologie sanguine avec dosage du NTproBNP, illustrés figure 2.



**Figure 1.** Intervenants du 7<sup>e</sup> jour.

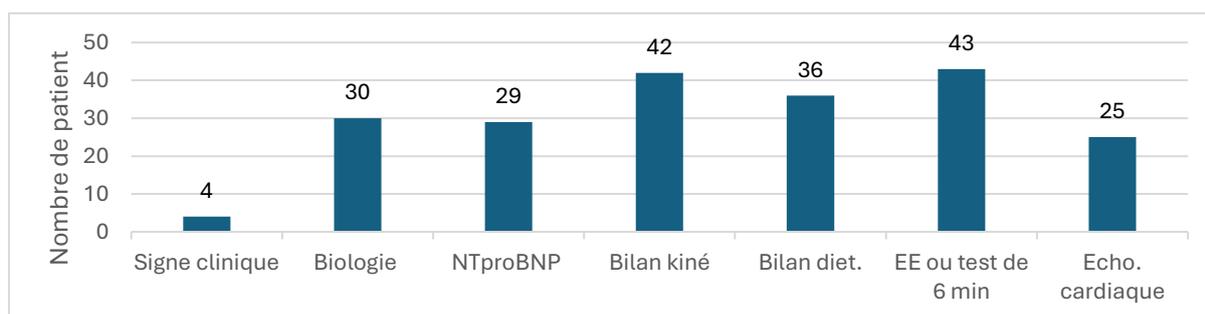


**Figure 2.** Consultation du 7<sup>e</sup> jour.

### b. Hospitalisation de jour à 1 mois

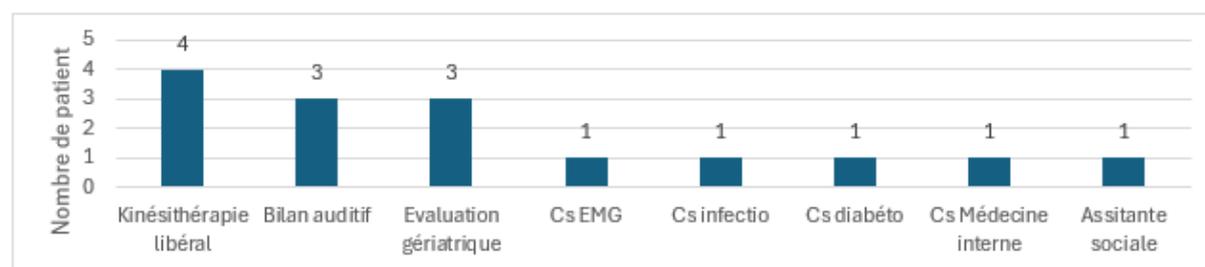
Tous les patients ont été évalués en hospitalisation de jour à 1 mois, illustrés figure 3. 4 patients présentaient au moins un signe clinique d'IC. 30 patients se sont présentés avec les résultats d'une biologie sanguine dont 29 comprenaient un dosage du NTproBNP.

Un bilan par le kinésithérapeute a pu être réalisé pour 42 patients et un bilan diététique a été réalisé pour 36 patients. Une épreuve d'effort (EE) ou un test de marche de 6 minutes a été fait pour 43 patients. Les 25 patients suivis au centre hospitalier ont bénéficié d'une échographie cardiaque. L'HDJ a permis d'initier 13 vaccinations antipneumococciques.



**Figure 3.** Bilan lors de l'hospitalisation de jour

Lors de ce rendez-vous, certains patients ont été orientés vers une prise en charge libérale de kinésithérapie et/ou vers du second recours. Les détails sont illustrés figure 4.



**Figure 4.** Orientation secondaire à l'hospitalisation de jour (Cs : consultation)

### c. Rendez-vous à 2 mois

Pour 40 patients, nous n'avons pas d'information concernant cette consultation. 4 d'entre eux ont été vus par leur médecin traitant, 1 via télésurveillance, 3 par leur cardiologue référent, 1 patient était hospitalisé et 1 est décédé, illustrés figure 5.

Parmi ces 8 patients vus en consultation, 2 présentaient au moins un signe clinique d'IC, 4 ont été pesés et 4 ont eu une prescription de biologie sanguine dont 2 avec dosage du NTproBNP, illustrés figure 6.

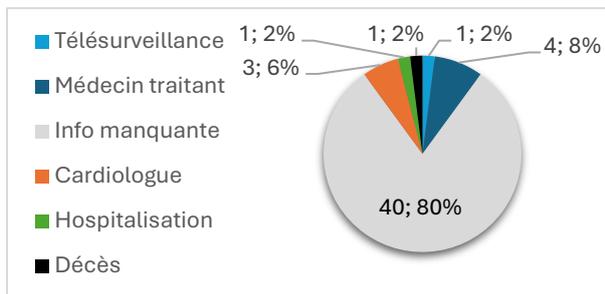


Figure 5. Intervenant du 2<sup>e</sup> mois.

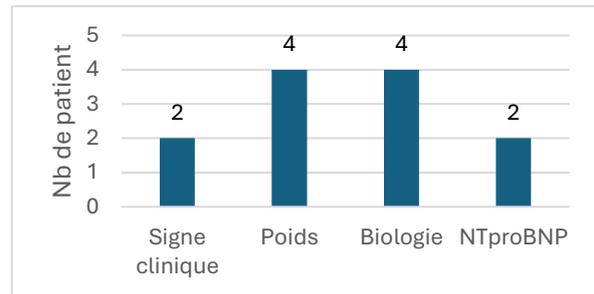


Figure 6. Consultation du 2<sup>e</sup> mois.

#### d. Rendez-vous à 3 mois

Pour 12 patients, nous n'avons pas d'information concernant cette consultation. 24 d'entre eux ont été vus par leur cardiologue référent, 3 via télésurveillance, 4 par leur médecin traitant, 4 patients étaient hospitalisés et 3 sont décédés, illustrés figure 7.

Parmi ces 31 patients vus en consultation, 5 présentaient au moins un signe clinique d'IC, 14 ont été pesés et 17 ont eu une prescription de biologie sanguine dont 16 avec dosage du NTproBNP, illustrés figure 8.

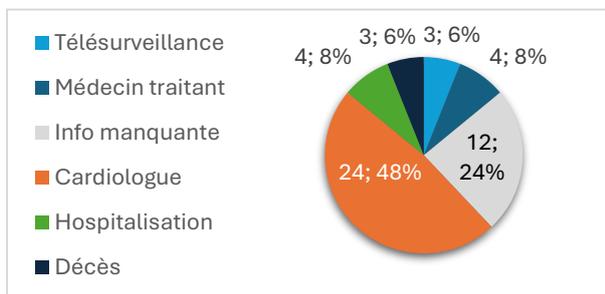


Figure 7. Intervenant du 3<sup>e</sup> mois.

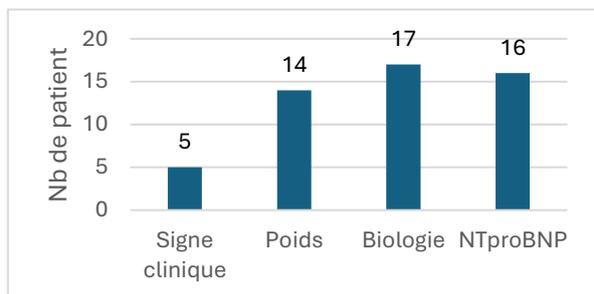
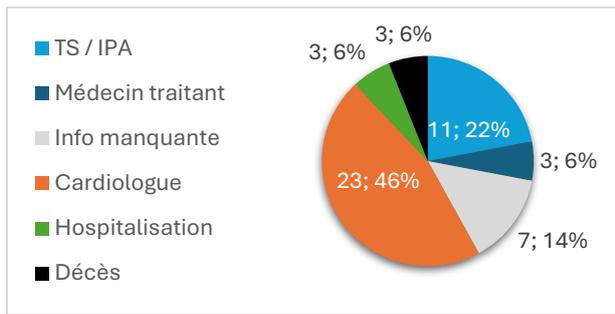


Figure 8. Consultation du 3<sup>e</sup> mois.

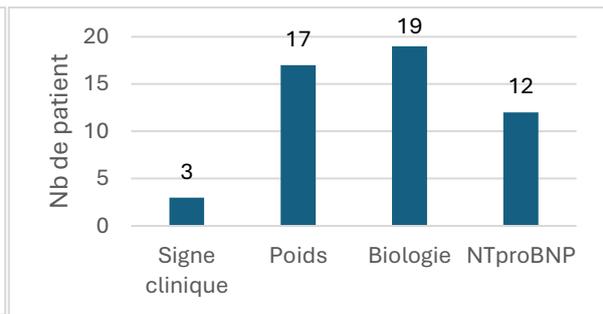
#### e. Rendez-vous à 6 mois

Pour 7 patients, nous n'avons pas d'information concernant cette consultation. 23 d'entre eux ont été vus par leur cardiologue référent, 11 via télésurveillance ou l'IPA, 3 par leur médecin traitant et 3 patients étaient hospitalisés, illustrés figure 9.

Parmi ces 37 patients vus en consultation, 3 présentaient au moins un signe clinique d'IC, 17 ont été pesés et 19 ont eu une prescription de biologie sanguine dont 12 avec dosage du NTproBNP, illustrés figure 10.



**Figure 9.** Intervenant du 6<sup>e</sup> mois.

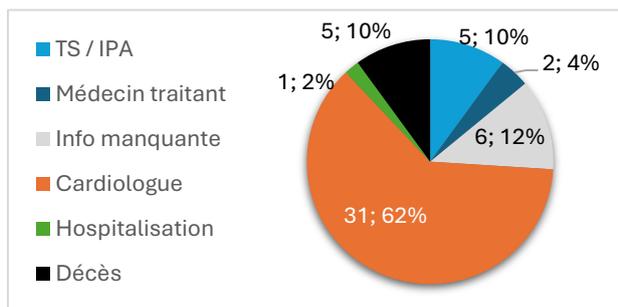


**Figure 10.** Consultation du 6<sup>e</sup> mois.

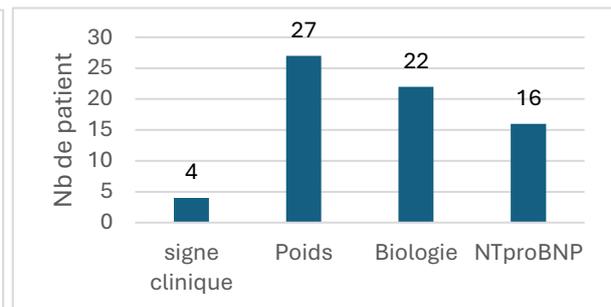
#### f. Rendez-vous à 12 mois

Pour 6 patients, nous n'avons pas d'information concernant cette consultation. 31 d'entre eux ont été vus par leur cardiologue référent, 5 via télésurveillance ou l'IPA, 2 par leur médecin traitant et 1 patients était hospitalisé, illustrés figure 11.

Parmi ces 38 patients vus en consultation, 4 présentaient au moins un signe clinique d'IC, 27 ont été pesés et 22 ont eu une prescription de biologie sanguine dont 16 avec dosage du NTproBNP, illustrés figure 12.



**Figure 11.** Intervenant du 12<sup>e</sup> mois.



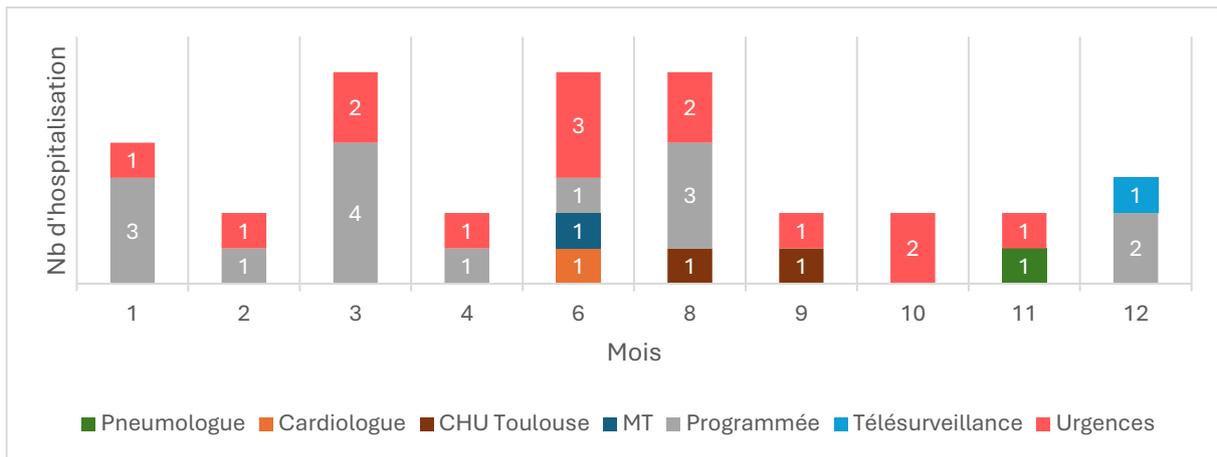
**Figure 12.** Consultation du 12<sup>e</sup> mois

#### g. Hospitalisations

Au cours des 12 mois de suivi, 27 patients ont été hospitalisés dont certains à plusieurs reprises soit 35 hospitalisations au total.

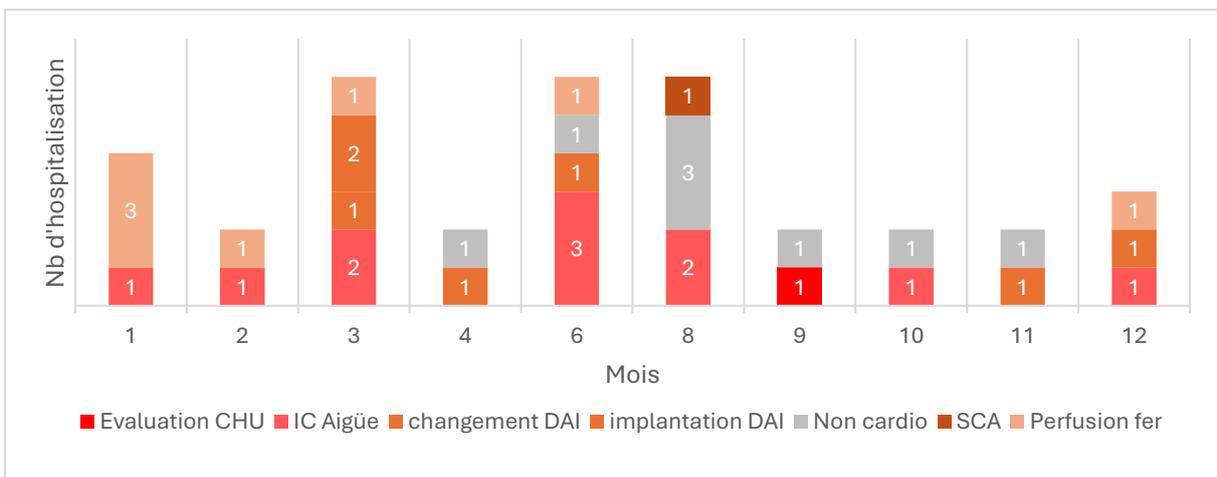
Pour 15 d'entre elles, il était cas d'hospitalisation programmée. Pour les 20 autres hospitalisations, 14 patients ont été évalués aux urgences.

Les détails sont exposés dans la figure 13.



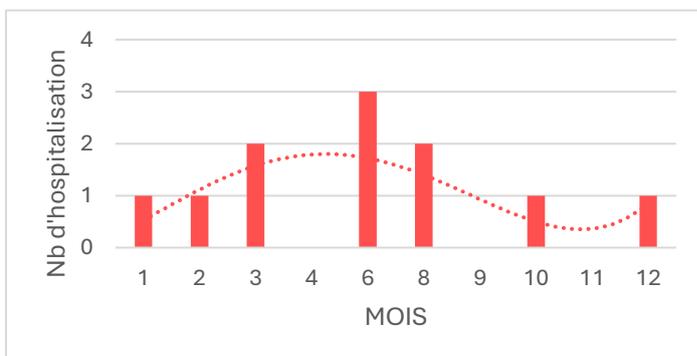
**Figure 13.** Description des moyens d'entrée lors d'une hospitalisation (MT : médecin traitant)

Au total, 8 hospitalisations ne sont pas en rapport avec un motif cardiologique, illustrés figure 14.



**Figure 14.** Description du motif d'hospitalisation selon le mois d'hospitalisation

Sur les 27 hospitalisations liées à la cardiologie, les changements et implantations de DAI en représentent 7. La supplémentation ferrique représente 7 hospitalisations. Enfin, 11 sont dues à une décompensation cardiaque avec un discret pic à 6 mois du parcours, illustré figure 15.



**Figure 15.** Nombre d'hospitalisation pour décompensation cardiaque en fonction du mois de suivi.

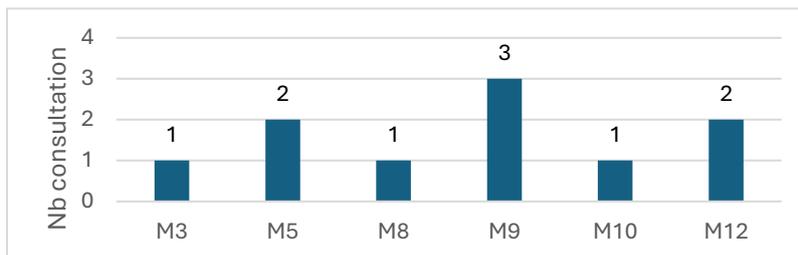
## h. Consultations médecin généraliste et télésurveillance

Sur les 41 médecins généralistes contactés, nous avons reçu 8 questionnaires valides, soit un taux de réponse de 19%. 6 d'entre eux ont connaissance du parcours PIC65. Les détails sont exposés tableau 3.

Au total, sur les dix consultations rapportées, une au 5<sup>e</sup> mois est liée avec une décompensation cardiaque et le patient a été adressé aux urgences pour une prise en charge ; les autres concernant un renouvellement d'ordonnance a été fait sans modification. Les consultations sont réparties sur l'ensemble de l'année, illustré figure 16.

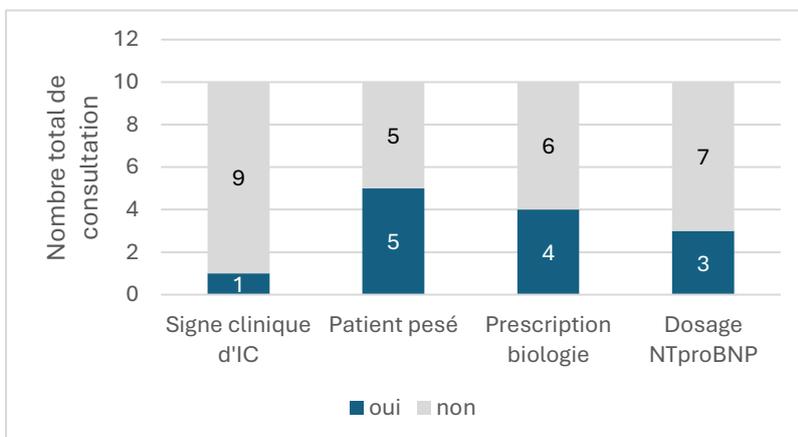
**Tableau3.** Description des consultations de médecin généraliste

	<b>n</b>
<b>Total réponses valides</b>	8
<b>Connaissance du PIC 65</b>	6
<b>Nombre de consultation</b>	
<b>Patient unique</b>	6
<b>Au total</b>	10
<b>Motif</b>	
<b>Renouvellement d'ordonnance</b>	9
<b>Décompensation cardiaque</b>	1



**Figure 16.** Répartition des consultations avec le médecin généraliste

Au cours de ces 10 consultations, 1 présentait au moins un signe clinique d'IC, le poids a été relevé 5 fois et une biologie sanguine a été prescrite 4 fois dont 3 avec dosage du NTproBNP, illustrés figure 17.



**Figure 17.** Consultation avec le médecin généraliste

Sur le plan de la vaccination, les réponses des médecins généralistes ont permis de compléter nos données : au moins 1 patient a terminé un schéma complet antipneumococcique et au moins 2 patients ont réalisé un schéma complet en ambulatoire. Concernant la grippe, au moins 2 patients supplémentaires ont bénéficié d'une vaccination antigrippale.

Dans le cadre de la télésurveillance, l'infirmière spécialisée IC de l'hôpital a passé et reçu un total de 105 appels dont 33 alertes, illustré tableau 3.

Parmi ces appels, 35 ont un objectif de bilan/suivi éducatif. Les alertes sont majoritairement déclenchées sur des erreurs de saisies. La télésurveillance a permis d'hospitaliser un patient et de programmer une consultation avec le cardiologue en moins de 48h pour 3 patients

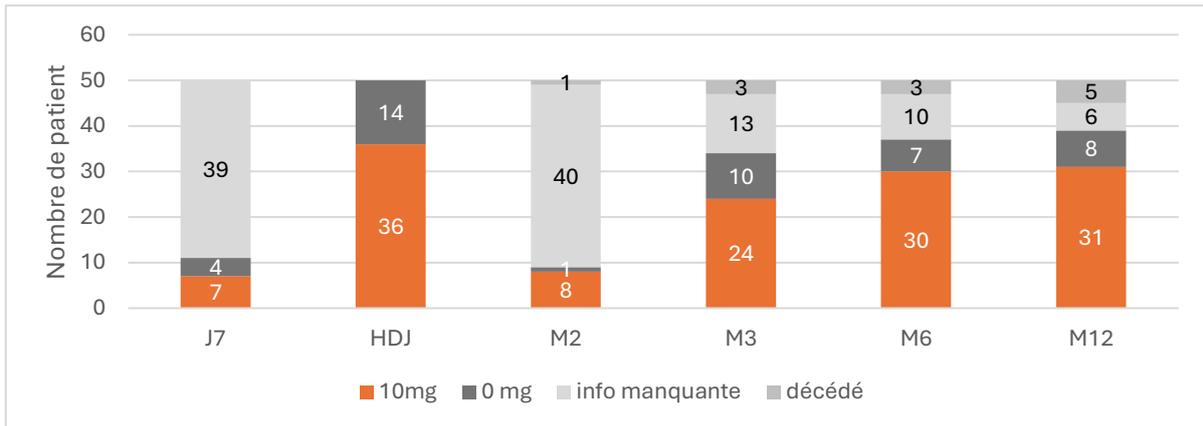
**Tableau 4.** Appels liés à la télésurveillance, description des motifs et des réponses.

<b>Télésurveillance</b>	
<b>Nombre d'appel</b>	<b>105</b>
Suivi éducatif	35
Suivi titration	2
Confirmation de rendez-vous	28
Motif non cardio	7
<b>Nombre d'alerte parmi les appels</b>	<b>33 (31%)</b>
Symptôme(s) IC aigüe	4
Suivi titration	4
Intolérance traitement	2
Erreur de saisie	21
Motif non cardio	2
<b>Réponses aux alertes</b>	
Orientation Médecin traitant	11 (33%)
Consultation Cardio < 48h	3 (9%)
Hospitalisation	1 (3%)
Conseils règles hygiène de vie	18 (55%)

#### **i. Titration des traitements de l'insuffisance cardiaque**

##### **➤ iSGLT2 : les gliflozines**

Tous les patients ont été évalués lors de l'hospitalisation de jour (HDJ) à 1 mois : 36 d'entre eux, soit 72%, ont un traitement de la famille des gliflozines à 10 mg. Lors de la consultation à 12 mois, sur les 39 patients vus, 31 sont traités par cette classe thérapeutique soit 79 %, illustré figure 18.



**Figure 18.** Nombre de patient traité par gliflozine au cours du parcours

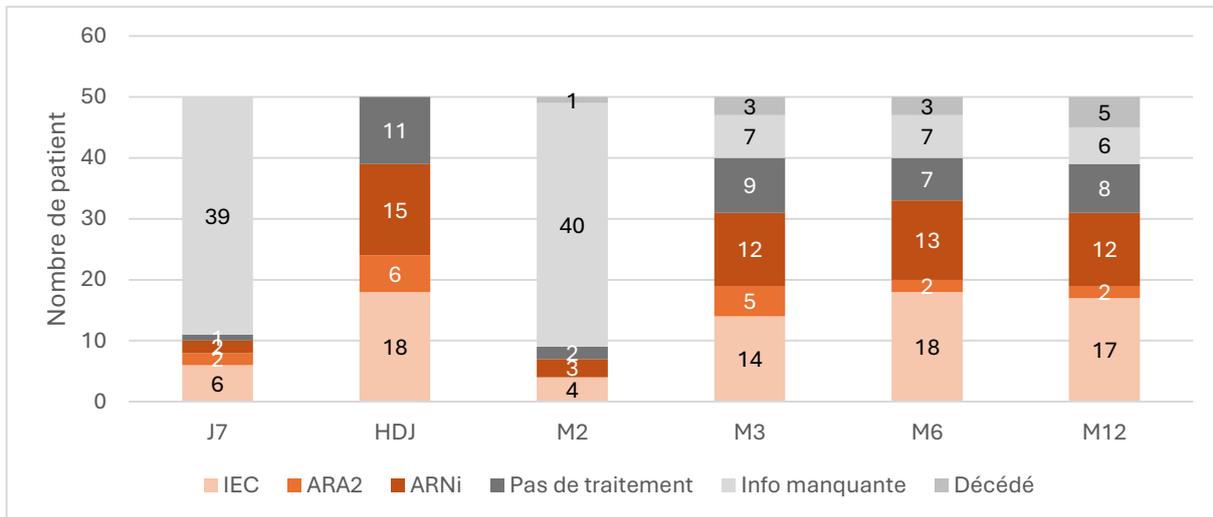
➤ **IEC, ARA2 ou ARNi**

Parmi les 50 patients vus lors de l'hospitalisation de jour :

- 11 n'ont pas de traitement de cette famille,
- 15 patients sont traités par un ARNi (Sacubitril/Valsartan), soit 30%.
- 6 patients sont traités par un ARA2 (Valsartan, Losartan ou Irbesartan), soit 12%.
- 18 patients sont traités par un IEC (Ramipril, Enalapril ou Perindopril), soit 36%.

Parmi les 39 patients vus lors de la consultation à 12 mois :

- 8 n'ont pas de traitement de cette famille,
- 12 patients sont traités par un ARNi type (Sacubitril/Valsartan), soit 31%.
- 2 patients sont traités par un ARA2 (Valsartan ou Losartan), soit 5%.
- 17 patients sont traités par un IEC (Ramipril, Enalapril ou Perindopril), soit 44%.



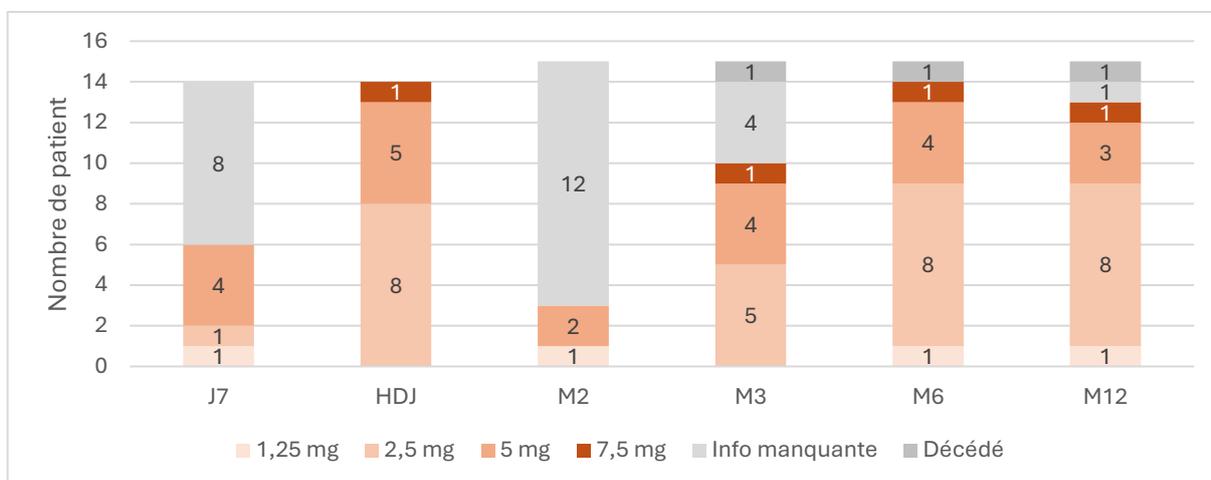
**Figure 19.** Nombre de patient traité par IEC, ARA2 ou ARNi au cours du parcours

Parmi les 18 patients traités par un IEC, 15 ont un traitement par Ramipril, 2 par Enalapril et 2 par Perindopril.

Les patients traités par Enalapril ont une posologie à 20 mg du début à la fin du parcours. Pour les patients traités par Perindopril, un patient est initialement traité par 4 mg puis à 2 mg à

partir de la consultation des 6 mois tandis que l'autre patient a une posologie de 2,5 mg du 3<sup>e</sup> mois au 12<sup>e</sup> mois.

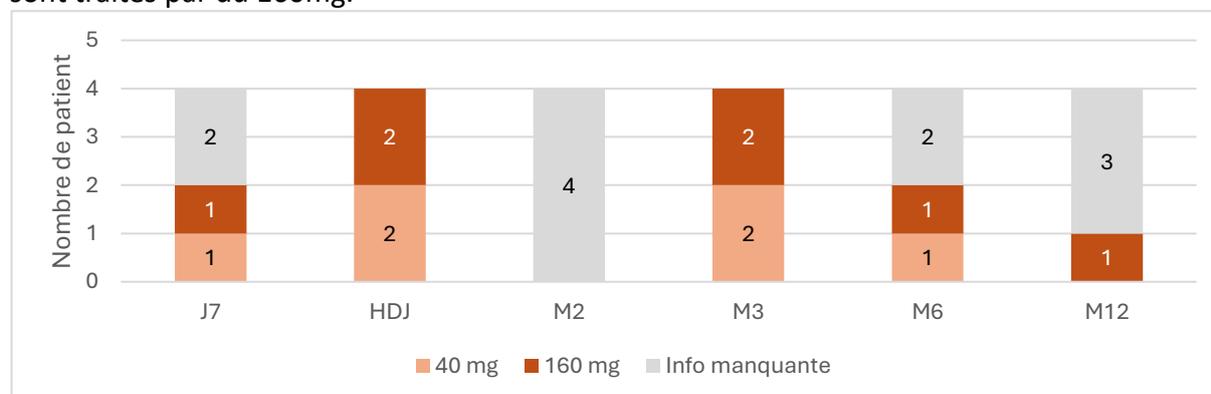
A propos des patients traités par Ramipril, les détails sont illustrés figure 20. 1 patient a un traitement à 7,5 mg. Lors de l'hospitalisation de jour et de la consultation à 2 mois, 2 patients ont bénéficié de l'introduction de ce traitement.



**Figure 20.** Répartition des patients traités par Ramipril selon la posologie

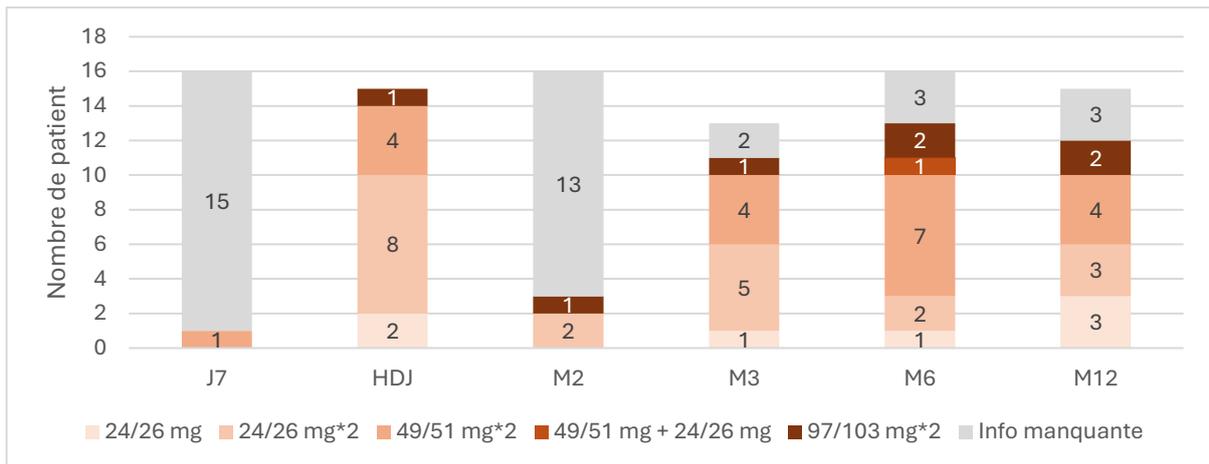
Parmi les 6 patients traités par ARA2 : 1 patient a une prescription de Losartan à 50 mg tout au long du parcours et un autre a de l'Irbesartan à 75 mg qui sera modifié pour un IEC.

Les 4 autres patients sont traités par du Valsartan, illustrés figure 21. La moitié des patients sont traités par du 160mg.



**Figure 21.** Répartition des patients traités par Valsartan selon la posologie

Parmi les 15 patients traités par Sacubitril/Valsartan lors de l'hospitalisation de jour, la moitié a une posologie de 24/26 mg 2 prises et 1 patient est traité par 97/103 mg 2 prises. Lors de la consultation du 6<sup>e</sup> mois, 3 patients sont perdus de vue, 8 bénéficient d'au moins une prise de 49/51 mg et 2 patients de 97/103 mg 2 prises. Les détails sont illustrés figure 22.

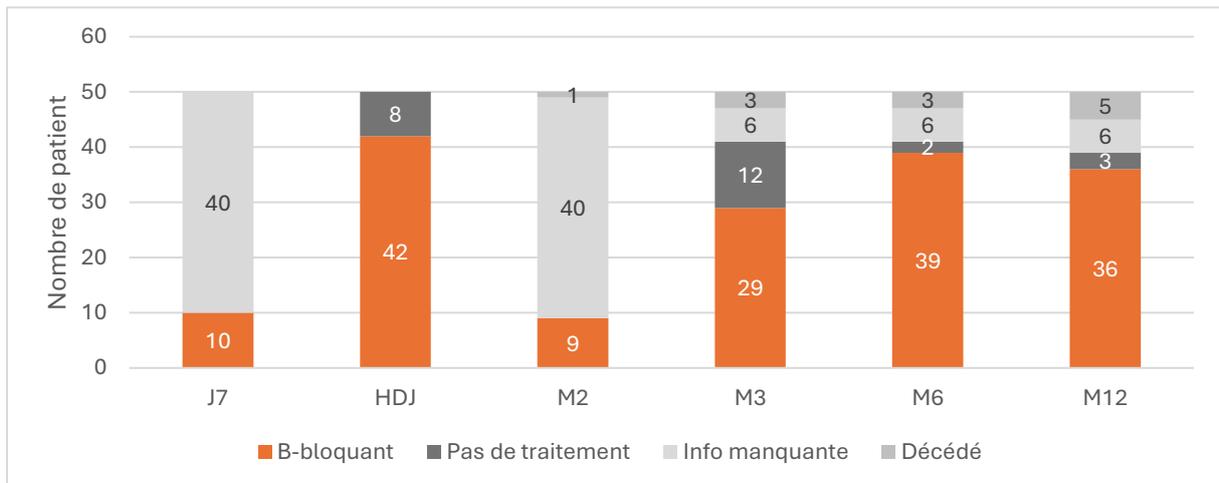


**Figure 22.** Répartition des patients traités par Sacubitril/Valsartan selon la posologie

### ➤ $\beta$ -bloquant

Parmi les 50 patients, 42 bénéficient d'un traitement  $\beta$ -bloquant, soit 84% : 40 patients sont traités par Bisoprolol, 1 par Sotalol et 1 par Carvedilol.

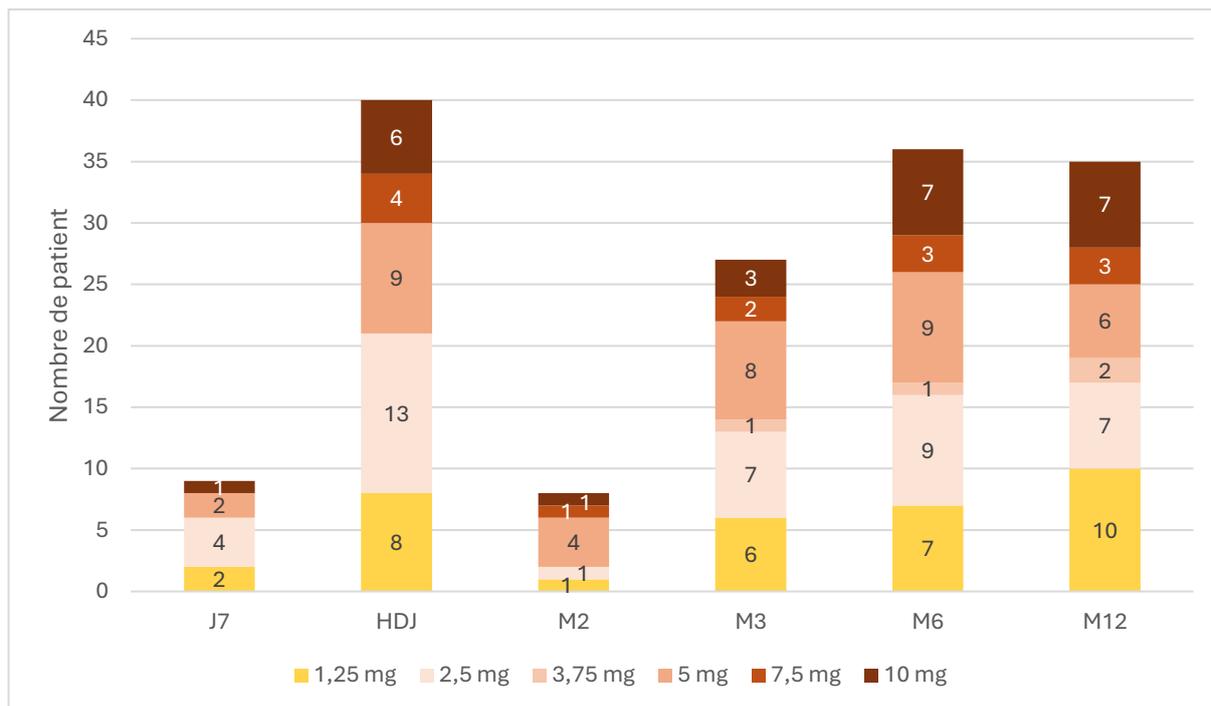
Lors de la consultation à 12 mois, sur les 39 patients vus, 36 sont traités par cette famille, soit 92% des patients, illustré figure 23.



**Figure 23.** Nombre de patient traité par  $\beta$ -bloquant au cours du parcours

A propos du patient traité par Sotalol, ce traitement a été introduit à 40 mg au 6<sup>e</sup> mois puis prolongé lors de la consultation du 12<sup>e</sup> mois. Pour le patient traité par Carvedilol à 6,25mg, ce traitement été modifié pour du Bisoprolol 2,5mg lors de la consultation à 12 mois.

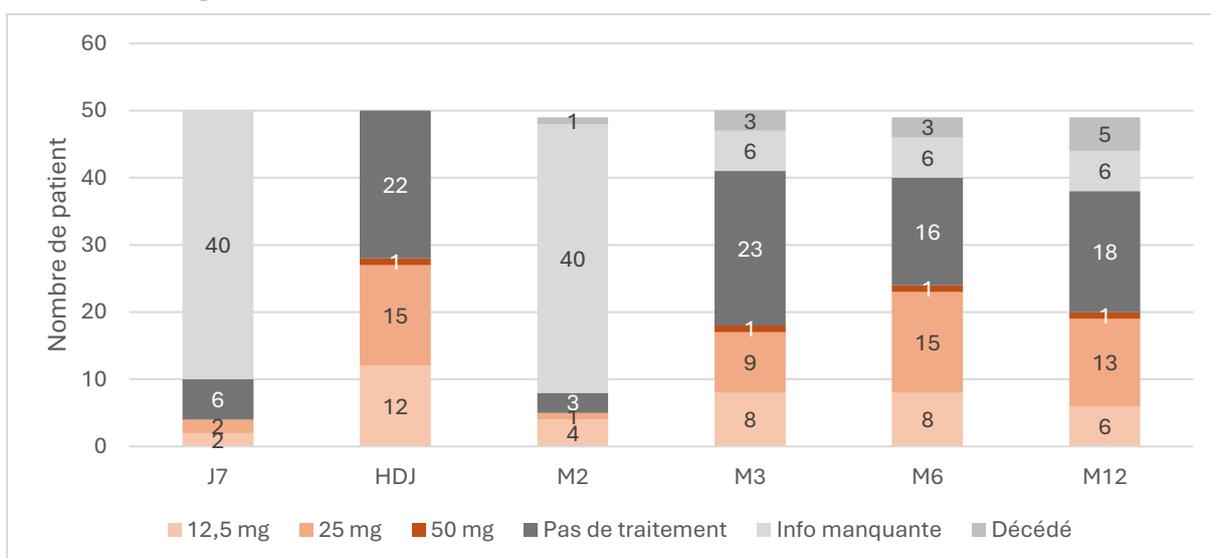
Concernant le Bisoprolol, lors de l'hospitalisation de jour, 19 patients ont un traitement d'au moins 5 mg par jour dont 6 patients à 10 mg. Au 12<sup>e</sup> mois, 15 patients ont un traitement d'au moins 5 mg par jour dont 7 patients à 10 mg. Les détails sont illustrés figure 24



**Figure 24.** Répartition des patients traités par Bisoprolol selon la posologie

### ➤ Anti-Aldostérone

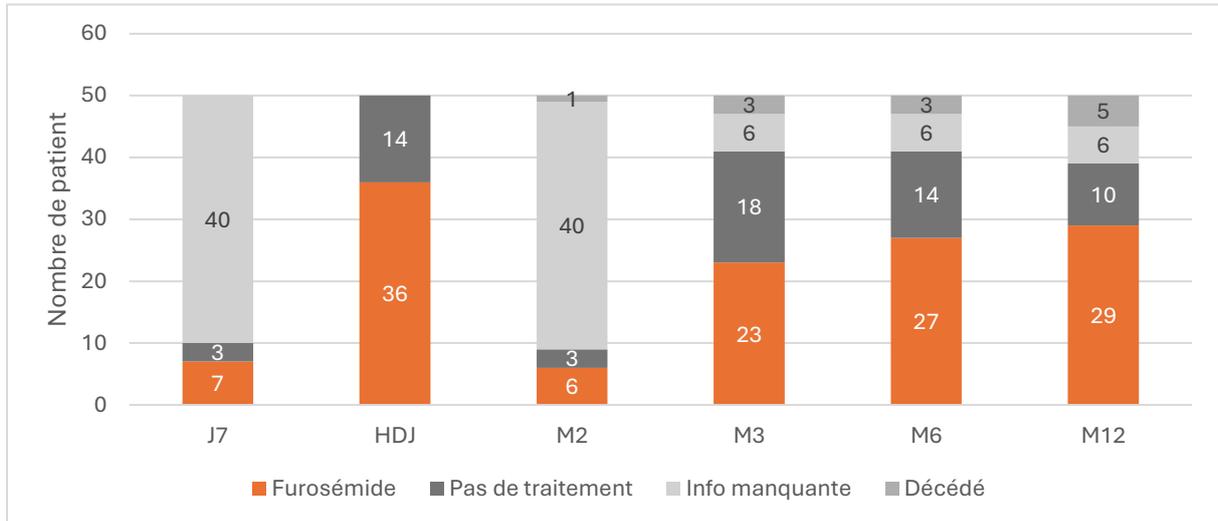
Les traitements anti-aldostérone sont soit l'Eplérénone, soit le Spironolactone. Lors de l'hospitalisation de jour (HDJ), la moitié des patients sont traités par ce type de médicament, dont 1 à 50 mg. A partir du 2<sup>e</sup> mois, un patient est traité par une dose de 6,25 mg et est poursuivi au moins jusqu'au 12<sup>e</sup> mois. Au 12<sup>e</sup> mois, sur les 36 patients encore suivis, 22 patients bénéficient de ce traitement, soit 61%, à une posologie d'au moins 25 mg. Les détails sont illustrés figure 25.



**Figure 25.** Répartition des patients traités par traitement Anti-aldostérone selon la posologie

### ➤ Diurétique type Furosémide

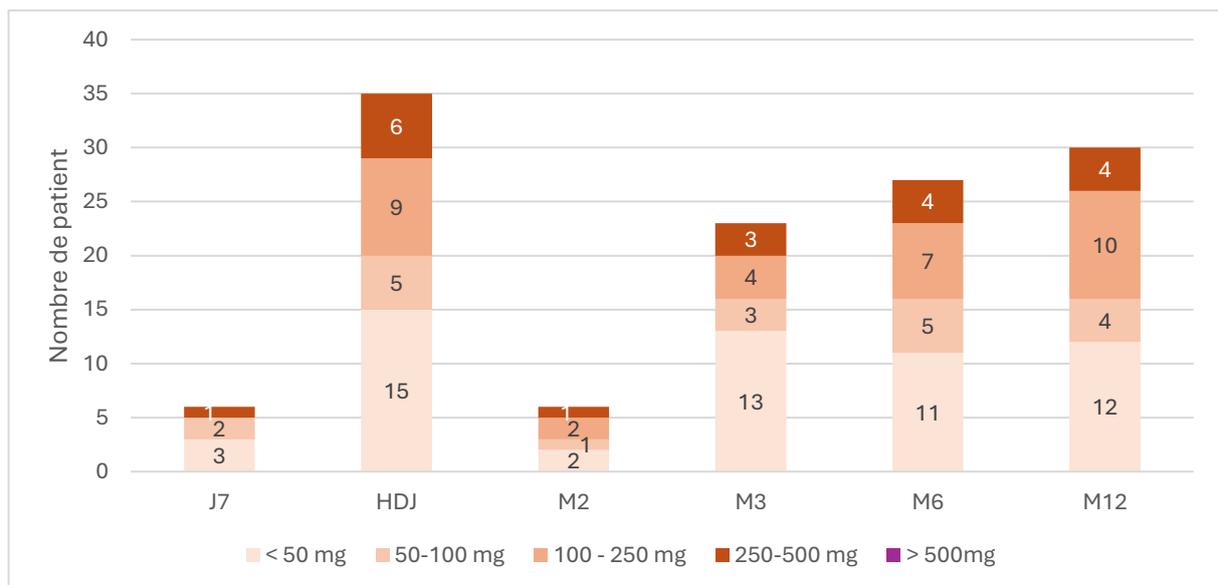
Lors de l'hospitalisation de jour, 36 patients ont un traitement par Furosémide, soit plus de 2/3 de l'effectif. A partir du 3<sup>e</sup> mois, plus de la moitié des patients ayant été vus ont un traitement par Furosémide, illustré figure 26.



**Figure 26.** Nombre de patient traité par Furosémide au cours du parcours

Parmi les données recueillies et les patients traités par Furosémide, entre 10 et 15 patients ont un traitement à moins de 50 mg par jour tout au long du parcours, soit 42% des patients lors de l'hospitalisation de jour. Ils représentent 30% de l'effectif total.

Lors de la consultation du 12<sup>e</sup> mois, 12 patients ont moins de 50 mg de Furosémide par jour, soit 30% de l'effectif total ayant été vu. Les détails sont illustrés figure 27.



**Figure 27.** Répartition des patients traités par Furosémide selon la posologie

## V. Discussion

### 1. Analyse des résultats et comparaison aux données de la littérature

#### ➤ Caractéristiques de la population

L'insuffisance cardiaque est une pathologie chronique très fréquente chez la personne âgée, légèrement prédominant chez la femme (17). En France, l'âge moyen est d'environ 70 ans et dans le territoire de la CPTS Tarbes-Adour, l'âge moyen est de 81,2 ans en 2022.

Dans cette étude, il en ressort une patientèle âgée et polypathologique. Avec un âge moyen à 76 ans au global dont une patientèle féminine plutôt aux alentours de 80 ans et plus de 80% des patients résident à domicile, les notions de maintien à domicile et de qualité de vie prennent tout leur sens. Plus de la moitié des patients atteints d'insuffisance cardiaque se disent en « mauvaise santé » (18). Bien qu'une nette majorité des patients soit retraités, une partie des patients insuffisants cardiaques sont encore actifs : la reprise du travail peut nécessiter une adaptation de poste, des horaires voire une reconversion.

Les infections sont souvent associées à des épisodes d'insuffisance cardiaque aiguë chez les patients IC chronique. La vaccination contre la grippe est associée à une réduction de risque de décès toutes causes dans une étude observationnelle rétrospective selon l'ESC. Il est recommandé de vacciner les patients insuffisants cardiaques contre la grippe, la COVID19 et les infections pulmonaires à pneumocoque afin de réduire leur risque d'hospitalisation cependant les taux de vaccination restent très faible notamment contre le pneumocoque (4). En effet, nous retrouvons dans notre étude, seulement 6 patients vaccinés contre le pneumocoque. Tous ces patients sont insuffisants cardiaques dont certains sont également atteints par d'autres pathologies comme l'insuffisance rénale, la bronchopneumopathie chronique obstructive et le diabète qui sont concernés par la recommandation de vaccination antipneumococcique, anti grippale et anti COVID19 (19).

En 2022, dans le territoire de la CPTS Tarbes-Adour, 10,5% des patients IC étaient vaccinés contre le pneumocoque (16). Au sein du PIC 65, au moins 15 patients ont pu bénéficier de la vaccination antipneumococcique ce qui fait au total un taux de vaccination de 42% en fin de parcours.

#### ➤ Suivi du Patient

Un parcours de soins est la traduction d'une prise en charge globale du patient qui nécessite l'implication de celui-ci mais aussi l'intervention coordonnée des différents acteurs de santé. Du médecin spécialiste hospitalier au professionnel de santé paramédical en ambulatoire, chaque intervenant a son rôle dans la prise en charge patient et la mise en commun de ces compétences fait la force du travail en pluriprofessionnalité. Le médecin généraliste est au centre de l'exercice coordonné. Il connaît l'histoire du patient, son environnement social, culturel et familial et veille au respect de l'application des protocoles de soins. En tant que médecin de premier recours, il joue un rôle déterminant dans le suivi et l'éducation du patient (20). Lors du suivi ambulatoire, d'autres acteurs du soin primaire ont un rôle déterminant dans

la prise en charge, notamment l'IDE et le pharmacien. L'IDE à domicile relève des informations pertinentes sur les conditions de vie du patient ainsi que son entourage, s'assure de l'administration des traitements, l'informe et l'éduque. Le pharmacien a un regard objectif sur l'observance du patient, régule l'automédication et délivre des conseils hygiéno-diététiques (21).

Plusieurs études ont relevé des carences dans le suivi des patients IC. La moitié des patients IC stables n'ont qu'une seule consultation avec le cardiologue dans l'année suivant une hospitalisation et le recours au médecin généraliste semble insuffisant (8). Selon l'HAS, en fonction des comorbidités du patients et de la classification NYHA le schéma de consultation varie d'au moins 2 à 12 consultations pour le médecin généraliste et de 1 fois à 4 voire 12 fois par an pour les patients les plus sévères pour le cardiologue (21). Au sein de la CPTS Tarbes-Adour en 2022, dans les 14 jours suivant une hospitalisation, seulement 47% des patients ont vu leur médecin traitant et 58,5% un IDEL.

Le PIC 65 propose un suivi théorique au moins mensuel sur les 3 premiers mois dont 2 rendez-vous avec un cardiologue pour tous les patients (annexe 1).

Au cours de notre étude, devant un faible taux de réponse de la part des médecins généralistes, il est difficile d'analyser le taux de recours à cette spécialité. Néanmoins, parmi les réponses reçues, il semblerait que les patients consultent leur médecin généraliste dans la semaine suivant une hospitalisation puis environ tous les 3 mois dans un but de renouvellement d'ordonnance.

Nous pouvons affirmer que 100% des patients ont été évalué lors de l'hospitalisation de jour à 1 mois donc 100% des patients ont été vus par un cardiologue. Ensuite, lors du 3<sup>e</sup> mois, 6<sup>e</sup> mois et 12<sup>e</sup> mois, au moins 75% des patients ont été évalués par un médecin ou IPA ; dont les deux tiers par un cardiologue.

Afin d'améliorer le suivi patient et les coordinations des soignants, le programme d'aide au retour à domicile a été créé « PRADO IC ». Un conseiller de l'assurance maladie organise les premiers rendez-vous avec un infirmier libéral et le médecin traitant avant le 7<sup>e</sup> jour après la sortie d'hospitalisation. Ensuite le service prévoit un passage hebdomadaire pendant 2 mois de l'infirmier ; une visite longue dans les 2 mois avec le médecin généraliste et une consultation avec le cardiologue dans le 2<sup>e</sup> mois (22).

Dans notre étude, on observe 26% de patients inclus PRADO IC. Nous n'avons pas suffisamment de retour des médecins généralistes pour analyser ce programme. Il aurait été intéressant d'interroger les IDE libéraux afin de compléter nos données.

Une consultation de suivi s'assure de l'implication du patient dans sa prise en charge, comporte un examen clinique et un examen biologique (21). Au cours de cette année de suivi, pour chaque consultation recueillie, tous les patients ont été examinés. Environ 5 à 10% d'entre eux présentaient des signes cliniques en faveur d'une décompensation cardiaque. La surveillance du poids fait partie des réflexes à avoir pour un patient insuffisant cardiaque. Lors des consultations, sous réserve d'un dossier médical incomplet, le poids n'a été relevé que dans moins de 50% dans cas. Il en est de même pour les prescriptions de biologie. Ces résultats pourraient être expliqués par un défaut de matériel, une omission dans les comptes rendus ou

un manque de réflexe dans la prise des constantes. Faire déshabiller un patient âgé pour le peser peut parfois être une mission chronophage.

Quant aux dosages de NTproBNP ou BNP, quasi systématiquement prescrit dans les biologies, il est recommandé en cas de diagnostic initial, de décompensation aiguë ou de dyspnée pour en différencier l'étiologie d'orientation cardiaque ou pulmonaire (23). Dans le cas de cette patientèle âgée et polypathologique, les symptômes sont parfois généraux, atypiques, difficilement interprétables et le diagnostic d'insuffisance cardiaque peut être plus difficile. Sa prise en charge et son suivi s'accompagnent d'une approche gériatrique globale (24). L'organisation de l'hospitalisation de jour tôt dans le parcours a permis à quelques patients d'en bénéficier.

Un des meilleurs moyens de prise en charge la plus précoce possible d'une décompensation cardiaque est l'identification par le patient lui-même (25). Pour cela, le patient doit savoir reconnaître les signes d'alerte. Les programmes d'éducation thérapeutique (ETP) ont pour but d'éduquer le patient sur sa santé, sa pathologie, ses traitements et connaître les signes d'alerte (26). D'après l'étude OFICSel, 22% des patients bénéficient d'un programme d'ETP (1). Dans notre étude, 38% des patients ont pu en bénéficier. Peu d'études de bonne qualité méthodologique existent pour mettre en avant une preuve d'efficacité de ces méthodes éducatives. Cependant, il semble évident que les programmes d'ETP favorisent l'implication du patient dans sa prise en charge (27).

La réadaptation cardiaque a montré son efficacité dans la diminution du taux de réhospitalisation (28). En France, seulement 10% des patients participent à ce programme (1). Dans notre étude, 26% des patients ont pu y participer. Pour rappel, un des objectifs du PIC 65 est d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs aidants. Bien que n'ayant pas montré de diminution du risque de mortalité, une étude a mis en avant une amélioration de la qualité de vie des patients (28) évaluée par le Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) (29).

Les difficultés d'organisation et de participation à ces programmes sont dans la disponibilité des structures spécialisées ainsi que l'accessibilité et proximité du lieu de vie du patient. Ces taux de participation au programme d'ETP et de réadaptation cardiaque dans le PIC 65 au sein du territoire de la CPTS Tarbes-Adour pourraient s'expliquer par la mise en commun des équipes professionnelles des différentes structures et d'un réel partage de compétence.

### ➤ Hospitalisations

L'insuffisance cardiaque est la première cause d'hospitalisation potentielle évitable. Selon l'ESC, un patient nouvellement diagnostiqué insuffisant cardiaque est hospitalisé en moyenne une fois par an (4). Dans le territoire de la CPTS Tarbes-Adour, le taux de réhospitalisation pour motif IC est de 20,7% à 6 mois en 2022. Notre étude relève un taux de réhospitalisation de 14% à 6 mois et de 22% à 1 an. Le principal mode d'entrée d'hospitalisation est le passage aux urgences. Ce comportement est similaire au niveau national comme mis en évidence par l'étude IC-PS2 et confirmé par le résultat de l'OFICA (Observatoire Français de l'Insuffisance Cardiaque Aigüe) (30). Il serait lié entre autres à un défaut de connaissance des signes d'alerte du patient. Dans notre étude, le taux de réhospitalisation à 6 mois inférieur à celui de 2022 de

la CPTS Tarbes-Adour pourrait être corrélé à un meilleur suivi éducatif du patient lié à une plus grande participation au programme d'ETP.

La prise en charge des facteurs de risque de décompensation cardiaque est primordiale, dont la carence martiale. Principalement dépisté lors de l'hospitalisation de jour, les patients insuffisants cardiaques à FE altérée ont pu bénéficier d'une hospitalisation programmée pour une supplémentation intraveineuse de fer, témoin d'un travail pluriprofessionnel et d'une optimisation du temps d'hospitalisation.

#### ➤ Titration des traitements

Les traitements médicamenteux pour les patients IC à FE altérée ont démontré une efficacité sur la morbi-mortalité et les recommandations sont clairement établies. En 2018, une étude s'est basée sur le registre OFICA pour suivre la gestion des traitements lors d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque et dans les suites de celle-ci (31). A 3 mois, 40% des patients n'avaient pas d'association d'IEC (ou ARA2) avec un  $\beta$ -bloquant et 75% n'étaient pas traités par antagoniste de l'aldostérone. Les traitements sont optimisés pendant l'hospitalisation mais la titration ne se poursuit pas en dehors.

Dans notre étude, les taux de prescription d'iSGLT2, d'IEC/ARA2 ou ARNi et de  $\beta$ -bloquant vont de 70 à plus de 80% des patients tandis que les antagonistes de l'aldostérone sont prescrits dans environ 50% des cas. Ces taux sont globalement stables lors du rendez-vous de l'hospitalisation de jour à 1 mois jusqu'au rendez-vous à 12 mois du séjour index. Cependant, si nous nous intéressons aux patients à ICFer, 100% des patients sont traités par un  $\beta$ -bloquant, mais seuls 50% des patients reçoivent au moins 75% de la dose cible à 12 mois. Plus de 80% des patients ont une quadrithérapie : concernant les antagonistes de l'aldostérone les deux tiers des patients traités ont au moins 50% de la dose cible; concernant les ARNi, plus de la moitié des patients traités ont moins de la dose initiale théorique; concernant le Ramipril 80% des patients traités sont au moins à dose initiale à 12 mois (4). Les résultats centrés sur les patients à ICFer sont illustrés en annexe 5.

Ces résultats sont satisfaisants pour les patients à ICFer néanmoins, les posologies ne sont pas optimales selon les recommandations de l'ESC. Une des explications serait liée aux caractéristiques de notre population : une population âgée et polypathologique. Dans cette situation, la crainte de l'effet secondaire et de la gestion de celui-ci est un frein à l'optimisation des traitements. Lors d'une hospitalisation, le patient est surveillé jour et nuit. En ambulatoire, la crainte d'une chute d'un patient isolé dans un contexte d'hypotension orthostatique et les conséquences sévères qui peuvent en suivre font hésiter la majoration de certaines posologies. Par ailleurs, les insuffisances d'organes limitent la majoration de certains traitements. Il est également possible qu'un manque de formation des médecins généralistes à la gestion des traitements de l'insuffisance cardiaque influe sur leur titration (32).

## **2. Perspectives**

Notre travail est une première étape initiée dès l'instauration de ce parcours de soins.

La communication interprofessionnelle est primordiale dans l'exercice coordonné et d'autant plus dans la pratique multi-sites. Il paraît nécessaire d'améliorer ce déterminant et d'informer les professionnels qui ont besoin de comprendre comment leur travail contribue à atteindre ces objectifs et leur interdépendance aux autres professionnels.

Favoriser l'implication du patient dans sa prise en charge fait partie de la réussite d'un parcours de soins. L'éducation thérapeutique est un moyen de l'aider dans sa prise en charge mais aussi de soulager les structures de santé. L'ETP doit se moderniser et aider le patient à définir des objectifs de Savoir, Savoir Être et Savoir Faire puis les travailler à l'aide d'un support méthodologique adapté.

Au vu de notre étude, le maintien de l'autonomie et l'indépendance semble être un axe de travail à privilégier. Dans le cadre de cette patientèle âgée et polyopathologique vivant majoritairement à domicile, il pourrait être nécessaire d'introduire systématiquement une évaluation gériatrique. De même pour une évaluation sociale, la présence d'un assistant social serait bénéfique pour le maintien à domicile mais aussi le soutien des aidants.

A ce jour, l'équipe du PIC 65 travaille sur l'efficacité du rendez-vous de l'hospitalisation de jour avec la réalisation d'un diagnostic environnemental patient : au maximum réalisé lors de l'hospitalisation initiale à l'hôpital et à l'aide d'une fiche de préparation remise en sortie d'hospitalisation pour les patients suivis à la clinique (annexe 6). La première étape du programme ICOPE a été incluse lors de l'HDJ. De plus, davantage de patients sont inscrits dans le PRADO IC et la clinique Ormeau travaille sur le développement de la télésurveillance. L'équipe de cardiologie de l'hôpital a rédigé un document d'aide à la titration des « 4 fantastiques ». Devant l'échec de l'utilisation du logiciel SPICO et afin de favoriser la coordination et le partage d'informations entre structure et ambulatoire, l'équipe travaille sur un carnet de liaison remis au patient et s'appuie sur le développement du dossier médical partagé.

## **3. Forces, limites et biais de l'étude**

Notre étude s'est intéressée à une initiative locale répondant à un besoin du territoire. Il s'agit de la première enquête qui s'intéresse au suivi du patient insuffisant cardiaque inclus dans ce parcours de soins PIC 65.

Ce travail a permis de suivre l'évolution des patients pendant 1 an au sein d'une prise en charge pluriprofessionnelle et notamment avec un « rendez-vous carrefour » lors de l'hospitalisation de jour. Il a également permis de mettre en avant un taux de réhospitalisation non négligeable et de suivre la titration des traitements de l'insuffisance cardiaque.

Une des forces de cette étude est d'avoir pu regrouper les informations patients suivis en structure et en cabinet de ville afin d'établir un portrait précis du suivi : analyse des données

secondaires au sein des structures de soins mais aussi questionnaire standardisé auprès des médecins généralistes.

Néanmoins, nous avons un faible taux de réponse de ces derniers probablement par manque de temps, méconnaissance de l'existence du parcours de soins voire aussi par méfiance des nouvelles structures type CPTS. Concernant le premier point, en témoignent les attitudes de méfiance de la part de nombreux secrétariats lors du premier contact téléphonique : discours décourageant, refus de partager une adresse courriel, appels sans suite. Une incompréhension de la démarche semble être à l'origine de ce comportement.

L'échantillon total de cette étude est en nombre suffisant, rapporté à la population source (prévalence des patients IC du territoire de la CPTS Tarbes-Adour). Cependant il existe un biais de sélection puisqu'il s'agit d'un échantillon non probabiliste de convenance et par quota avec les 25 premiers patients inclus suivis à l'hôpital et les autres 25 premiers inclus suivis à la clinique.

Comme dans toute recherche rétrospective, il peut exister un biais d'information : des dossiers médicaux incomplets, des renseignements erronés.

Par ailleurs, toutes les valeurs manquantes ont été notifiées mais non prises en compte impliquant une taille d'échantillon variable d'un temps donné à un autre.

Notre travail doit être poursuivi avec un effectif plus important et l'appui d'un logiciel d'aide à la coordination.

## VI. Conclusion

L'insuffisance cardiaque chronique est une maladie grave, fréquente et constitue un problème de santé publique majeur : mortalité élevée, qualité de vie dégradée, source d'épuisement des aidants. Elle est responsable d'hospitalisations itératives et potentiellement évitables.

La CPTS Tarbes-Adour place le patient au cœur d'une prise en charge pluriprofessionnelle. Prise en charge qui tend à être globale pour répondre à cette problématique.

Le parcours de soins PIC 65 propose de renforcer le suivi lors de la période la plus vulnérable du patient avec un suivi mensuel au cours du premier trimestre puis une consultation à 6 mois et 1 an avec le cardiologue ou l'IPA, associé à la télésurveillance.

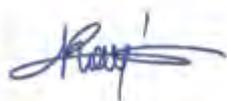
Le suivi ambulatoire avec le médecin généraliste et l'IDEL est programmé avec l'appui du PRADO IC. L'évaluation lors d'une hospitalisation de jour à 1 mois de suivi constitue un rendez-vous incontournable dans cette prise en charge. Ce lieu de croisement pluriprofessionnel assure une réévaluation des fonctions cardiaques, propose une orientation vers les programmes d'ETP, de réadaptation cardiaque et également un recours aux soins secondaires selon les besoins. Le patient est impliqué dans sa prise en charge avec un suivi éducatif régulier.

Notre étude nous a permis de constater que nous faisons face à une population âgée. Une évaluation gérontologique et un accompagnement social apparaissent indispensables.

Les médecins généralistes semblent peu informés sur l'existence du PIC 65 et son intérêt. Le travail en pluriprofessionnalité est complexe, nécessite de la coordination et de la communication. Ces notions clés requièrent de l'organisation et l'implication de chacun. Afin de proposer une prise en charge globale, il est nécessaire d'informer et de former l'ensemble des acteurs de santé, ambulatoire ou hospitalier, dès le déclenchement de ces parcours de soins.

Toulouse, le 21 mai 2024

Lu et Approuvé  
Toulouse le 19/05/2024  
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Vu, permis d'imprimer,  
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation, le Doyen-Directeur du Département de  
Médecine, Maïeutique, Paramédical  
Professeur Thomas GEERAERTS



## Bibliographie :

1. [En ligne]. SFC - GICC. Plaidoyer pour une prise en charge de l'insuffisance cardiaque et des cardiomyopathies; 2020.
2. [En ligne]. Santé Publique France. Insuffisance cardiaque; 2019.
3. [En ligne]. GICC. La Société française de cardiologie appelle à la création d'une filière de soins dédiée à l'insuffisance cardiaque; sept 2021.
4. [En ligne]. European Society of Cardiology. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure; 2021.
5. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 1 oct 2023
6. [En ligne]. Société Française de Cardiologie. L'assurance maladie souhaite renforcer le parcours de soins de l'insuffisance cardiaque en 2023; 2022.
7. [En ligne]. DREES. Les hospitalisations potentiellement évitables touchent davantage les ouvriers et les agriculteurs | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2023.
8. [En ligne]. Société Française de Cardiologie. La lutte contre les réhospitalisations, priorité pour améliorer la pertinence du parcours insuffisance cardiaque (Cnam); 2019.
9. Société Française de Cardiologie C national des cardiologues des hopitaux. L'avenir de la cardiologie hospitalière. 2022.
10. [En ligne]. Assurance Maladie. Insuffisance cardiaque : diagnostic et surveillance; 2023.
11. [En ligne]. Assurance Maladie. Prado, le service de retour à domicile; 2023.
12. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [En ligne]. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS); 26 mars 2024.
13. [En ligne]. Agence Régionale de Santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé; 21 févr 2024.
14. [En ligne]. La CPTS Tarbes-Adour; 2019. Disponible: <https://www.cptstarbesadour.org>
15. [En ligne]. Assurance Maladie. Carte de prévalence de la prise en charge pour une insuffisance cardiaque chronique | L'Assurance Maladie; 12 juill 2023.
16. CPAM Hautes Pyrénées. PARCOURS DE SOINS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE - SUIVI TERRITORIAL CPTS TARBES ADOUR. 2022.
17. P. Jourdain, S. YounSi,, F. Funck. Prise en charge de l'insuffisance cardiaque du patient âgé : de la phase aiguë à la phase chronique. 2011.

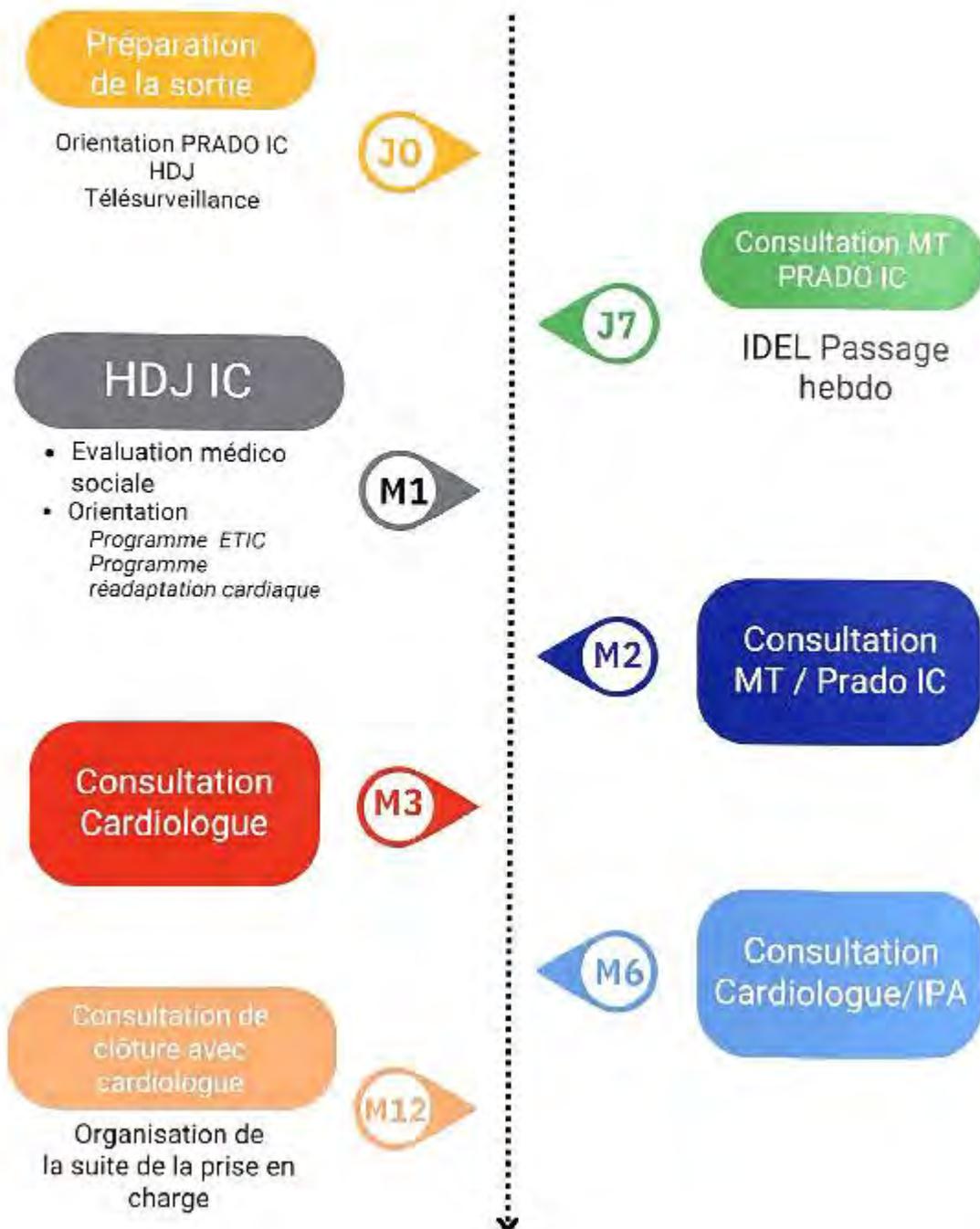
18. [En ligne]. SFC - GICC. Le Livre Blanc de l'Insuffisance Cardiaque (SFC–GICC) enfin dévoilé : « Ensemble, relevons le défi de l'insuffisance cardiaque ! »; 2020.
19. Haute Autorité de Santé. Stratégie de vaccination contre les infections à pneumocoque. 2023.
20. Agence Régionale de Santé. Lexique des parcours de A à Z. 2016.
21. [En ligne]. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins insuffisance cardiaque; 2014.
22. Abassade P. Le programme PRADO–IC, programme d'aide au retour à domicile des patients insuffisants cardiaques : description, évaluation, perspectives. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. 1 nov 2023
23. Kossi Trongbédji VIAGBO. Dépistage et diagnostic de l'insuffisance cardiaque chronique du sujet âgé de 75 ans et plus en médecine générale : revue systématique de la littérature, en ligne]. 2017.
24. Société française de cardiologie, Société française de gériatrie, et de gériatrie. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé. 2004.
25. Mr Adrien CHATAIGNAULT. Dépistage précoce d'une décompensation cardiaque chez des insuffisants cardiaques connus en ambulatoire : quels moyens à disposition ? 2015.
26. Jourdain P, Juillière Y, Steering and Working Group Committee Members of the French Task Force on Therapeutic Education in Heart Failure. Therapeutic education in patients with chronic heart failure: proposal for a multiprofessional structured programme, by a French Task Force under the auspices of the French Society of Cardiology. Arch Cardiovasc Dis. mars 2011
27. Haute Autorité de Santé. ETP : Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. 2018.
28. Taylor RS, Long L, Mordi IR, Madsen MT, Davies EJ, Dalal H, et al. Exercise-Based Rehabilitation for Heart Failure: Cochrane Systematic Review, Meta-Analysis, and Trial Sequential Analysis. JACC: Heart Failure. 1 août 2019
29. [En ligne]. Dr. Thomas Rector & Dr. Jay Cohn. Minnesota LIVING WITH HEART FAILURE® Questionnaire (MLHFQ) available from Technology Commercialization.
30. Logeart D, Isnard R, Resche-Rigon M, Seronde M, De Groot P, Jondeau G, et al. Current aspects of the spectrum of acute heart failure syndromes in a real-life setting: the OFICA study. European J of Heart Fail. avr 2013
31. Berthelot E, Eicher JC, M S, Seronde MF, Groot de, Jondeau G, et al. Medical Inertia in the Optimization of Heart Failure Treatment after Discharge and its Relationship to Outcome. Health Care : Current Reviews. 1 janv 2018;

32. [En ligne]. Société Française de Cardiologie, Docteur Pierre Sabouret. Optimiser le traitement pour les patients insuffisants cardiaques ?; 2020.

## Annexes :

- **Annexe 1.** Les étapes du parcours PIC 65

# Déroulé du parcours



- **Annexe 2.** Campagne de sensibilisation EPOF et EPON



**INSUFFISANCE CARDIAQUE**

**4** SIGNES A SURVEILLER  
**4** PRINCIPES À RESPECTER

**ENSEMBLE,  
SAUVONS DES VIES !!**

**EPOF**

**E**SSOUFFLEMENT  
**P**RISE DE POIDS  
**E**DÈMES  
**F**ATIGUE

**EPON**

**E**XERCICES PHYSIQUES  
**P**RENDRE SON POIDS  
**O**BSERVANCE DES TRAITEMENTS  
**N**E PAS TROP SALER

- **Annexe 3.** Questionnaire destiné aux médecins traitants

**Thèse de médecine générale**

**Mise en place d'un parcours de soin pour le patient insuffisant cardiaque dans la CPTS  
Tarbes-Adour :**

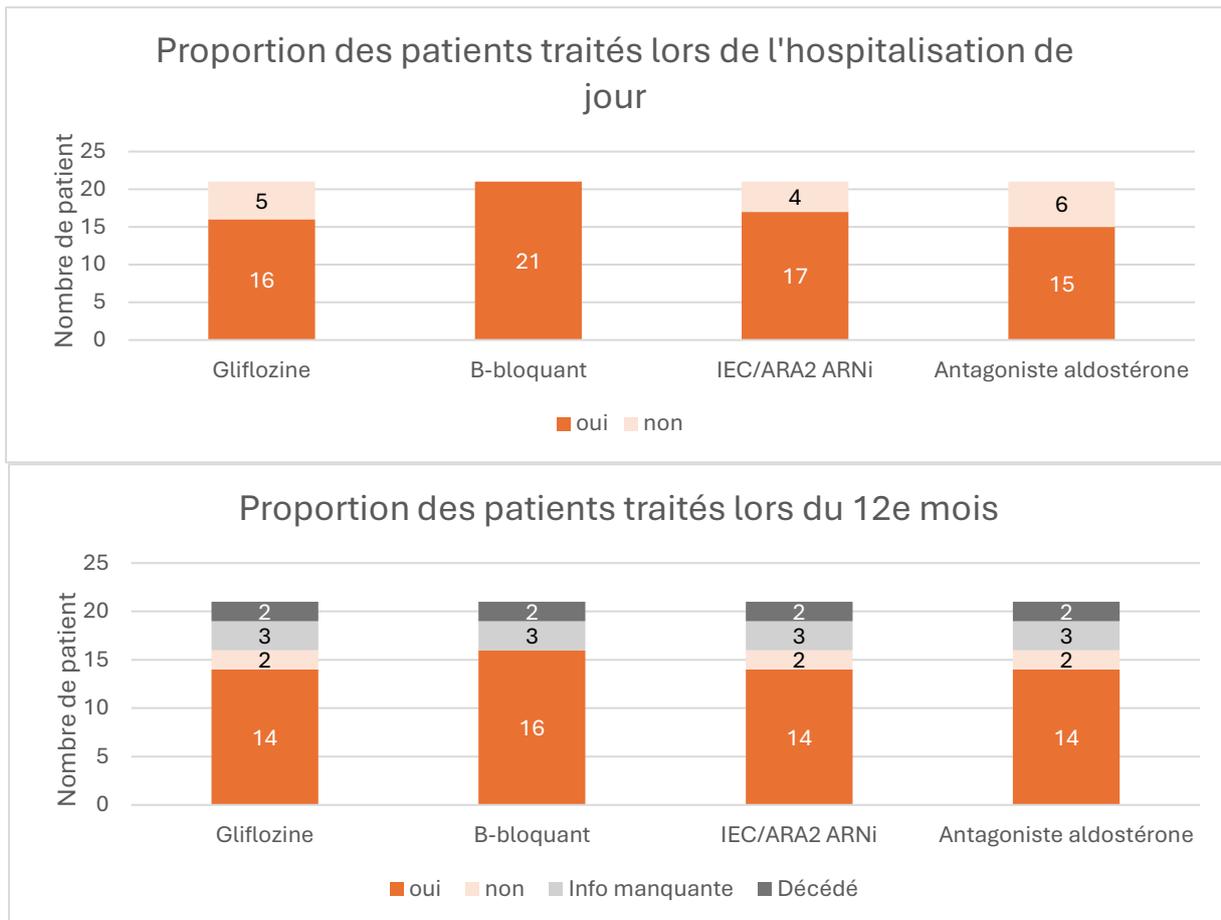
**Étude descriptive des 50 premiers patients**

- 1/ Connaissez-vous ce parcours de soin ?    oui / non
- 2/ Votre patient est-il vacciné contre le pneumocoque ?    oui / non / ne sais pas
- 3/ Votre patient est-il vacciné contre la grippe ?    oui / non / ne sais pas
- 4/ Depuis novembre 2022, est-ce que votre patient vous a consulté pour un renouvellement d'ordonnance et / ou pour décompensation cardiaque ?
- Si oui :
    - o Date et motif de consultation :
    - o Signe clinique d'insuffisance cardiaque :    oui / non
    - o Poids du patient :
    - o Prescription d'une biologie    oui / non
    - o Dont dosage du NTproBNP    oui / non
    - o Renouvellement ou modification d'ordonnance
      - si modification, lesquelles ?
  
    - o Date et motif de consultation :
    - o Signe clinique d'insuffisance cardiaque :    oui / non
    - o Poids du patient :
    - o Prescription d'une biologie    oui / non
    - o Dont dosage du NTproBNP    oui / non
    - o Renouvellement ou modification d'ordonnance
      - si modification, lesquelles ?
  
    - o Date et motif de consultation :
    - o Signe clinique d'insuffisance cardiaque :    oui / non
    - o Poids du patient :
    - o Prescription d'une biologie    oui / non
    - o Dont dosage du NTproBNP    oui / non
    - o Renouvellement ou modification d'ordonnance
      - si modification, lesquelles ?
  
    - o Date et motif de consultation :
    - o Signe clinique d'insuffisance cardiaque :    oui / non
    - o Poids du patient :
    - o Prescription d'une biologie    oui / non
    - o Dont dosage du NTproBNP    oui / non
    - o Renouvellement ou modification d'ordonnance
      - si modification, lesquelles ?

- Annexe 4. Tableau de recueil des données du PIC 65.

Caractéristiques du patient avant parcours						
Sexe	Age	Profession	Lieu de vie	IMC		
F	73	retraité	appartement	32		
ETIOLOGIE / COMORBIDITE						
FEVG	Isc. Myocardique	Valvulopathie	Tb du rythme	HTA	IC Génétique	IC Toxique
50%	o	o	x	o	x	x
Insuffisancerénale	Carencemartiale	Anémie	Tb cognitif	BPCO	EP	Diabète
x	x	x	x	x	x	x
VACCINATION						
grippe	pneumocoque	COVID				
x	x	o				
Parcours IC 65						
structure	entrée parcours:		télesurveillance			
clinique	hospitalisation	SPICO	x			
J7						
MT / PRADO	prise de poids	bio	NTproBNP	s. clinique	titration	
MT	x	x		asthénie	x	
M1 = HDJ						
s.clinique	Biologie	NTproBNP	bilan kiné	diet	EE/test 6min	
asthénie	o		o	o	EE	
ETT	ETP	réadaptation♥	psychologue	AS	autre ?	Titration
x	proposé	x	souhaite	x	B dentaire	o
M2						
MT / PRADO ?	prise de poids	bio	NTproBNP	s. clinique	titration	
MT	x	x		OMI	o	
M3						
Cardiologue / IPA	prise de poids	bio	NTproBNP	s. clinique	titration	
IPA	o	o		x	o	
M6						
Cardiologue / IPA	prise de poids	bio	NTproBNP	s. clinique	titration	
Cardiologue	o	o		x	o	
M12						
Cardiologue	prise de poids	bio	NTproBNP	s. clinique	titration	
Cardiologue	o	o		x	max	
Hospitalisation						
quand	comment	motif				
/						
Cs MG en rapport avec IC						
combien	quand	signe clinique	poids	Bio	NTproBNP	traitement
Décès						
quand	motif					

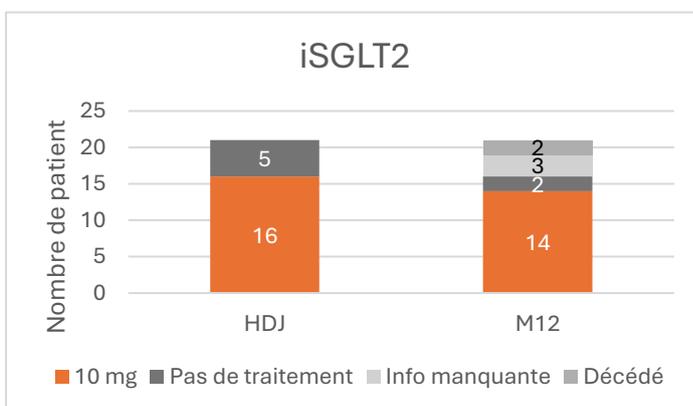
- **Annexe 5. Résultats des traitements médicamenteux centrés sur les patients ICFEr**



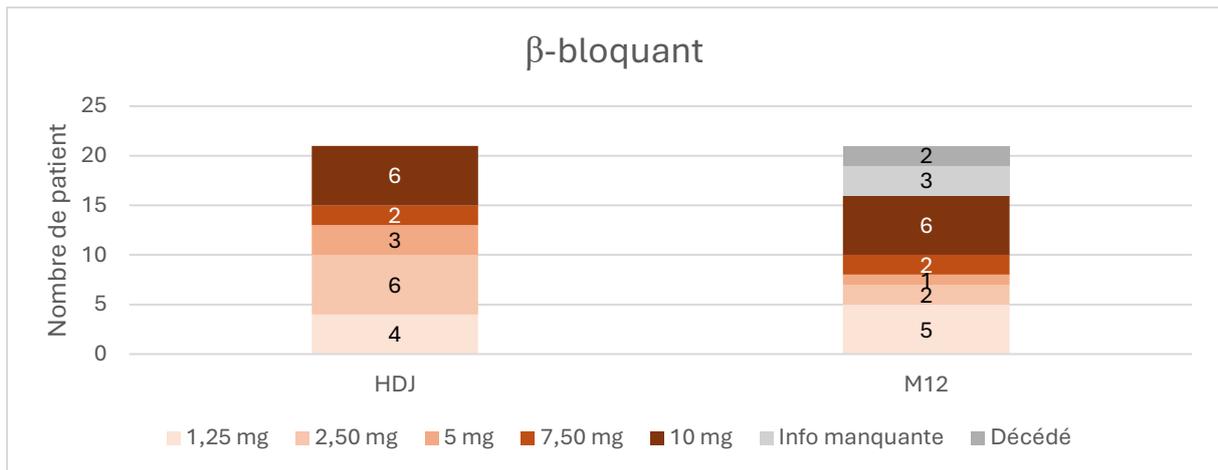
**Figure 28.** Nombre de patients traités par les classes thérapeutiques recommandés lors de l'HDJ et à 12 mois du séjour index.

Dans notre cohorte, 21 patients sont atteints d'une ICFEr. Parmi eux, lors de l'HDJ à 1 mois post hospitalisation, 100% des patients sont traités par un bêta-bloquant et environ 75% des patients ont une quadrithérapie.

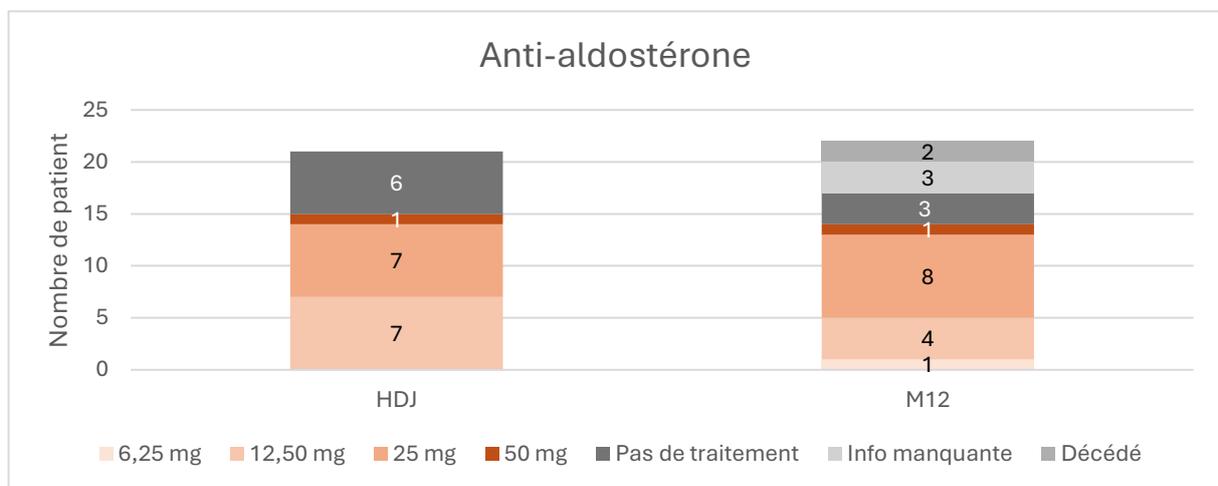
A 1 an du suivi, à noter 2 décès et 3 patients perdus de vue, tous les autres patients ont un traitement par  $\beta$ -bloquant et parmi les informations que nous avons recueillies, plus de 85% des patients ont une quadrithérapie.



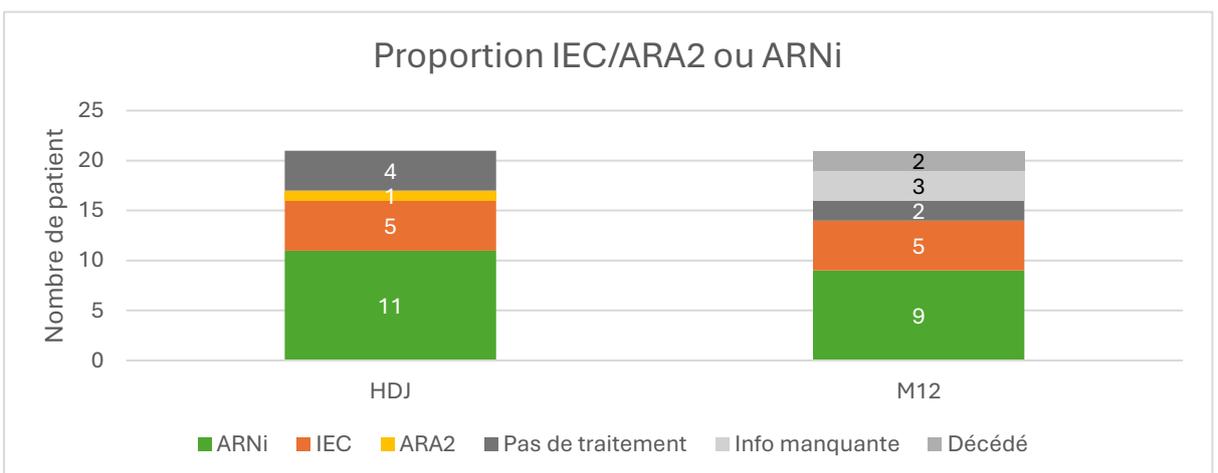
**Figure 29.** Proportion des patients ICFEr traités par iSGLT2 lors de l'HDJ et à 12 mois du séjour index.



**Figure 29.** Proportion des patients ICFEr traités par  $\beta$ -bloquant lors de l'HDJ et à 12 mois du séjour index.

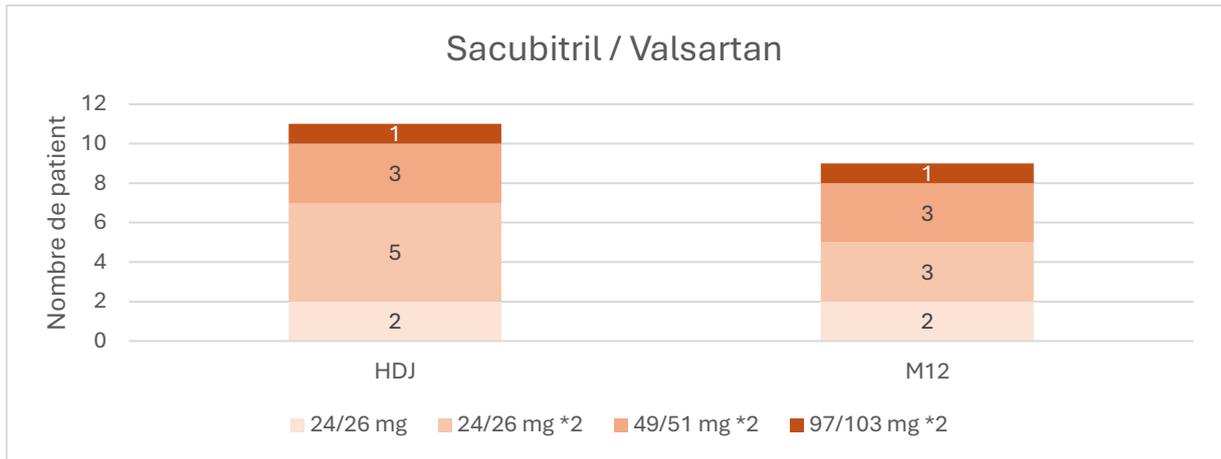


**Figure 30.** Proportion des patients ICFEr traités par antagoniste de l'aldostérone lors de l'HDJ et à 12 mois du séjour index

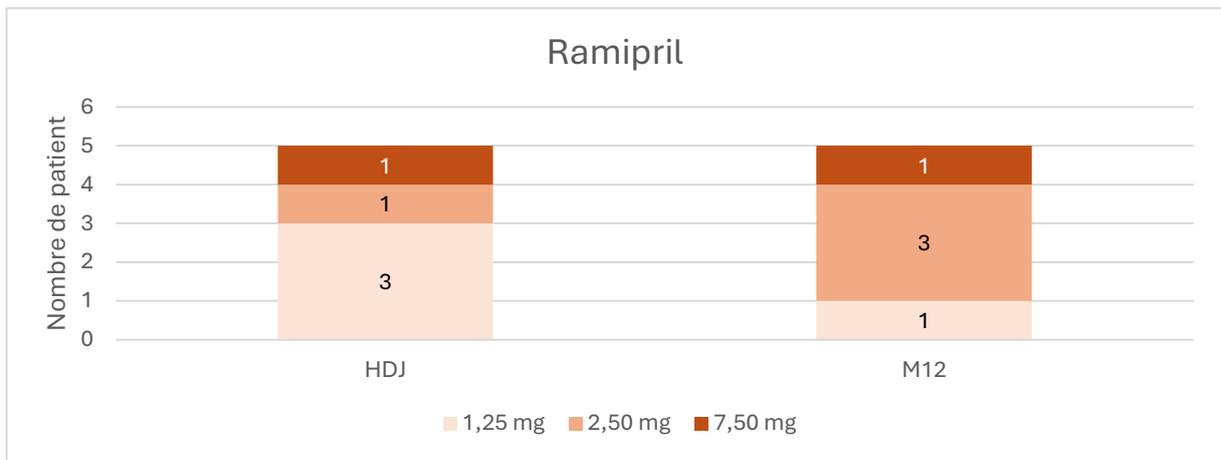


**Figure 31.** Proportion des patients ICFEr traités par IEC/ARA2 ou ARNi lors de l'HDJ et à 12 mois du séjour index

Un patient est traité par Valsartan 160mg lors de l'hospitalisation de jour. Aucun patient est traité par un ARA2 lors du 12<sup>e</sup> mois.



**Figure 32.** Proportion des patients ICFEr traités par ARNi lors de l’HDJ et à 12 mois du séjour index



**Figure 33.** Proportion des patients ICFEr traités par Ramipril lors de l’HDJ et à 12 mois du séjour index

- **Annexe 6.** Fiche de préparation HDJ IC

FICHE DE PRÉPARATION HDJ IC

Date HDJ IC :

Fiche remplie le :

Par :

<p><b>PATIENT</b>    <input type="checkbox"/> Mme    <input type="checkbox"/> M.</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Né(e) le :</p> <p>Tel :</p> <p>Adresse :</p> <p>Dates et lieu d'hospitalisation pour décompensation cardiaque :</p> <p><input type="checkbox"/> Cause :</p> <p><input type="checkbox"/> % FEVG :</p> <p><input type="checkbox"/> NYHA :</p>	<p><b>Requérant :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Clinique Ormeau</p> <p><input type="checkbox"/> CH</p> <p><input type="checkbox"/> MI</p> <p><b>Médecin traitant</b></p> <p>Nom</p> <p>Adresse</p> <p>Tel</p> <p>Le médecin est informé du rdv en HDJ IC et de l'inclusion dans le PIC 65.    Oui    Non</p> <p>IDEL</p> <p>PHARMACIE</p>												
<p><b>Aidant/ entourage :</b></p> <p>Nom/ Prénom :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Lien de parenté :</p> <p>Représentant légal : oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Partage d'information</th> <th style="text-align: center;">Oui</th> <th style="text-align: center;">Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>La personne est informée de son inclusion dans le PIC 65</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>La personne consent au partage de l'information</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autorisation de consultation et de complétude du DMP</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Partage d'information	Oui	Non	La personne est informée de son inclusion dans le PIC 65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La personne consent au partage de l'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorisation de consultation et de complétude du DMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partage d'information	Oui	Non											
La personne est informée de son inclusion dans le PIC 65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
La personne consent au partage de l'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Autorisation de consultation et de complétude du DMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<b>Recueil d'informations</b>													
<p><b>Suivi mis en place</b></p> <p><input type="checkbox"/> PRADO</p> <p><input type="checkbox"/> Télésurveillance</p> <p><input type="checkbox"/> IDEL</p> <p><input type="checkbox"/> Kinésithérapeute</p> <p><input type="checkbox"/> Auxiliaires de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Téléalarme</p>	<p><b>Constantes</b></p> <p><input type="checkbox"/> TA assis et debout</p> <p><input type="checkbox"/> Pcuis</p> <p><input type="checkbox"/> Saturation</p> <p><input type="checkbox"/> Poids</p> <p><input type="checkbox"/> Taille</p> <p><input type="checkbox"/> IMC</p>												

## Annexe 6. Fiche de préparation HDJ IC (suite)

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Portage repas</li> <li><input type="checkbox"/> Autres</li> </ul> <p><b>Outils à domicile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Balance à domicile adaptée ?</li> <li><input type="checkbox"/> Fiche suivie du poids ?</li> <li><input type="checkbox"/> Tensiomètre</li> </ul> <p><b>Bilan éducatif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Connaissance maladie</li> <li><input type="checkbox"/> Connaissance des traitements</li> <li><input type="checkbox"/> Observance médicamenteuse</li> </ul> <p><b>Connaissance EPOF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Essoufflement</li> <li><input type="checkbox"/> Poids</li> <li><input type="checkbox"/> Œdèmes</li> <li><input type="checkbox"/> Fatigue</li> </ul> <p><b>Modification traitement depuis la sortie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> .</li> <li><input type="checkbox"/> .</li> <li><input type="checkbox"/> .</li> </ul> <p><b>RDV PRÉVUS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o HDJ IC :</li> <li>o MG :</li> <li>o Cardiologue :</li> <li>o Autres :</li> </ul> <p><b>CONCLUSION</b></p>	<p><b>Vaccinations</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Covid</td> <td>Faite</td> <td>Refusée</td> <td>À prévoir</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grippe</td> <td>Faite</td> <td>Refusée</td> <td>À prévoir</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pneumocoque</td> <td>Faite</td> <td>Refusée</td> <td>À prévoir</td> </tr> </table> <p><b>Autonomie fonctionnelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Difficulté/incapacité actes essentiels</li> <li><input type="checkbox"/> Acte de la vie quotidienne</li> <li><input type="checkbox"/> Problématique de Mobilité</li> <li><input type="checkbox"/> Risque de chute</li> </ul> <p><b>Aspect environnemental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cadre de vie précaire</li> <li><input type="checkbox"/> Habitat inadapté/insalubre</li> <li><input type="checkbox"/> Isolement géographique</li> <li><input type="checkbox"/> Absence de soignants</li> <li><input type="checkbox"/> Absence d'intervenant</li> </ul> <p><b>Aspects familiaux et sociaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Absence ou difficulté des aidants</li> <li><input type="checkbox"/> Refus d'aide ou de soins</li> <li><input type="checkbox"/> Conflits familiaux</li> </ul> <p><b>Aspects économiques, administratifs et ou financiers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Précarité financière</li> <li><input type="checkbox"/> Accès aux droits sociaux</li> </ul> <p><b>Coordination</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Livret patient PIC 65 remis ?</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dossier Inzeecare ouvert ?</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mon espace santé ouvert ?</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> </table> <p><b>Interventions à prévoir en HDJ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Évaluation cognitive</li> <li><input type="checkbox"/> Diététicien(ne)</li> <li><input type="checkbox"/> Assistant(e) social(e)</li> <li><input type="checkbox"/> Examens à programmer (préciser)</li> </ul> <p><b>ICOPE</b></p>	<input type="checkbox"/> Covid	Faite	Refusée	À prévoir	<input type="checkbox"/> Grippe	Faite	Refusée	À prévoir	<input type="checkbox"/> Pneumocoque	Faite	Refusée	À prévoir	<input type="checkbox"/> Livret patient PIC 65 remis ?	Oui	Non	<input type="checkbox"/> Dossier Inzeecare ouvert ?	Oui	Non	<input type="checkbox"/> Mon espace santé ouvert ?	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Covid	Faite	Refusée	À prévoir																			
<input type="checkbox"/> Grippe	Faite	Refusée	À prévoir																			
<input type="checkbox"/> Pneumocoque	Faite	Refusée	À prévoir																			
<input type="checkbox"/> Livret patient PIC 65 remis ?	Oui	Non																				
<input type="checkbox"/> Dossier Inzeecare ouvert ?	Oui	Non																				
<input type="checkbox"/> Mon espace santé ouvert ?	Oui	Non																				

**AUTEUR** : Hélène TARTAS

**TITRE** : MISE EN PLACE D'UN PARCOURS DE SOINS POUR LE PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE PAR LA CPTS

TARBES-ADOUR : Etude descriptive des 50 premiers patients

**DIRECTEUR DE THÈSE** : Professeur Pierre MESTHE, Docteur Marc LABRUNEE

**LIEU ET DATE DE SOUTENANCE** : Toulouse le 24 juin 2024

---

### Résumé en français

**Introduction** : L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique, fréquente avec une mortalité importante et responsable d'un grand nombre d'hospitalisations potentiellement évitables. Une étude nationale française a mis en évidence un défaut de coordination entre la ville et l'hôpital. En 2022, la CPTS Tarbes-Adour a créé un parcours de soins pour le patient insuffisant cardiaque « PIC 65 ». L'objectif principal de notre étude est de décrire le suivi du patient inclus dans ce parcours.

**Méthode** : Etude observationnelle, descriptive, rétrospective, multicentrique conduite à partir des dossiers des patients suivis à la Clinique Ormeau et au Centre hospitalier de Bigorre. Les données ont été recueillies du 1<sup>er</sup> novembre 2022 au 30 avril 2024 dans un tableau Excel construit a priori et à l'aide d'un questionnaire envoyé aux médecins traitants.

**Résultats** : Parmi les 50 patients inclus : 6 perdus de vue, 5 décédés, 8 réponses de médecin généraliste. Les patients étaient âgés et polyopathologiques. 13 (26%) patients ont été inclus dans PRADO IC, 19 (38%) ont participé au programme d'ETP et 13 (26%) ont fait de la réadaptation cardiaque. Au moins 7 (14%) patients ont vu un médecin au 7<sup>e</sup> jours, 100% des patients ont été évalués lors d'une HDJ à 1 mois. Plus de 75% des patients ont été vus par un médecin à 3 mois, 6 mois et 12 mois dont les deux tiers par un cardiologue. 14% des patients ont été hospitalisés à 6 mois pour motif IC, 22% à 12 mois avec majoritairement un mode d'entrée par les urgences.

**Conclusion** : Le parcours de soins PIC65 place le patient au cœur d'une prise en charge pluriprofessionnelle et renforce son suivi lors de sa période la plus vulnérable. Inclure un accompagnement social et une évaluation gériatrique apparaissent indispensables. Les médecins généralistes semblent peu informés sur l'existence du parcours. Améliorer la communication auprès de l'ensemble des acteurs de santé renforcerait cette prise en charge globale du patient.

---

**Titre et résumé en anglais**: Implementation of a care pathway for heart failure patient by the Tarbes-Adour CPTS: a descriptive study of the first 50 patients

**Introduction** : Heart failure is a chronic, frequent disease with a high mortality rate, and is responsible for a large number of potentially avoidable hospitalizations. A French national study highlighted a lack of coordination between ambulatory and hospital. In 2022, the Tarbes-Adour CPTS created a "PIC 65" care pathway for HF patients. The main objective of our study is to describe the follow-up of patients included in this care pathway.

**Method** : observational, descriptive, retrospective, multicenter study based on patient files from the Ormeau Clinic and the Bigorre Hospital Center. Data were collected from November 1st, 2022 to April 30th, 2024, using an Excel spreadsheet and a questionnaire sent to General Practitioners.

**Results** : Among the 50 patients included: 6 lost of view, 5 deceased, 8 GP responses. Patients were elderly and polyopathological. 13 (26%) patients were included in "PRADO IC", 19 (38%) participated in the educational program and 13 (26%) underwent cardiac rehabilitation. At least 7 (14%) patients saw a doctor on day 7, and 100% of patients were assessed during a day-unit at 1-month. Over 75% of patients were seen by a doctor at 3, 6 and 12 month, two-thirds of them by a cardiologist. 14% of patients were hospitalized at 6 month for HF, and 22% at 12 month, with the majority being admitted via the emergency department.

**Conclusion** : The PIC65 care pathway places patients at the heart of multi-professional care, and reinforces their follow-up during their most vulnerable period. It is essential to include social support and a gerontological assessment. GP seem to be poorly informed about the existence of the care pathway. Improving communication with all healthcare professionals would enhance this global strategy to patient care.

---

**Mots-Clés** : Insuffisance cardiaque, parcours de soins, suivi, CPTS, pluriprofessionnalité

---

**Discipline administrative** : MEDECINE GENERALE

---