



Université de Lille
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023 - 2025

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

Mention :

Pathologies chroniques stabilisées, Prévention et polyopathologies courantes en soins primaires

La rupture de suivi chez les patients insuffisants cardiaques âgés depuis leur institutionnalisation.

Présenté et soutenu publiquement le 30 juin 2025 à 16h au pôle formation

Par **LECUYER Fabien**

Membres du jury :

Président du jury : Monsieur le Dr GLOWACKI François-Xavier

Enseignant infirmière : Madame SAMYN Marie-Cécile

Directeur de mémoire : Madame le Dr HEBBAR Eléonore

Département facultaire de médecine Henri Warenbourg

Avenue Eugène Avinée 59 120 LOOS

Remerciements :

Je souhaiterai commencer par remercier toute l'équipe d'enseignants et de professeurs, docteurs et autres intervenants pour avoir rendu cette formation riche en apprentissages.

Je souhaiterai remercier le professeur PUISIEUX François ainsi que toute l'équipe administrative qui l'entoure notamment madame GODEFFROY Marie-Eve, pour porter et rendre possible la formation d'Infirmier de Pratique Avancée sur Lille.

Je voudrai remercier les membres du jury de la soutenance, merci de l'intérêt que vous portez à ce travail et du temps qui y a été consacré.

Je souhaite faire un clin d'œil à mon équipe de soutien et d'amitié de la promotion 2022-2024, plus particulièrement à Rosa, Charlotte mais aussi à Grégory, Allan, Yasin pour leur soutien et tous ces bons moments passés ensemble.

Mais aussi aux nouveaux amis de la promotion 2023-2025, je pense bien à Yacine et Thierno pour m'avoir accueilli dans leur groupe, pour les moments de partage, de révisions mais aussi de joie.

Je tiens à remercier tout particulièrement le Dr HEBBAR Eléonore, pour avoir accepté de prendre de son temps précieux dans mon accompagnement de ce travail et surtout d'avoir cru en mon idée et ce projet de recherche.

Je remercie mes connaissances pour ne pas dire mes amis les Médecins généralistes, cardiologues, et coordonnateurs, pour leur confiance durant les entretiens et leurs réponses apportées afin d'étayer mes hypothèses.

Je tiens à remercier tous chaleureusement les MSP qui m'ont accompagnées durant mes stages de 2^{ème} année, pour le partage de connaissance et la prise de confiance qu'ils m'ont accordée. Surtout à Monsieur DUPONCHELLE François que je ne remercierai jamais assez pour ce stage inoubliable.

Je souhaite remercier ma famille qui ma suivie dans ce parcours de formation avec ces hauts et ces bas. Tout particulièrement mon épouse Madame LECUYER Johanna avec qui nous avons vu naître notre magnifique Clara durant la formation, pour m'avoir toujours soutenu et encouragé dans cette voie.

Pour finir je souhaite remercier une personne qui nous a quittés, que l'on n'oubliera jamais, grâce à qui le soutien financier nous a permis de vivre, de poursuivre et de finir cette formation. Alors un grand merci à Monsieur VERMERSCH Gérard.

Glossaire :

IPA Infirmier en pratique avancée

EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

IC Insuffisance Cardiaque

FEVG Fraction d'Ejection du Ventricule Gauche

ICFEp Insuffisance Cardiaque à Fraction d'éjection Préservée

ICFEr Insuffisance Cardiaque à Fraction d'éjection Réduite

ICFEm Insuffisance Cardiaque à Fraction d'éjection Modérée

NYHA New York Heart Association

DAI Défibrillateur Automatique Implantable

IDE Infirmier(e) Diplômé d'Etat

IDEC Infirmier(e) Diplômé d'Etat Coordinateur

HAS Haute Autorité de Santé

ESC European Society of Cardiology (Société Européenne de cardiologie)

CHU Centre Hospitalier Universitaire

BNP Brain Natriuretic Peptide (Peptide Natriurétique de type B)

ETT Echocardiographie TransThoracique

IRM Imagerie par Résonance magnétique

GIR Groupe Iso Ressource

SRAA Système Rénine Angiotensine Aldostérone

ARA II Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II

ARNi Inhibiteur du Récepteur de l'Angiotensine-néprilysine

SGLT2-i Inhibiteur des Sodium/Glucose Cotransporteur 2

NT-proBNP N-terminal pro B type Natriuretic Peptide (marqueur biologique de l'IC)

PCS Parcours de soins

USLD Unité de soins de longue durée

TTT Traitement

RCP Réunion de concertation pluriprofessionnelle

DMP Dossier Médical Partagé

PRADO Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile des patients hospitalisés

NTBR not to be resuscitated (ne pas être réanimer)

LATA limitation et arrêts des thérapeutiques actives

Sommaire :

I.	INTRODUCTION :	1
II.	METHODE ET MATERIEL :	14
III.	RESULTATS ET ANALYSE :	22
IV.	DISCUSSIONS ET OUVERTURE :	33
V.	CONCLUSION :	42

Introduction :

De nos jours, l'augmentation de l'espérance de vie, les progrès de la médecine et les politiques de maintien à domicile participent à une augmentation croissante du nombre de personnes âgées accueillies en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Parmi les pathologies chroniques les plus fréquentes au sein de cette population, l'insuffisance cardiaque (IC) tient une place importante. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), en France, plus de 1,5 million de personnes sont touchées par cette pathologie et ce chiffre pourrait atteindre 2,3 millions en 2030 (1). Les personnes résidant en EHPAD présentent souvent de nombreuses comorbidités, une polymédication et une fragilité accrue, rendant leur prise en charge particulièrement complexe.

Dans cet environnement, le système de santé est mis face à un enjeu majeur : adapter les parcours de soins à cette population vulnérable pour pallier les ruptures de suivi, les hospitalisations évitables et garantir l'observance des soins. Les hospitalisations pour décompensation cardiaque, particulièrement en EHPAD, représentent une charge importante pour le système hospitalier et altèrent la qualité de vie des patients.

Face à ces difficultés, de nouvelles organisations de soins se mettent en place pour répondre aux besoins grandissants des patients chroniques, dont le développement de la pratique avancée infirmière (PAI), encadré par le décret du 18 juillet 2018 (2) qui vise à renforcer la coordination et la qualité des prises en charge. Les infirmiers en pratique avancée (IPA) disposent de compétences élargies leur permettant d'intervenir de manière autonome dans le suivi des patients atteints de pathologies chroniques stabilisées, en collaboration avec les médecins.

L'intégration d'un IPA en cardiologie en EHPAD, notamment dans le cadre du suivi de l'insuffisance cardiaque, pourrait contribuer à améliorer la qualité des parcours de soins, à assurer une meilleure coordination entre les différents acteurs et à limiter les hospitalisations évitables. Cependant, ce modèle organisationnel reste encore peu développé en établissement médico-social et peu d'études ont évalué son impact réel sur la qualité des soins et les trajectoires de santé des résidents.

Cette recherche s'inscrit dans une réflexion sur la place et le rôle de l'IPA en EHPAD dans le cadre de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Il vise à évaluer en quoi l'intervention d'un IPA peut améliorer la continuité, la coordination et l'efficacité des parcours de soins des résidents atteints d'IC, à travers une méthodologie mixte combinant données quantitatives et qualitatives.

I. Introduction :

A. Généralités sur l'insuffisance cardiaque :

1. Définition de l'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque est définie d'un point de vue physiopathologique comme l'incapacité du cœur à délivrer un débit adapté aux besoins de l'organisme et/ou à fonctionner avec des pressions de remplissage normales.

Selon l'European Society of Cardiology (ESC) publiée en 2021 (3) l'IC est un syndrome défini par l'association de symptômes, de signes cliniques (dyspnée, fatigue, prise de poids, œdèmes, etc.) et d'un dysfonctionnement cardiaque responsable d'un débit cardiaque insuffisant et/ou des pressions intracardiaques élevées à l'effort ou au repos et/ou d'une rétention hydrosodée ; ce dysfonctionnement peut être d'origine myocardique, valvulaire, péricardique ou lié à une anomalie du rythme ou de la conduction.

2. Épidémiologie

- L'insuffisance cardiaque dans le monde

L'IC est une pathologie très présente dans les pays développés. En effet, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) note une prévalence de l'IC mondiale qui serait de 26 millions de personnes. L'IC a tendance à croître en raison du vieillissement de la population et des facteurs de risques.

- L'insuffisance cardiaque en France

Il existe des variations selon les régions de France. L'assurance maladie énumère à 8,89% le nombre de prises en charge pour l'IC dans Hauts de France, 7,27% en île de France et 3,95% en Guyane.

En 2022, 181 178 adultes ont été hospitalisés pour une IC en France, soit une prévalence estimée de 2,6% dans la population adulte. L'âge moyen au moment de l'hospitalisation était plus élevé chez les femmes (83,3 ans) que chez les hommes (77,7 ans).

Après 60 ans, l'insuffisance cardiaque est le premier motif d'hospitalisation en France.

Après l'âge de 65ans le nombre de personnes hospitalisées pour une insuffisance cardiaque est de 81.547 pour 100.000 habitants.

L'IC provoque selon les études statistiques de Hanon 30 000 décès par an, parmi lesquels 90% des personnes sont âgées de plus de 75 ans.(4)

Ces chiffres vont en augmentation de pair avec l'âge de la population.

3. Les différents types d'insuffisance cardiaque

a. Par Fraction d'Ejection du Ventricule Gauche : FEVG :

La classification est établie selon 3 possibilités :

- ICFEp signifie : insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection préservée

Elle peut être aussi appelée IC diastolique. Dans ce cas de figure, la capacité de relaxation du ventricule gauche est altérée ce qui provoque un accroissement de la pression diastolique lorsque le cœur est au repos et/ou à l'effort. Cependant, en cas de ICFEp, la fraction d'éjection reste normale soit supérieure ou égale à 50%.

- ICFEr signifie : insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite

Elle peut être nommée insuffisance cardiaque systolique. Elle se caractérise par une anomalie globale systolique du ventricule gauche. La fraction d'éjection est inférieure ou égale à 40%.

- ICFEm

Certains pays parlent d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection modérément réduite. La fraction d'éjection est comprise entre 35 et 50%.(5)

Classification de l'insuffisance cardiaque

Critère	ICFEd	ICFEmd	ICFEp
1	Symptômes ± signes	Symptômes ± signes	Symptômes ± signes
2	FEVG ≤ 40%	FEVG 41-49%	FEVG ≥ 50%
3			- Anomalie cardiaque - Dysfonction diastolique VG - Augmentation des PN

Figure 1 Classification de l'insuffisance cardiaque et ses critères diagnostiques. Source : selon ESC 2023.

b. Par étiologie

L'étiologie de l'insuffisance cardiaque est essentielle à déterminer car elle oriente le traitement, le pronostic et les mesures de prévention des récives. On distingue plusieurs grandes catégories de causes, souvent intriquées chez les patients âgés.

La cause la plus fréquente d'IC dans les pays occidentaux est la cardiopathie ischémique. Elle résulte d'un infarctus du myocarde ou d'une ischémie chronique ayant altéré la contractilité du muscle cardiaque.

L'hypertension artérielle chronique mal contrôlée ou non traitée entraîne une hypertrophie ventriculaire gauche, une rigidité myocardique et une dysfonction diastolique. Cela conduit le plus souvent à une IC à FEVG préservée.

Les atteintes des valves cardiaques fréquentes chez la personne âgée peuvent provoquer une surcharge de pression ou de volume entraînant une insuffisance cardiaque. Parmi les plus fréquentes, on retrouve principalement le Rétrécissement Aortique ou l'insuffisance mitrale.

Les cardiomyopathies sont des maladies du muscle cardiaque d'origine diverse, à travers lesquelles on peut distinguer : les cardiomyopathies dilatées, hypertrophiques et restrictives. Elles peuvent se traduire par une ICFEd ou une ICFEP.

Certaines arythmies peuvent altérer le débit cardiaque en perturbant la synchronisation de la contraction cardiaque. C'est le cas notamment de la fibrillation atriale (FA).

Chez les personnes de plus de 65 ans, l'étiologie est souvent multifactorielle, avec un terrain fragile, une polypathologie et une atteinte cognitive qui compliquent l'investigation étiologique. Les causes les plus fréquentes sont : l'HTA, la cardiopathie ischémique ancienne et la FA.

c. Les outils de diagnostic

Une approche multidimensionnelle est essentielle afin d'étayer le diagnostic de l'insuffisance cardiaque qui repose sur de multiples arguments cliniques, biologiques et paracliniques.

Les premières étapes clés sont l'interrogatoire et l'examen physique. Il faut ici rechercher les signes EPOF (Essoufflement, Prise de poids, Œdème, fatigue) qui sont des symptômes évocateurs. Il est également nécessaire d'investiguer les signes cliniques : comme un Reflux hépato-jugulaire, des râles crépitants à l'auscultation pulmonaire, une tachycardie, une hypotension, une hépatomégalie et une turgescence jugulaire.

Cependant, ces signes peuvent être peu spécifiques ou attribués à tort à d'autres pathologies notamment chez les patients âgés fragiles porteurs de plusieurs comorbidités.

Dans l'évaluation d'un patient suspect d'IC les peptides natriurétiques sont des marqueurs incontournables. Ils sont une réponse sécrétée par les myocytes ventriculaires à une distension ou une surcharge.

L'imagerie cardiaque reste la référence dans le dépistage de la pathologie. L'ETT (Echographie TransThoracique) qui oriente le diagnostic étiologique et guide la stratégie thérapeutique reste l'examen de référence et non invasif le plus simple à faire.

L'IRM cardiaque vient compléter de façon quasi systématique le bilan étiologique à l'heure actuelle.

Une autre possibilité est également le coroscaner ou la coronarographie pour évaluer la présence d'une atteinte coronarienne de façon quasi systématique chez le sujet de plus de 50 ans et/ ou en présence de facteurs de risques cardiovasculaires.

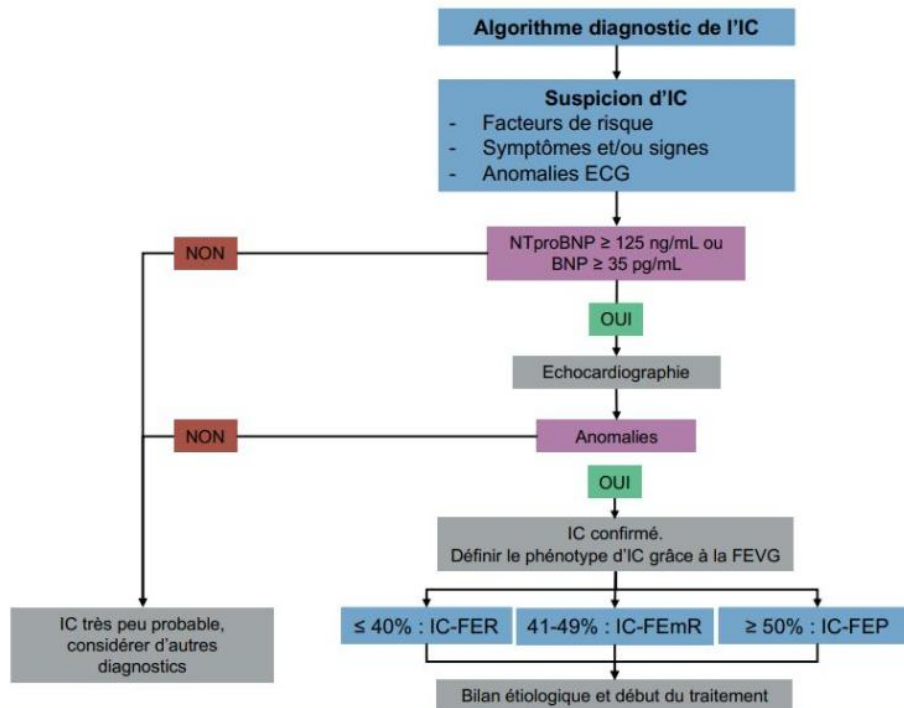


Figure 2 algorithme de diagnostic de l'IC selon ESC 2021. Source : Fauvel C., Pezel T. Nouvelles recommandations ESC 2021 sur l'Insuffisance Cardiaque aiguë et chronique : que retenir en pratique clinique ? E-cordiam, 22 décembre 2021.

4. Profil évolutif de l'insuffisance cardiaque

L'IC chronique est classifiée selon la gravité des symptômes avec quatre stades créés par la New York Heart Association (NYHA) (6). Cette classification représente les évolutions possibles de la pathologie en quatre stades évolutifs.

Selon l'ESC (7), le **stade I** correspond à une pathologie présente mais asymptomatique, le **stade II** se traduit par une gêne modérée lors des activités physiques courantes (dyspnée, fatigue), le **stade III** marque une limitation nette pour des activités de la vie quotidienne et enfin, le **stade IV** est caractérisé par des symptômes présents même au repos, traduisant un pronostic plus sombre à mesure que le stade évolue.

NYHA I	Patient avec une maladie cardiaque mais sans limitation dans les activités physiques même à l'effort physique important
NYHA II	Limitation légère aux activités physiques. Patient confortable au repos. Dyspnée, fatigue ou palpitations pour des activités physiques ordinaires
NYHA III	Limitation marquée pour les activités physiques. Patient confortable au repos. Dyspnée, fatigue ou palpitations aux efforts modestes.
NYHA IV	Impossible de faire une activité physique quelconque sans symptômes. Symptômes présents au repos

Figure 3 Classification fonctionnelle de l'IC selon NYHA basée sur la sévérité des symptômes et l'activité physique

L'insuffisance cardiaque aiguë aussi appelée décompensation cardiaque est une aggravation brutale ou rapidement progressive de la maladie, nécessitant une prise en charge urgente. Elle peut se manifester par des signes congestifs : à gauche (dyspnée, orthopnée, œdème pulmonaire) ou à droite (œdèmes périphériques, turgescence jugulaire, hépatomégalie). Lorsque ces signes sont associés on parle alors d'une insuffisance cardiaque globale.

Au fil du temps et des épisodes de décompensations aiguës, la qualité de vie et le pronostic du patient IC se détériorent plus ou moins rapidement jusqu'à l'évolution vers l'insuffisance cardiaque terminale.

5. Prise en charge du patient insuffisant cardiaque

a. Prise en charge globale du patient

De nos jours, la prise en charge repose essentiellement sur une organisation pluriprofessionnelle et centrée sur le patient.

L'IC ne peut se réduire qu'à un traitement médicamenteux. L'éducation thérapeutique du patient et des aidants passe par l'importance de faire comprendre ce que représentent l'IC et les symptômes. Elle permettra de participer : à la prévention de la décompensation cardiaque, l'importance de l'observance du traitement et du suivi médical ainsi que de l'hygiène de vie et de l'alimentation peu salée.

b. Traitements médicaux selon la fraction d'éjection (FEVG)

Chez environ 2/3 des patients de plus de 60 ans, la FEVG est altérée (<50 %).

Selon les recommandations de l'ESC (8), le traitement diffère selon trois profils de FEVG :

- **FEVG réduite** : association de quatre classes médicamenteuses recommandées (bêtabloquants, IEC/ARA2/ARNi, antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes, inhibiteurs de SGLT2 comme la dapagliflozine ou l'empagliflozine).
- **FEVG modérément altérée et préservée** : les inhibiteurs de SGLT2 ont aussi montré un bénéfice symptomatique et sur le pronostic.

L'un des objectifs est également de maîtriser les facteurs de risques cardiovasculaires (HTA, diabète, dyslipidémie, obésité, sédentarité) et de traiter l'étiologie (ischémie, valvulopathie, cardiopathie infiltrative, etc.).

Chez certains patients avec une FEVG <35 %, malgré un traitement optimal, une indication de poser un défibrillateur automatique implantable (DAI) est nécessaire pour prévenir la mort subite.

Pour finir, il existe de plus en plus de prises en charge symptomatiques et palliatives qui deviennent un enjeu majeur dans les stades avancés. Elles consistent à préserver la qualité de vie et à accompagner les patients dans leurs choix, notamment chez les patients âgés institutionnalisés.

Classe médicamenteuse	FEVG réduite (<40%)	FEVG modérément altérée (40–49%)	FEVG préservée (≥50%)
IEC / ARA2 / ARNi	✓ Recommandé	◆ Envisagé selon symptômes/étiologie	◆ Envisagé selon symptômes
Bêtabloquants	✓ Recommandé	◆ Si indication (HTA, FA, angor)	◆ Si indication
ARM (spironolactone, éplérénone)	✓ Recommandé	◆ Envisagé selon profil	◆ Envisagé selon profil
Inhibiteurs de SGLT2 (dapa, empa)	✓ Recommandé	✓ Recommandé	✓ Recommandé
Diurétiques de l'anse	✓ Si surcharge / congestion	✓ Si surcharge / congestion	✓ Si surcharge / congestion

✓ = Recommandé (preuves solides)

◆ = Utilisation possible selon le contexte Clinique

Figure 4 Tableau des recommandations des thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque. Source : selon ESC 2023.

c. Les différents intervenant dans la PEC des patients insuffisant cardiaque

L'IC est diagnostiquée par plusieurs professionnels, le parcours du patient dépendra du degré de sévérité. Les professionnels intervenants sont les suivants : des médecins généralistes, des cardiologues, des médecins praticiens hospitaliers, des spécialistes travaillant dans des centres de santé communautaires et cliniques spécialisées, et au cours de programmes de dépistage de la population.

En ce qui concerne le suivi des patients souffrant d'IC, les professionnels ayant dépisté l'IC pourront en assurer le suivi. Les médecins généralistes assurent le suivi de leur patient atteint d'IC par le biais de consultations régulières dans le but d'adapter les thérapeutiques, surveiller les symptômes et suivre l'évolution de la pathologie. Les cardiologues pourront davantage suivre les patients présentant des formes complexes ou sévères ou encore ceux ayant des résistances au traitement. Ils effectuent également des examens de contrôles pour suivre l'évolution. Les centres spécialisés dans l'IC pourront proposer un suivi par la télémédecine, certains s'inscrivent dans un dispositif PRADO. Il correspond à l'anticipation des "besoins du patient liés à son retour à domicile après l'hospitalisation et fluidifier le parcours hôpital-ville" (9). Certains programmes de télémédecine assurent le suivi de l'IC à distance notamment en prenant en considération la surveillance des paramètres vitaux et le poids qui sont envoyés

auprès des médecins. Les professionnels pourront faire le choix d’orienter leur patient auprès d’infirmiers de pratique avancée (IPA), qui sont habilités à renouveler les traitements et à assurer un suivi des patients porteurs d’une IC.

Selon le décret des IPA, (10) (*Articles R4301-1 à R4301-8-1 qui est modifié par le décret n°025-55 de 20janvier 2025 – art. 1*) son rôle en EHPAD reposerait sur trois objectifs.

Le premier serait de dépister les critères d’évolution de l’IC des patients âgés. Le deuxième porterait sur le développement de la prise en charge pluridisciplinaire entre : les professionnels gravitant autour des personnes âgées, le médecin généraliste et/ou coordonnateur d’un EHPAD et le cardiologue. Le troisième est d’assurer le suivi régulier des patients âgés en ville ou résidents en EHPAD porteur d’une IC pour prévenir une décompensation cardiaque et diminuer le risque d'hospitalisation.

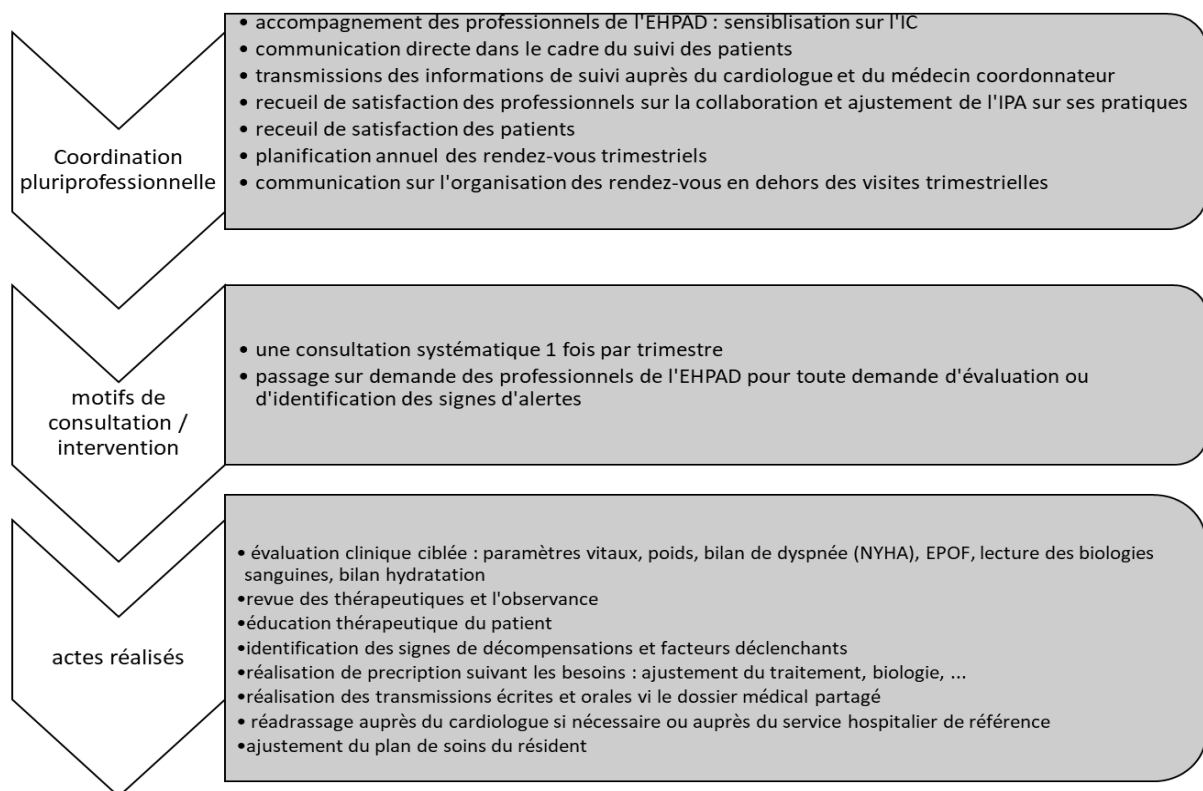


Figure 5 Schéma de prise en charge d'un Infirmier de Pratique Avancée dans le cadre de ces fonctions.

d. Difficultés de PEC du patient IC institutionnalisé

Chez le sujet âgé institutionnalisé l'insuffisance cardiaque représente un véritable défi qu'il soit clinique et/ou organisationnel. (11) Ces patients présentent des caractéristiques spécifiques qui rendent leurs prises en charges plus complexe et parfois moins optimale.

Trop souvent les patients âgés multiplient plusieurs facteurs de vulnérabilité. Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des réserves physiologiques, de polypathologie fréquente (hypertension artérielle, diabète, BPCO, démence, etc.), (12) ainsi que de polymédication associée parfois lourde et inadaptée. Ces faits sont décrits par le concept de fragilité (13) (ou « frailty »), qui se définit comme un état de vulnérabilité accrue aux événements de santé, en lien avec une perte de capacités fonctionnelles et une perte de résilience.

La fragilité a des répercussions importantes sur la prise en charge des patients IC. Les symptômes sont souvent mélangés à d'autres pathologies, les signes cliniques peuvent se faire plus discrets ou atypiques, et les complications surviennent plus rapidement. Ce profil est un levier pouvant fragiliser le parcours de soins du patient, tant en ville qu'en établissement médico-social.

L'insuffisance cardiaque chez les sujets âgés institutionnalisés a une évolution souvent plus défavorable que chez les patients plus jeunes vivant à domicile. Les épisodes de décompensation sont souvent découverts tardivement, ce qui retarde la mise en place de traitements adaptés ainsi nécessitant une hospitalisation. Par ailleurs, la récupération fonctionnelle après hospitalisation est plus difficile, entraînant souvent une perte d'autonomie qui s'accroît et qui devient durable.

Les études démontrent un taux élevé de réhospitalisations dû à ces épisodes aigus dans les mois qui suivent. Ils entraînent un risque de mortalité dans l'année qui reste nettement supérieure comparé à celle de la population générale. Cette situation met en évidence l'importance d'un suivi rigoureux et adapté chez les résidents en EHPAD (14).

Par ailleurs, des études soulignent une sous ou sur utilisation fréquente des traitements recommandés chez les patients âgés particulièrement mais aussi chez les insuffisants cardiaques, tous particulièrement chez ceux vivant en EHPAD. Cette tendance est

multifactorielle, on peut retrouver une crainte d'effets indésirables, la complexité des traitements dans un contexte de polyopathie, une interaction médicamenteuse potentielle, une absence d'ajustement thérapeutique régulier, mais aussi une forme de renoncement thérapeutique progressif face à la complexité du cas (15).

Ainsi, certains médicaments essentiels comme les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les bêtabloquants ou les gliflozines sont parfois prescrits à des doses insuffisantes, voire arrêtés sans justification clinique valable. Tout cela contribue à une perte de chance pour ces patients déjà fragilisés.

L'institutionnalisation des patients en EHPAD constitue souvent un point de rupture important dans le parcours de soins. Plusieurs éléments peuvent en être à l'origine comme l'arrêt ou non renouvellement de traitements spécialisés, une absence de courrier et rendez-vous avec le cardiologue traitant, en lien avec une absence de bilan cardiaque actualisé (échographie, biologie), un défaut de transmission des informations médicales à l'équipe soignante de l'établissement.

Ces ruptures sont d'une importance capitale car une perte de suivi régulier va augmenter le risque de décompensation aiguë non anticipée et conduire à des hospitalisations évitables.

D'après l'INSEE, en 2016, 75% des résidents en EHPAD étaient pris en charge pour une ALD (Affection de Longue Durée), parmi ces personnes, 15% sont suivis pour une IC. La prévalence en EHPAD de l'IC est de 20% et pourrait aller jusqu'à 45%(16).

Les résidents en EHPAD particulièrement touchés par l'IC, pourraient eux aussi avoir une rupture de suivi. A ce jour, les études menées mettent en évidence une rupture dans le parcours de soins mais ne stipulent pas de données sur les résidents en IC ayant une rupture dans leurs parcours de soins en EHPAD.

Ces manques de données contribuent à une forme de biais clinique de ces patients et ce qui rend plus difficile par la même occasion l'élaboration de protocoles de suivis adaptés. Ils renforcent le risque de rupture du parcours de soins au moment où ces patients ont besoin d'une coordination renforcée et d'un suivi plus régulier.

B. Objectif et hypothèse :

Questionnement : depuis les recommandations de l'HAS de Mai 2018, les patients insuffisants cardiaques institutionnalisés présentent-ils toujours des ruptures de suivi, malgré leur environnement de soins ?

Mon premier objectif est de mettre en évidence s'il existe une rupture de suivi chez les patients insuffisants cardiaques depuis leur institutionnalisation.

Mon objectif secondaire est de montrer que l'IPA peut pallier à cette rupture de suivi du patient insuffisant cardiaque institutionnalisé et comment il peut y parvenir.

Mon hypothèse est que les patients institutionnalisés présentant une rupture de suivi cardiologique peuvent aggraver leur pronostic.

II. Méthode et matériel :

Ce travail se déroule en étude mixte. La première phase de l'étude sera une étude quantitative. Elle a pour but de vérifier l'existence de rupture de parcours de soins chez les patients institutionnalisés atteints d'insuffisance cardiaque, dans deux structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Cette phase préliminaire a pour objectif de constater une rupture dans le suivi de cette pathologie chronique une fois les patients entrés en EHPAD ou en USLD dans le secteur de l'Artois.

La deuxième phase de l'étude sera une étude qualitative. Elle a pour objectif de répondre à la question portant sur l'impact de l'intervention d'un Infirmier en Pratique Avancée (IPA) en EHPAD auprès des patients insuffisants cardiaques. Elle se fera par un questionnaire basé sur le volontariat des professionnels de santé gravitant autour du patient IC résident en EHPAD comme les médecins généralistes et/ou médecins coordinateurs d'EHPAD, cardiologues qu'ils soient en exercice libéral et/ou hospitalier.

A. Méthode Quantitative :

1. Modélisation de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective, transversale et multicentrique, menée auprès de 120 patients d'un EHPAD et d'USLD de l'Artois, répartis au sein d'une même ville et de 2 structures différentes. L'EHPAD a une capacité d'accueil de 80 résidents et les USLD ont une capacité de 40 patients chacun. La population accueillie est âgée de 65 ans à 104 ans. Les données des dossiers médicaux des résidents sont rédigées par les médecins et paramédicaux de la structure. Tous les dossiers des résidents hébergés dans ces services ont été

étudiés. Les résidents au pronostic vital engagés à court terme ont été exclus automatiquement de l'étude.

2. Cadre légal et éthique

Pour mener cette recherche, nous avons débuté sur une recherche qualitative sur des relevés numériques sur les dossiers des patients institutionnalisés. Selon le cadre légal du MR004, (le cadre légal sera mis en annexe final de l'étude) l'accord du patient pour la collecte des données doit être accordé. Il faut également remplir les accords du CNIL. Étant une étude rétrospective, la loi Jardé ne s'applique pas pour cette recherche.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion se font via le questionnaire 1 (cf Annexe 1) qui comprend :

- Identification des résidents (nom, âge, sexe, etc.) avec anonymisation des données pour respecter la confidentialité. Afin que l'investigateur puisse si besoin réinsérer le patient dans une boucle de soin.
- Inclusion conditionnelle du patient basée sur :
 - Refus ou acceptation du patient à participer.
 - Pronostic vital engagé à court terme (NTBR ou LATA avec pronostic annoncé à environ 1mois)
 - Niveau d'autonomie : GIR>2
 - Présence de symptômes ou présentant des évocateurs d'insuffisance cardiaque (dyspnée, HTA, asthénie, etc.).
- Les patients éligibles s'ils répondent positivement à au moins un critère de dépistage.

Les critères d'exclusion directs de l'étude pour le patient sont :

- Si le résident présente un pronostic vital engagé à brève échéance (NTBR ou LATA) : exclus dans l'analyse mais présent dans le recueil des résultats
- Une incapacité permanente à prendre un traitement oral (Per Os).
- Résidents avec un GIR inférieur ou égal à 2.
- Le refus du patient à participer à l'étude (présent dans le recueil des résultats uniquement)

4. Matériel utilisé

Un double questionnaire visible en annexe 1 et 2 a pour objectif de trier les dossiers patients dans la poursuite de cette phase d'étude. Le premier questionnaire va permettre de faire une sélection des patients pouvant inclure l'étude. Le second questionnaire a pour but de différencier les patients « étiquetés » insuffisants cardiaques et ceux qui ont le traitement sans avoir de diagnostic posé.

5. Déroulement de l'étude

L'investigation s'effectue par un double questionnaire. (Annexe 1 et 2). Les dossiers ont été étudiés par un investigateur unique durant une période d'octobre à décembre 2024 en fonction de la disponibilité de l'investigateur. L'étude débute par le premier questionnaire qui permet de sélectionner les patients susceptibles de poursuivre l'étude.

Pour que les patients soient éligibles à l'étude, ils devaient répondre à plusieurs critères d'inclusion :

- Présenter un diagnostic d'insuffisance cardiaque ou une cardiomyopathie documentée.

- Exprimer un consentement libre et éclairé à participer à l'étude.
- Avoir un niveau de dépendance évalué à un GIR inférieur ou égal à 2.
Par ailleurs, ont également été inclus, dans un second temps, les patients présentant des symptômes évocateurs d'insuffisance cardiaque, en l'absence de diagnostic formel posé, afin d'identifier d'éventuelles situations d'errances ou de retard diagnostic.

Ils ont été exclus de l'étude, si les patients cochaient au moins un des critères d'exclusion :

- Les patients ayant refusé de participer à l'enquête.
- Les patients dont le pronostic vital était engagé à court terme, notamment ceux bénéficiant de soins palliatifs ou faisant l'objet d'une décision de non-réanimation (NTBR) ou de limitation et/ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA).

Pour l'analyse des ruptures dans le parcours de soins un second questionnaire a permis de recueillir d'identifier :

- Le nombre de ré hospitalisations pour décompensation cardiaque depuis l'entrée en EHPAD.
- L'absence de suivi cardiologique ou de consultation spécialisée depuis plus de 18 mois, ce seuil étant basé sur les délais moyens observés pour l'obtention d'un rendez-vous auprès d'un cardiologue libéral.
- L'absence d'exploration de diagnostic, notamment d'échocardiographie transthoracique (ETT), pouvant remettre en question ou retarder le diagnostic d'insuffisance cardiaque.
- L'absence de suivis biologiques réguliers, notamment du NT-proBNP, marqueur clé dans le suivi de l'insuffisance cardiaque.
- L'absence de traitements médicamenteux adaptés à la pathologie. (Selon le type d'insuffisance cardiaque)

B. Méthode Qualitative :

1. Modélisation de l'étude

Pour répondre à la question de recherche portant sur l'impact potentiel de l'intervention d'un Infirmier en Pratique Avancée (IPA) en EHPAD, j'ai choisi de m'orienter vers une approche qualitative. Il m'a semblé que ce type d'étude offrait une meilleure compréhension des vécus professionnels, des ressentis et des perceptions autour d'un sujet encore émergent dans les pratiques de terrain.

L'étude repose donc sur des entretiens semi-directifs, que j'ai mené auprès de professionnels de santé (médecins généralistes, cardiologues, médecins coordonnateurs). L'objectif était de recueillir leur point de vue sur les difficultés de suivi des patients insuffisants cardiaques en EHPAD, leurs connaissances du rôle de l'IPA et leur vision d'une éventuelle amélioration du parcours de soins.

L'analyse a été conduite de façon inductive, à partir des propos recueillis, et a permis de faire émerger des thématiques récurrentes regroupées selon trois grands axes : la prise en charge actuelle et ses limites, le rôle de l'IPA et la coordination entre les acteurs.

2. Cadre légal et éthique

Avant de débiter les entretiens, j'ai pris soin d'expliquer à chaque participant la nature de ma recherche, son objectif, et la manière dont les données seront utilisées. Tous les intervenants ont au préalable donné leur accord pour participer à l'étude, soit verbalement, soit par écrit.

Je me suis assuré de respecter l'anonymat et la confidentialité des interviewés ainsi que des propos recueillis : aucune donnée nominative ou permettant d'identifier les personnes ou les

établissements ont été supprimés. Cette étude s'inscrivant dans un cadre non interventionnel, elle n'a pas nécessité l'avis d'un comité d'éthique, mais j'ai veillé à respecter les règles de la déontologie en recherche qualitative, conformément à la loi Jardé.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour cette étude, j'ai ciblé des professionnels de santé en lien avec la prise en charge des patients insuffisants cardiaques et/ou avec une expérience en EHPAD. Plus précisément, j'ai inclus dans cette étude :

- Des Médecins généralistes exerçant auprès de patients en EHPAD
- Un médecin coordonnateur
- Des cardiologues libéraux ou hospitaliers
- Un médecin gériatre ayant une spécialisation en insuffisance cardiaque

En revanche, les professionnels n'ayant aucun lien avec les EHPAD ou ne connaissant pas du tout le rôle de l'IPA ont été exclus de cette étude.

4. Matériel utilisé

Pour permettre de réaliser au mieux cette étude, plusieurs supports ont été mobilisés :

- Un guide d'entretien semi-directif, conçu à partir de la problématique de recherche, qui a servi de support pour tous les entretiens.
- Un courrier d'information servant de modèle de consentement a été présenté à chaque participant pour toute demande de réalisation d'entretien.
- Tous les échanges ont été enregistrés via une application d'enregistrement vocal sur téléphone, après accord des interviewés.
- Les verbatims ont été retranscrits manuellement à l'aide du logiciel MicrosoftWord.
- L'analyse des verbatims s'est appuyée sur un codage thématique réalisé de façon artisanale (surlignages, annotations, nuages de mots)

5. Déroulement de l'étude

Le recrutement des professionnels de santé s'est fait au cours du mois de février. Les interviews se sont déroulées selon la disponibilité des professionnels au cours du mois de mars. J'ai débuté par contacter des professionnels volontaires grâce à mon réseau personnel, puis de stage et à des contacts dans ma région. La plupart des entretiens ont été menés en distanciel par contact téléphonique par manque de temps des professionnels ou en présentiel selon les disponibilités de chacun. La durée moyenne des échanges a été de 20 à 25 minutes.

Pour faciliter les retranscriptions, j'ai enregistré les entretiens avec leur consentement. Une fois les entretiens terminés, j'ai procédé à une lecture attentive des verbatims, en les annotant et en identifiant les idées fortes. J'ai regroupé ces éléments selon les 3 grands thèmes du questionnaire puis par des sous thématiques qui revenaient fréquemment par question et qui faisaient écho à ma problématique.

6. Guide d'entretien semi-directif

Le guide d'entretien s'est articulé autour de trois axes principaux :

- Axe 1 – La prise en charge actuelle :
 - Quelles difficultés rencontrez-vous dans le suivi des patients insuffisants cardiaques en EHPAD ?
 - Avez-vous constaté des ruptures de parcours ? Lesquelles ?
 - Que faudrait-il améliorer selon vous ?

- Axe 2 – Le rôle de l'IPA libéral :
 - Connaissez-vous le métier d'IPA libéral ? Quelle en est votre vision ?
 - Pensez-vous que ce professionnel pourrait améliorer la prise en charge des patients en EHPAD ?
 - Voyez-vous des freins ou des limites à son intégration ?

- Axe 3 – La coordination entre acteurs :
 - Comment se passe actuellement la coordination autour des patients en EHPAD ?
 - Quels outils ou pratiques faciliteraient, selon vous, cette coordination ?
 - L'IPA pourrait-il jouer un rôle facilitateur à ce niveau ?

III. Résultats et analyse :

A. Résultats de la recherche quantitative :

Lors de cette étude préliminaire, 120 dossiers de patients vivant au sein de structures de soins ont été étudiés durant une période de 3 mois. Au total, 46 patients ont pu inclure l'étude sur la validation du premier questionnaire. Soit 13 résidents des glycines, 19 résidents des capucines et 14 résidents des iris.

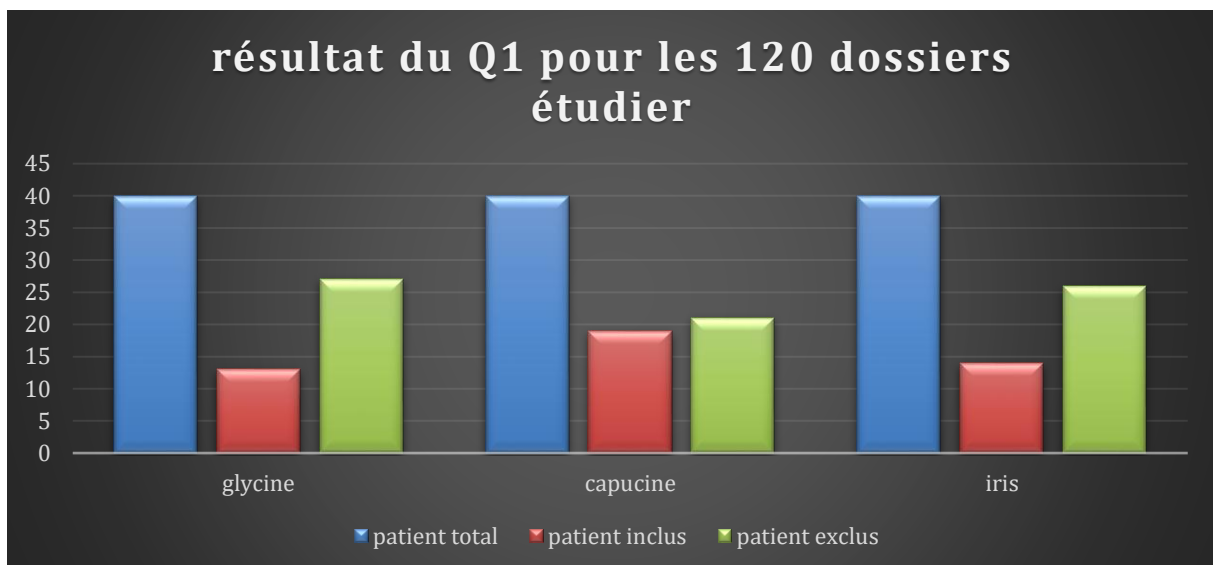


Figure 6 Résultat d'enquête selon le questionnaire Annexe 1 Source : données personnelles issues de l'étude quantitative.

Malgré les recommandations de l'HAS de 2018, cette enquête met en évidence qu'il existe toujours dans notre secteur une rupture du parcours de soin des patients ayant une ou plusieurs pathologies cardiaques nécessitant parfois des hospitalisations.

Sur les 46 patients porteurs d'une insuffisance cardiaque ou une cardiomyopathie 73,9% ont un diagnostic posé par un cardiologue, 26,1% n'ont pas de diagnostic clairement établi (cf tableau 3 récapitulatif en pourcentage).

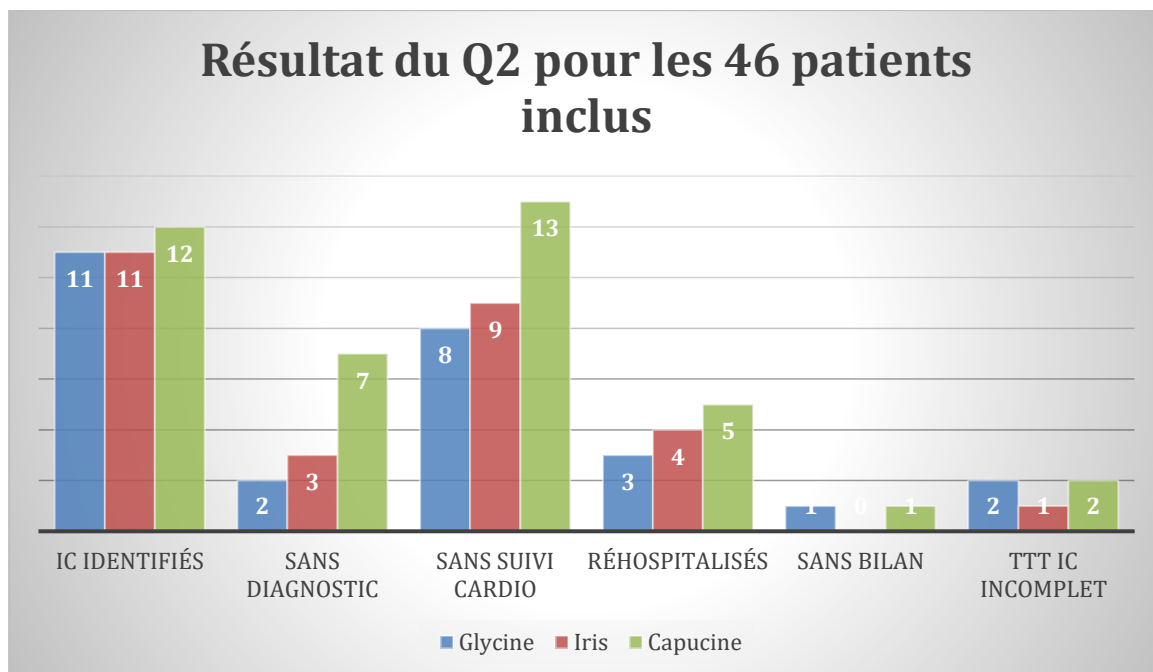


Figure 7 Résultat d'enquête selon le questionnaire Annexe 2 Source : données personnelles issues de l'enquête de terrain (2025).

Sur ses 46 patients, l'analyse du deuxième questionnaire montre que 34 patients sont en rupture de suivi. Le taux de réhospitalisations relevé qui ont été générés par cette rupture est de 26,1%. Parmi les patients sans suivi de plus de 18 mois, 12 patients ont été hospitalisés pour décompensation cardiaque depuis leur institutionnalisation.

Tableau 3 récapitulatif en pourcentage par catégorie et établissement :

Catégorie	Glycine	Iris	Capucine	Total
IC identifiée	23.9%	23.9%	26.1%	73.9%
Absence de diagnostic étiologique	4.3%	6.5%	15.2%	26.1%

Rupture de suivi cardio	17.4%	19.6%	28.3%	65.2%
Réhospitalisation	6.5%	8.7%	10.9%	26.1%
Absence de bilan biologique	2.2%	0.0%	2.2%	4.3%
TTT de l'IC incomplet	4.3%	2.2%	4.3%	10.9%

B. Résultat de la recherche qualitative :

6 professionnels de santé ont accepté de participer à l'étude. Les 6 profils des professionnels sont : un médecin généraliste avec un mi-temps comme médecin coordonnateur d'un EHPAD, un médecin généraliste intervenant en EHPAD, 2 cardiologues travaillant en libéral ayant des patients institutionnalisés, une cardiologue hospitalière et une cardiogériatre hospitalière. Tous les professionnels ayant été interviewés travaillent tous dans la région de l'Artois du Nord-Pas de Calais.

La diversité des professionnels a été choisi pour centrer le rôle que pourrait avoir l'IPA entre la ville et l'hôpital, ainsi avoir l'aval des professionnels de santé sur ce projet et sur tous les angles possibles.

Ces entretiens ont été effectués soit au cabinet du professionnel en fin de journée, soit par téléphone sur leurs temps disponibles pendant le mois de mars 2025. Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord préalable du professionnel de santé.

Le formulaire de consentement pour l'entretien des professionnels ainsi que le questionnaire de l'entretien peuvent être retrouvés en annexe 3 et 4.

Voici le lien pour faire la lecture des verbatims recueilli :

<https://qrco.de/bfvvB4>

<https://nextcloud.univ-lille.fr/index.php/s/m8oSCobCBndMn7D>



1. Tableau récapitulatif des thématiques des verbatims

Thème	Constats tirés des verbatims	Nombre d'occurrences	Analyse / interprétation	Exemples de citations
Ruptures de parcours en EHPAD	Suivi clinique difficile. Patients non suivis après institutionnalisation.	5/6 soit 83.3%	Confirme le besoin d'un professionnel pivot pour assurer la continuité des soins.	« <i>Des patients en EHPAD n'ont plus de médecin traitant... une vraie problématique</i> » – Médecin coordonnateur « <i>On ne sait pas si nos courriers arrivent ou sont lus</i> » – Cardiologue
	Manque de coordination, perte d'infos.	6/6 soit 100%		
	Patients non suivis après institutionnalisation.	5/6 soit 83.3%		
Valeur ajoutée de l'IPA	L'IPA est vu comme un relais structurant.	6/6 soit 100%	L'IPA est clairement perçu comme un intervenant efficace dans la coordination et	« <i>Si elle prend le temps de peser, d'évaluer les œdèmes, ce sera forcément bénéfique</i> » – MG

	L'IPA est capable d'assurer le suivi, les évaluations cliniques, les adaptations de traitements.	6/6 soit 100%	la continuité du parcours.	« Un suivi alterné médecin/IPA, c'est très complémentaire » – MG
Réduction des hospitalisations	Grâce à un suivi rapproché.	6/6 soit 100%	Hypothèse secondaire bien appuyée : l'IPA est un acteur clé dans la prévention des hospitalisations.	« Une prise en charge précoce permet de limiter les effets indésirables » – MG
	Des signes de décompensation peuvent être détectés plus tôt.	6/6 soit 100%		« On hospitalise souvent trop tard » – Cardiologue
Risques et limites	Risque d'erreur diagnostic.	3/6 soit 50%	La supervision et la collaboration sont indispensables pour sécuriser l'intervention de l'IPA.	« Il ne faut pas se tromper entre un OAP et une pneumopathie » – MG
	Nécessité d'un lien clair avec le médecin et le cardiologue.	5/6 soit 83.3%		« La limite, c'est s'il n'y a pas de retour au médecin traitant » – MG

Conditions de réussite	Communication fluide.	6/6 soit 100%	L'intégration de l'IPA en EHPAD demande un vrai travail de sensibilisation et de structuration.	« <i>Il faut un protocole bien cadré avec l'IPA</i> » – MG « <i>Il faut présenter le métier d'IPA aux IDEC et directeurs d'EHPAD</i> » – MG
	Protocoles partagés.	6/6 soit 100%		
	Connaissance du rôle de l'IPA.	6/6 soit 100%		

2. Analyse détaillée des entretiens

L'analyse des interviews recueillis grâce aux différents médecins généralistes, cardiologues et médecins coordonnateurs permet de faire apparaître plusieurs axes majeurs de réflexion. Ces résultats contribuent à évaluer le retentissement potentiel de l'intervention d'un Infirmier en Pratique Avancée (IPA) en EHPAD dans le parcours de soins des patients atteints d'insuffisance cardiaque, au vu des hypothèses proposées.

a. Ruptures de parcours de soins chez les patients institutionnalisés

Pour commencer, de manière répétée, les professionnels de santé interviewés ont relevé la présence de ruptures importantes dans le suivi des patients insuffisants cardiaques depuis leur entrée en EHPAD. Ces ruptures sont impactées sur plusieurs dimensions :

-La surveillance clinique difficilement réalisable marquée par : un manque de pesées régulières, des difficultés pour repérer des œdèmes, le manque de matériels et moyens humains pour faire des évaluations cliniques au quotidien.

- Accès limités aux bilans biologiques : fréquences limitées de prélèvements, délais d'obtention des résultats.

- Faible traçabilité et communication multidisciplinaire défailante : absence de retour systématique des comptes rendus, méconnaissance du parcours et des antécédents du patient.

Tous ces éléments contribuent à une prise en charge morcelée, en partie chez les patients ayant des troubles cognitifs ou qui sont en situation de grande dépendance.

b. L'IPA comme acteur pivot du parcours en EHPAD

Les entretiens mettent en évidence une perception très positive du rôle de l'IPA, que tous considèrent comme un professionnel de santé capable d'agir en complémentarité avec les médecins traitants et autres spécialistes. L'IPA est vu comme un axe d'amélioration pour le parcours de santé sur plusieurs plans :

-Le suivi clinique chronique et structuré : l'IPA peut dans son plan de soins effectuer les constantes, vérifier l'évolution des symptômes (prise de poids, œdèmes, signes de dyspnée), ou suivre les bilans biologiques.

- L'amélioration de la régulation des soins : sa présence dans l'établissement permet de canaliser les informations, d'assurer la continuité entre les différents acteurs (infirmiers, médecins, cardiologues), et d'alerter de manière pertinente s'il en juge nécessaire.

- Complémentarité avec le médecin : de nombreux interviewés soulignent que l'alternance de consultation médecin/IPA apportera une surveillance accrue tout en allégeant la charge de travail des généralistes, et ainsi améliorer le suivi clinique du patient.

c. Impact potentiel sur la réduction des hospitalisations évitables

L'une des hypothèses de ce travail concernait l'impact à long terme de l'intervention d'un IPA sur les hospitalisations évitables. Ce point est largement étayé lors des entretiens par :

- Le dépistage précoce des signes de décompensation : l'IPA, par sa régularité de présence et son expertise clinique, permet de révéler plus rapidement les signes majeurs d'une aggravation.
- La Réactivité accrue : en intervenant plus rapidement, l'IPA peut adapter un traitement diurétique, demander un avis médical en urgence, ou ajuster une posologie pour éviter l'hospitalisation.
- Moins d'adressage aux urgences en cas de situation aiguë : plusieurs médecins évoquent la probabilité d'éviter des passages aux urgences si les signes d'alerte de la maladie sont relevés plus tôt.

d. Conditions de réussite et limites à prendre en compte

S'il y a de nombreux avantages, les entretiens montre également des points de vigilance indispensables pour assurer la pertinence de l'intervention de l'IPA en EHPAD :

- Il nécessite un encadrement protocolaire clair : les médecins appuient sur l'importance d'un cadre défini, avec des fiches de suivi, des indicateurs à renseigner, et une lisibilité de l'action de l'IPA.
- L'importance de la communication entre l'interlocuteur et le récepteur : un risque identifié est le manque d'échange avec le médecin traitant ou le cardiologue, qui pourrait nuire à la cohésion du parcours de soin.
- La reconnaissance du rôle de l'IPA dans les structures : beaucoup des EHPAD méconnaissent encore trop les compétences de ce métier, ce qui pourrait freiner son intégration et son déploiement effectif.

3. Conclusion des résultats

a. Résultat croisé de l'analyse qualitative des entretiens

L'analyse des entretiens recueillis auprès de médecins généralistes et/ou coordonnateurs d'EHPAD ainsi que des cardiologues (hospitalier, libéral et cardiogériatre) met à jour plusieurs constats majeurs, étroitement liés à notre question de recherche.

Tout d'abord, une rupture récurrente du parcours de soins qui est observée chez les patients institutionnalisés atteints d'insuffisance cardiaque. Les professionnels soulignent des difficultés d'accès aux données des patients tels que les bilans biologiques, antécédents ou toute autre donnée relative au patient, au suivi pondéral et à l'évaluation clinique régulière. Ces obstacles sont majorés par la perte d'autonomie ou les troubles cognitifs des patients institutionnalisés, comme le souligne un médecin.

Dans ces circonstances, l'intervention d'un IPA est unanimement perçue comme une potentielle amélioration. L'IPA formée à l'insuffisance cardiaque est assimilée comme un professionnel capable d'assurer une surveillance rapprochée du patient, une coordination des soins entre les différents acteurs de santé, et une capacité d'adaptation des thérapeutiques dans un cadre protocolaire.

De plus, ce professionnel de santé formé auprès du patient devrait avoir un impact positif sur le long terme : notamment dans la diminution des hospitalisations répétitives et évitables. L'hypothèse secondaire est considérablement soutenue dans les verbatims : « *Un meilleur suivi, une meilleure anticipation.* » (MG) ou encore « *Voir les gens régulièrement permet d'intervenir tout de suite sans attendre six mois que le cardiologue puisse les revoir.* » (Cardiologue)

Pour finir, des limites à la prise en charge de l'IPA sont discutées : elles s'appliquent principalement sur le risque du cloisonnement de l'IPA, sans recours possible au cardiologue ou sans feedback vers le médecin traitant ou coordonnateur. Ce qui permettrait d'éviter les

erreurs de diagnostic. « *Les risques ce serait de faire une erreur diagnostic et de penser que par exemple un patient fait une décompensation cardiaque avec un OAP alors qu'en fait c'était une pneumopathie.* » (MG) Une communication construite et claire est donc essentielle à la réussite du projet. Plusieurs médecins préconisent d'instaurer des outils partagés (notes de suivi dans les dossiers patients, plateformes d'échange comme Omnidoc) et des réunions de concertation pluriprofessionnelles.

L'analyse de tous les entretiens avec ces différents médecins spécialistes conforte ainsi fortement dans le sens des deux hypothèses de ce travail. En rapportant à la fois que l'IPA est un atout majeur pour le patient institutionnalisé, qui va lui permettre une continuité dans son parcours de soin. Mais aussi que cette continuité va fortement diminuer leur hospitalisation. Tout en mettant en avant des leviers organisationnels qui doivent être mise en œuvre pour la réussite de l'intégration de l'IPA en EHPAD.

b. Conclusion de la recherche

Les entretiens démontrent de manière convergente que la présence d'un IPA représenterait un atout majeur dans la consolidation des parcours de soins des résidents en EHPAD. Tout en particulier pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Il constitue à la fois un relais clinique, un coordinateur de parcours et d'informations, mais aussi un acteur de prévention permettant d'éviter des hospitalisations. On peut donc dire que ces résultats ouvrent des perspectives pour une nouvelle intégration et structuration du rôle de l'IPA en établissement médico-social.

Notre travail semble aussi confirmer la validation de la deuxième hypothèse qui été pour rappel l'impact de l'IPA sur la diminution des hospitalisations non programmées des résidents pour décompensation cardiaque, même si aucune donnée probante n'est apportée ici, les entretiens montrent clairement selon les professionnels que le suivi régulier de l'IPA pourra éviter ces hospitalisations.

IV. Discussions et Ouverture :

A. Discussions :

1. Contextualisation de notre travail dans l'état des connaissances scientifiques actuelles.

Ce travail a mis en évidence l'existence de ruptures de suivis dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques institutionnalisés. Force est de constater que l'intégration d'un Infirmier en Pratique Avancée (IPA) apparaît comme une piste d'amélioration appropriée, tant du point de vue organisationnel que clinique.

L'analyse croisée des données quantitatives et qualitatives issues de cette étude met en évidence de manière concordante une rupture significative du parcours de soins chez les patients insuffisants cardiaques après leur institutionnalisation. Sur les 120 dossiers étudiés, seuls 46 patients répondaient aux critères de l'étude, et parmi eux, plus de 65 % présentaient une rupture de suivi cardiologique, définie par une absence de consultation spécialisée depuis plus de 18 mois. Notre taux d'hospitalisation en cas de rupture de suivi cardiologique semble supérieur à celui décrit dans la littérature. Cela soutient notre hypothèse d'un lien entre une rupture du parcours de soin et la dégradation clinique du résident. La fréquence des hospitalisations pour décompensation cardiaque dans ce groupe souligne les conséquences cliniques de ces ruptures.

Les entretiens menés auprès des professionnels de santé ont permis de renforcer ces constats : la plupart ont signalé des difficultés de suivi, une coordination insuffisante entre les acteurs de soins, et une désorganisation dans les transmissions d'informations médicales après l'entrée en EHPAD. Ces failles structurelles apparaissent comme des facteurs aggravants de la fragilité déjà présente chez les patients institutionnalisés.

Bien que de nombreux travaux abordent la question des parcours de soins en EHPAD ou la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chez la personne âgée, il n'existe à ce jour aucune donnée ciblée sur la rupture de suivi cardiologique spécifique aux patients insuffisants

cardiaques vivant en institution. Les études disponibles évoquent globalement les fragilités du parcours des résidents, mais sans s'attarder précisément sur cette pathologie chronique pourtant fréquente et à fort impact pronostique.

Cette lacune documentaire constitue en soi un frein à l'élaboration de recommandations adaptées ou de protocoles spécifiques. Elle justifie pleinement l'intérêt d'une étude exploratoire comme celle-ci, qui permettent de mettre en lumière une réalité peu documentée mais largement confirmée par les professionnels de terrain.

Les résultats obtenus s'inscrivent pleinement dans les enjeux décrits dans la littérature récente. La HAS (17), la Société Française de Cardiologie (18), l'ESC ou encore le rapport Broussy (19) qui soulignent tous la nécessité de renforcer la coordination des soins autour des patients âgés atteints de pathologies chroniques, en particulier dans les structures médico-sociales. La thèse d'Alexandra Junker (20), portant sur l'amélioration des parcours en gériatrie, insiste également sur la place centrale que pourrait occuper un professionnel intermédiaire comme l'IPA, notamment pour éviter les pertes de chance liées aux hospitalisations non programmées évitables ou aux retards diagnostiques.

Les professionnels interrogés lors de cette étude voient en l'IPA un relais structurant, capable d'assurer un suivi clinique rigoureux, de fluidifier la communication entre les différents acteurs et d'intervenir de manière précoce face aux signes de décompensation.

L'originalité de cette étude réside dans le croisement entre des données objectives et la perception des professionnels présents sur le terrain. L'éventualité d'un IPA libéral intervenant en EHPAD est encore peu connue et étudiée, notre apport apporte un point de vue nouveau sur le rôle possible de l'IPA dans l'amélioration du parcours de soins des patients IC âgés institutionnalisés.

Notre étude, présente plusieurs limites. D'un point de vue quantitatif, le nombre restreint de structures participantes et la taille de l'échantillon ne permettent pas une généralisation nationale des résultats. La méthodologie repose également sur des dossiers parfois incomplets, ce qui peut induire un biais d'information. Sur le plan qualitatif, la sélection des participants par réseau personnel peut introduire un biais de désirabilité sociale, bien que les verbatims recueillis aient été globalement convergents. Des études de grande ampleur, multicentriques et

prospectives afin de comparer la prise en charge actuelle versus l'intégration d'une IPA dans le parcours de soin des patients IC en EPHAD seraient indispensables pour s'affranchir de tels biais.

Malgré ces limites, la complémentarité entre les données chiffrées et les propos recueillis renforce la pertinence des constats posés et permet d'esquisser des pistes d'amélioration concrètes et réalistes.

2. Analyse SWOT (forces, faiblesses, opportunités, menaces)

La réalisation SWOT va permettre de synthétiser les résultats autour de l'hypothèse de l'implantation d'un IPA libéral en EHPAD pour les patients IC.

Pour commencer les forces sont : la reconnaissance du rôle de l'IPA par les professionnels de santé, l'apport de compétences cliniques valorisées par l'IPA et la capacité à proposer un suivi rapproché et pertinent.

Parmi les faiblesses de cette recherche on peut noter : une fonction encore mal connue dans le secteur médicale, un risque d'isolement du professionnel s'il se lance seul dans l'aventure sans l'appuis de médecins généralistes et/ou de cardiologues. Également un manque de cadre et de coordination formalisée.

Pour les opportunités : la politique nationale favorable aux IPA d'où l'ouverture des champs de compétence de l'infirmier, un besoin de coordination renforcée pour les EHPAD grâce au leadership de l'IPA et surtout un levier potentiel contre les hospitalisations évitables des résidents.

Pour finir les menaces sont : un frein organisationnel par un refus des chefs d'établissement ou une mauvaise perception de l'IPA par les équipes soignantes, l'absence de financement spécifique depuis l'arrivée de l'enveloppe globale pour la prise en soins des résidents et la résistance de certains professionnels de santé à une nouvelle fonction en libéral.

Ce SWOT permet ainsi de mettre en évidence un certain potentiel chez l'IPA libéral à condition de construire et de travailler dans un cadre clair, définit, intégré et soutenu par les structures concernées.

B. Ouverture :

1. La perspective de mise en œuvre d'un IPA libéral en EHPAD

D'après notre travail, l'implantation d'un Infirmier en Pratique Avancée dans son exercice libéral au sein des EHPAD se présente comme une réponse pratique et adaptée aux ruptures pouvant être identifiées dans le parcours de soins des patients insuffisants cardiaques.

Afin de dépasser le simple constat, il semblerait pertinent de proposer une modélisation fonctionnelle du rôle de l'IPA libéral intervenant en institution.

Un plan de soins spécifique et visible plus loin a donc été envisagé et est articulé autour de trois axes majeurs qui sont : assurer un suivi clinique rapproché des patients IC, de garantir la coordination des acteurs de santé autour du résident et de soutenir l'actualisation des thérapeutiques selon les recommandations des hautes autorités de santé.

Pour ce faire, l'IPA pourrait travailler à raison d'une journée par semaine dans l'établissement, en étroite collaboration avec l'équipe soignante et le médecin coordonnateur. Il devra assurer le relevé et le suivi des constantes, vérifier l'observance et l'ajustement des thérapeutiques, l'analyse les bilans biologiques et paracliniques, maintenir un lien via des échanges par courrier ou téléphoniques selon les situations avec les spécialistes externes et les hospitaliers en cas de décompensation ou de suite post hospitalière.

Ce renfort paramédical régulier permettrait aussi d'identifier les signes cliniques de décompensation avant leur majoration importante, de renforcer les compétences des équipes infirmières à travers des formations, des transmissions et un appui clinique. Il optimisera les prescriptions en collaboration avec le médecin traitant ou coordonnateur de l'établissement. L'IPA deviendrait ainsi un pilier du parcours de soins gériatriques et cardiologiques en EHPAD.

Dans une continuité d'innovation complémentaire à la consultation, le recours à la télémedecine et à la téléexpertise représente un levier à fort potentiel. L'IPA devrait être l'intermédiaire local de ces nouvelles pratiques, en agençant les téléconsultations cardiologiques, en structurant les bilans nécessaires, et en mettant en place le suivi des décisions thérapeutiques issues de ces téléexpertises. Cela permettrait également, de pallier le manque de spécialistes en zone sous-dotée, tout en répondant à une continuité dans le suivi spécialisé des patients insuffisants cardiaques. La téléexpertise faciliterait les échanges entre les différents acteurs de santé gravitant autour du patient comme les médecins traitants, l'IPA et les cardiologues tout en intégrant l'IPA dans ce logigramme de coordination médicale renforcée. Ce rôle structurant est mis en avant dans une expérience menée au CHU de Lille par une ancienne étudiante aujourd'hui IPA autour de la télétitration, où l'optimisation thérapeutique a été facilitée par l'implication d'un professionnel référent au plus près du patient.(21)

À plus long terme, la combinaison de ces modèles pourrait contribuer à la diminution des hospitalisations, à une observance thérapeutique des plus optimisée, à un sentiment de sécurité grandissant pour les familles des résidents et ainsi que les soignants. Ce dispositif gagnerait à être évalué dans le cadre d'une étude pilote sur plusieurs mois et sur plusieurs structures en y intégrant des indicateurs cliniques, organisationnels et économiques.

On peut dire que cette recherche ouvre la voie à une réappropriation organisationnelle dont l'IPA pourrait être le pilier majeur, grâce à des logiques de proximité, d'expertise clinique et de coordination interprofessionnelle.

Par ailleurs, les données provenant de travaux récents démontrent que le recours à la téléconsultation et à la téléexpertise est de manière générale bien perçu, tant par les patients que par les professionnels de santé, et qu'il favorise ainsi une meilleure adhésion thérapeutique mais également un sentiment de sécurité renforcé en EHPAD. L'IPA pourrait donc jouer un rôle médiateur entre technologie et clinique dans l'accompagnement de ces nouveaux outils numériques écrit par BAUCHOT C., en 2023 dans son mémoire *de fin d'études IPADE 2022-2023, Mention PCS, CHU de Lille* intitulé « *Télétitration du traitement médicamenteux spécifique : Perspectives du développement de cette pratique innovante dans la prise en soins des patients atteints d'insuffisance cardiaque* ».

Un plan de prise en charge de l'IPA qui a pour objectif d'assurer un suivi rigoureux et coordonné des patients insuffisants cardiaques en EHPAD, en renforçant la coordination entre l'ensemble des intervenants pour une prise en charge optimale.

2. Plan de suivi des Patients Insuffisants Cardiaques Institutionnalisés

1. Objectifs du Plan de Soins

- Dépister les critères d'évolution de l'insuffisance cardiaque chez les résidents en EHPAD.
 - Optimiser la prise en charge pluridisciplinaire entre l'IPA libéral, le cardiologue, le médecin coordinateur et les IDE de l'EHPAD.
 - Assurer un suivi régulier, prévenir les décompensations et réduire les hospitalisations évitables.
-

2. Modalités d'intervention de l'IPA Libéral

c. 2.1. Fréquence des passages

- Passage systématique une fois par trimestre pour tous les patients insuffisants cardiaques identifiés.
- Passage à la demande du médecin coordinateur ou des IDE en cas de signes d'alerte ou d'évolution clinique.

d. 2.2. Actes réalisés lors du passage

- Évaluation clinique ciblée : poids, tension artérielle, fréquence cardiaque, bilan de dyspnée (NYHA), œdèmes, bilan d'hydratation, lecture des biologies sanguines, si possible réalisation d'un ECG.
 - Revue des traitements et observance thérapeutique.
 - Éducation thérapeutique du patient et/ou des aidants.
 - Identification des signes de décompensation et des facteurs déclenchants.
 - Prélèvements biologiques si nécessaires (via coordination avec les IDE).
 - Transmission des données via le dossier médical partagé (DMP) et compte-rendu aux professionnels concernés.
-

3. Articulation entre les acteurs de soins

e. 3.1. Entre l'IPA, le Cardiologue et le Médecin Coordinateur

- Réunions de concertation pluriprofessionnelles trimestrielles pour discuter des cas complexes.
- Transmission systématique des bilans trimestriels et alertes en cas de majoration.
- Ajustements thérapeutiques validés par le cardiologue sur avis de l'IPA.
- Réadressage sur des créneaux d'urgence spécifiques au cardiologue pour avis et/ou réalisation d'un ETT.
- Réadressage vers une hospitalisation en accès direct via un accord préalable des cardiologues ou cardio-gériatre hospitalier en cas de décompensation aiguë.

f. 3.2. Entre l'IPA et les IDE de l'EHPAD

- Formation et sensibilisation des équipes IDE aux signes de décompensation cardiaque.

- Fiche de surveillance partagée incluant des critères d'alerte.
 - Communication directe (téléphone/email sécurisé) pour signaler les changements cliniques.
-

4. Organisation Logistique

g. 4.1. Prise de rendez-vous

- Planification annuelle des passages trimestriels.
- Interface dédiée (email sécurisé, plateforme EHPAD, accès agenda) pour les demandes de visites exceptionnelles.

h. 4.2. Outils et supports

- Utilisation du DMP pour la transmission des comptes-rendus.
 - Fiches d'évaluation standardisées pour homogénéiser les données collectées.
 - Partage des liens de communication directe des professionnels gravitant autour du patient.
-

5. Suivi et Évaluation du Dispositif

- Évaluation annuelle des hospitalisations évitées et de l'évolution des patients.
 - Recueil de satisfaction des professionnels et des patients.
 - Réajustement du plan de soins en fonction des retours terrain.
-

6. Critères d'Alerte Justifiant une Visite Hors Trimestre

- Prise de poids > 2 kg en 3 jours.
- Dyspnée aggravée ou apparition au repos.
- Œdèmes des membres inférieurs nouvellement apparus ou majorés.
- Troubles du rythme cardiaque symptomatiques.
- Altération de l'état général inexplicée.

V. Conclusion :

Ce travail de fin d'étude m'a permis d'exploiter de manière approfondie une problématique d'enjeu d'ordre nationale à savoir : la qualité et la gestion du parcours de soins des patients insuffisants cardiaques institutionnalisés, et les solutions que pourrait apporter un Infirmier en Pratique Avancée en exercice libéral intervenant au sein d'un EHPAD.

Pour mieux comprendre ce phénomène, une étude mixte menée a pu mettre en évidence des ruptures significatives et fréquentes dans la prise en charge des résidents à commencer par une absence de diagnostic formel, un manque de suivi spécialisé, des traitements souvent non actualisés et une coordination qui s'avère insuffisante. Les verbatims recueillis auprès des professionnels de santé ont confirmé ce constat, tout en évoquant une réelle attente d'un professionnel référent, capable de structurer et d'harmoniser les interventions et une prise en soin globale autour du patient.

Ces résultats viennent confirmer l'hypothèse principale de cette recherche qui est : l'intervention d'un IPA libéral permettrait d'améliorer la continuité et l'efficacité des parcours de soins. Sur le long terme, et comme le suggère l'hypothèse secondaire, cette nouvelle organisation devrait contribuer à réduire les hospitalisations évitables, en anticipant les décompensations tout en optimisant la surveillance.

Afin d'optimiser cette recherche, une modélisation est proposée à partir d'un plan de soins mensuel ou trimestriel centré sur l'IPA, couplé à une coordination autour des outils de télémédecine et de téléexpertise, qui ouvre des perspectives concrètes de réorganisation des

pratiques de prise en soin en EHPAD. L'IPA pourrait devenir alors un atout majeur, à la fois clinicien, coordinateur, et médiateur technologique.

Cette recherche n'a pas la prétention de conclure définitivement sur l'efficacité d'un tel dispositif, mais il en pose les fondements. Une expérimentation pilote et plus approfondie serait nécessaire pour évaluer l'impact réel au niveau national sur les indicateurs cliniques, organisationnels et économiques qui gravitent autour de la prise en soins du résident, tout en mesurant la satisfaction des professionnels, des patients et de leurs familles.

En définitive, cette étude contribue à mettre en avant un levier d'innovation organisationnelle, à la croisée des enjeux du vieillissement, des maladies chroniques, et de la transformation de notre système de santé. L'IPA de manière générale, encore peu présent en EHPAD, pourrait bien devenir une réponse pertinente, pérenne et structurante aux défis d'un accompagnement gériatrique de qualité.

Bibliographie :

1. Insuffisance cardiaque : chiffres clés et projections 2030 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
2. Décret n° 2018-629 du 17 juillet 2018 relatif à l'exercice en pratique avancée des infirmiers [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037219296/>
3. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, others. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726.
4. Hanon O. Heart failure, a disease of the elderly. Presse Médicale. 2004;33:1079-82.
5. Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée : le traitement améliore-t-il le pronostic? Rev Médicale Suisse [Internet]. 2015;11(458). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-458/insuffisance-cardiaque-a-fraction-d-ejection-preservee-le-traitement-ameliore-t-il-le-ponostic>
6. VIDAL. Insuffisance cardiaque chronique - Symptômes et évolution [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/coeur-circulation-veines/insuffisance-cardiaque-chronique/symptomes-evolution.html>
7. Silvana Grashkoska-Civkaroska ; Camille Grossen. Insuffisance cardiaque chronique – Stratégie de prise en charge [Internet]. Service de médecine de premier recours (SMPR), Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG); 2022 [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/2022-09/strategie_insuffisance_cardiaque_final_2.pdf
8. McDonagh TA, others. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines on Heart Failure. Eur Heart J. 2023;44(37):3627-39.
9. Assurance Maladie. PRADO – Programme d'accompagnement du retour à domicile [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/artois/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
10. Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 - modifiant les articles R4301-1 à R4301-8-1 [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>
11. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées - Note méthodologique [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801214/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees-note-methodologique

12. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf.* 2014;13(1):57-65.
13. Livre blanc sur la fragilité [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.medcomip.fr/82/tg-formations/fragilite/livre-blanc-fragilite-2015.pdf>
14. Bonnes pratiques de soins en EHPAD – Ministère de la Santé [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>
15. Améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée - Note méthodologique [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1771494/fr/ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-prescriptions-de-medicaments-chez-la-personne-agee-note-methodologique
16. JUNKER A. Insuffisance cardiaque en EHPAD : Diagnostic et prise en charge des résidents de 75 ans et plus dans les EHPAD de BREST [Internet]. UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04003573v1/document#:~:text=La%20pr%C3%A9valence%20de%20l'insuffisance,%C3%A9t%C3%A9r%C3%A9alis%C3%A9e%20par%20la%20SFGG>
17. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins : Insuffisance cardiaque [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1242988/fr/guide-parcours-de-soins-insuffisance-cardiaque
18. Société Française de Cardiologie. Livre blanc pour une prise en charge de l'insuffisance cardiaque et des cardiomyopathies [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.chu-clermontferrand.fr/sites/default/files/media/2021-11/Livre-blanc-de-l'Insuffisance-Cardiaque.pdf>
19. Broussy L. Nous vieillirons ensemble... 80 propositions pour une société de la longévité [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.senat.fr/fileadmin/import/files/fileadmin/Fichiers/Images/commission/affaires_sociales/Rapport_Broussy_-_2021_-_Version_definitive.pdf
20. Junker A. Insuffisance cardiaque en EHPAD : diagnostic et prise en charge des résidents de 75 ans et plus dans les EHPAD de Brest [Internet] [Master's Thesis]. Université de Bretagne Occidentale; 2022 [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04003573>
21. Bauchot C. Télétitration du traitement médicamenteux spécifique : Perspectives du développement de cette pratique innovante dans la prise en soins des patients atteints d'insuffisance cardiaque [Master's Thesis]. CHU de Lille; 2023.
22. Ponikowski P, others. Prévention et prise en charge de l'insuffisance cardiaque chez les personnes âgées. *J Cardiol.* 2021;

23. Haute Autorité de Santé. Organisation des soins en EHPAD : recommandations pour une prise en charge optimale [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
24. Vellas B, others. Vieillesse et maladies chroniques : le défi de la continuité des soins. Rech Clin Expérimentale Sur Vieil. 2019;
25. Lebeau A, Dupont M. Le suivi des patients cardiaques en institution : enjeux et défis. Rev Francoph Cardiol. 2019;
26. Blanc S. L'IPA et la gestion des soins chroniques en EHPAD. J Prat Avancés. 2021;
27. Thibault G. Rupture de suivi médical après institutionnalisation : une analyse systémique. Éditions de la Santé; 2020.
28. Heart Failure - NHLBI [Internet]. National Heart, Lung, and Blood Institute; Disponible sur: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/heart-failure>
29. Heart Failure - Symptoms and Causes [Internet]. Mayo Clinic; Disponible sur: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/heart-failure/symptoms-causes/syc-20373142>
30. ESC Guidelines on Heart Failure (2021) [Internet]. European Society of Cardiology; Disponible sur: <https://www.cardiorun.org/sites/default/files/presentations2021/J3/06%20-%20MABO%20-%20phm%20HF%20ESC%202021.pdf>
31. Soins et services : Insuffisance cardiaque [Internet]. Institut de Cardiologie de Montréal; Disponible sur: <https://icm-mhi.org/soins-et-services/insuffisance-cardiaque/>
32. Haute Autorité de Santé. Fiche 17 : Situations de rupture dans les parcours de santé [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_17_situations_de_rupture.pdf
33. Heart Failure Matters [Internet]. Disponible sur: <https://www.heartfailurematters.org/fr/>
34. Focus : insuffisance cardiaque [Internet]. Fondation pour la Recherche Médicale; Disponible sur: <https://www.frm.org/fr/maladies/recherches-maladies-cardiovasculaires/insuffisance-cardiaque/focus-insuffisance-cardiaque>
35. Fiche EHPAD - Service Public [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>
36. Les EHPAD - Pour les personnes âgées [Internet]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>

37. La santé en maison de retraite [Internet]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2015/11/18/la-sante-en-maison-de-retraite/>

38. Infirmiers en pratique avancée : un métier qui a le vent en poupe [Internet]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal-soins-de-ville/exercice/infirmiers-en-pratique-avancee-un-metier-qui-le-vent-en-poupe-mais-des-bataillons-toujours?utm_source=chatgpt.com

39. Collège National des Cardiologues des Hôpitaux. Recommandations ESC 2023 – Résumé en français [Internet]. CNCH; 2023. Disponible sur: https://www.cnch.fr/sites/default/files/2023-12/CARDIOH63_210X297%20BD.pdf

Table des Figures :

Figure 1 Classification de l'insuffisance cardiaque et ses critères diagnostiques. Source : selon ESC 2023.....	3
Figure 2 algorithme de diagnostic de l'IC selon ESC 2021.Source : Fauvel C., Pezel T. Nouvelles recommandations ESC 2021 sur l'Insuffisance Cardiaque aiguë et chronique : que retenir en pratique clinique ? E-cordiam, 22 décembre 2021.	6
Figure 3 Classification fonctionnelle de l'IC selon NYHA basée sur la sévérité des symptômes et l'activité physique	7
Figure 5 Tableau des recommandations des thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque. Source : selon ESC 2023.....	9
Figure 6 Schéma de prise en charge d'un Infirmier de Pratique Avancée dans le cadre de ces fonctions.....	10
Figure 7 Résultat d'enquête selon le questionnaire Annexe 1 Source : données personnelles issues de l'étude quantitative.....	22
Figure 8 Résultat d'enquête selon le questionnaire Annexe 2 Source : données personnelles issues de l'enquête de terrain (2025).....	23

Table des matières :

I.	INTRODUCTION :	1
A.	GENERALITES SUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE :	1
1.	<i>Définition de l'insuffisance cardiaque</i>	1
2.	<i>Épidémiologie</i>	1
3.	<i>Les différents types d'insuffisance cardiaque</i>	2
a.	Par Fraction d'Ejection du Ventricule Gauche : FEVG :	2
b.	Par étiologie.....	3
c.	Les outils de diagnostic.....	4
4.	<i>Profil évolutif de l'insuffisance cardiaque</i>	6
5.	<i>Prise en charge du patient insuffisant cardiaque</i>	7
a.	Prise en charge globale du patient.....	7
b.	Traitements médicaux selon la fraction d'éjection (FEVG)	8
c.	Les différents intervenant dans la PEC des patients insuffisant cardiaque	9
d.	Difficultés de PEC du patient IC institutionnalisé	11
B.	OBJECTIF ET HYPOTHESE :	13
II.	METHODE ET MATERIEL :	14
A.	METHODE QUANTITATIVE :	14
1.	<i>Modélisation de l'étude</i>	14
2.	<i>Cadre légal et éthique</i>	15
3.	<i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	15
4.	<i>Matériel utilisé</i>	16
5.	<i>Déroulement de l'étude</i>	16
B.	METHODE QUALITATIVE :	18
1.	<i>Modélisation de l'étude</i>	18
2.	<i>Cadre légal et éthique</i>	18
3.	<i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	19
4.	<i>Matériel utilisé</i>	19
5.	<i>Déroulement de l'étude</i>	20
6.	<i>Guide d'entretien semi-directif</i>	20
III.	RESULTATS ET ANALYSE :	22
A.	RESULTATS DE LA RECHERCHE QUANTITATIVE :	22
B.	RESULTAT DE LA RECHERCHE QUALITATIVE :	24

1.	<i>Tableau récapitulatif des thématiques des verbatims</i>	26
2.	<i>Analyse détaillée des entretiens</i>	28
a.	Ruptures de parcours de soins chez les patients institutionnalisés	28
b.	L'IPA comme acteur pivot du parcours en EHPAD	29
c.	Impact potentiel sur la réduction des hospitalisations évitables	30
d.	Conditions de réussite et limites à prendre en compte.....	30
3.	<i>Conclusion des résultats</i>	31
a.	Résultat croisé de l'analyse qualitative des entretiens	31
b.	Conclusion de la recherche	32
IV.	DISCUSSIONS ET OUVERTURE :	33
A.	DISCUSSIONS :	33
1.	<i>Contextualisation de notre travail dans l'état des connaissances scientifiques actuelles.</i>	33
2.	<i>Analyse SWOT (forces, faiblesses, opportunités, menaces)</i>	35
B.	OUVERTURE :	36
1.	<i>La perspective de mise en œuvre d'un IPA libéral en EHPAD</i>	36
2.	<i>Plan de suivi des Patients Insuffisants Cardiaques Institutionnalisés</i>	38
1.	<i>Objectifs du Plan de Soins</i>	38
2.	<i>Modalités d'intervention de l'IPA Libéral</i>	38
c.	2.1. Fréquence des passages	38
d.	2.2. Actes réalisés lors du passage.....	39
3.	<i>Articulation entre les acteurs de soins</i>	39
e.	3.1. Entre l'IPA, le Cardiologue et le Médecin Coordinateur.....	39
f.	3.2. Entre l'IPA et les IDE de l'EHPAD	39
4.	<i>Organisation Logistique</i>	40
g.	4.1. Prise de rendez-vous	40
h.	4.2. Outils et supports	40
5.	<i>Suivi et Évaluation du Dispositif</i>	40
6.	<i>Critères d'Alerte Justifiant une Visite Hors Trimestre</i>	41
V.	CONCLUSION :	42

Annexe :

Annexe 1 :

Questionnaire dépistage ic chez les résidants

<i>Identité du patient :</i>	
Nom :	_____ Prénom : _____
Age/date de naissance :	_____ Sexe: _____
Hébergement :	_____
Numéro de Sécurité Sociale :	_____
Médecin Traitant :	_____

<i>Critère de non-éligibilité au dépistage :</i>	
Le patient présente-t-il un mauvais pronostic à brèves échéance :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Le patient présente-t-il une incapacité permanente à la prise de traitement Per Os :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Y a-t-il un refus du patient de bénéficier de l'investigation :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Le patient présente un GIR supérieur ou égale à 2 :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Si la validation d'un des critères de non-éligibilité, le processus s'arrête à ce stade.

<i>Critère de dépistage :</i>	
Le patient présente-t-il une dyspnée :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Le patient présente-t-il une asthénie :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Le patient présente-t-il des œdèmes :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Le patient présente-t-il une prise de poids rapide :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Le patient a-t-il des antécédents HTA :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Le patient a-t-il des antécédents de maladie coronaire :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Le patient a-t-il des antécédents Cardiomyopathies :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Le patient est éligible si une case oui est cocher

Annexe 2 :

Questionnaire suivi patient Insuffisant Cardiaque

<i>Identité du patient :</i>	
Nom :	_____
Prénom :	_____
Age :	_____
Hébergé depuis :	_____
Poids et IMC de référence du patient(e) :	_____
Nombre hospitalisation depuis son hébergement :	_____
Numéro de Sécurité Sociale :	_____

<i>Suivi du patient :</i>	
Patient(e) connu(e) Insuffisant cardiaque :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Nombre hospitalisation cardio depuis son hébergement :	_____
Patient(e) suivie sur le plan cardiaque :	_____
Si oui <u>ou</u> ? Par qui ? :	_____
Prochaine date de rendez-vous :	_____
Date du dernier rendez-vous cardiaque :	_____

<i>Examens :</i>	
Date du dernier bilan sanguin :	_____
Présence de BNP Pro BNP :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> _____
Présence du Iono + fonction rénal:	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> _____
Présence de la NFS :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> _____
Présence de Ferritine :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> _____
ETT déjà réalisé :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, date du dernière ETT réalisé :	_____
Débit de la fraction d'éjection :	_____

Traitement du patient :

Molécules	oui	non	Posologie
Béta bloquant			
IEC			
Aldactones			
ILGST2			
Furosémide			
Autre			

Annexe 3 :

Lettre d'information et de non-divulgarion à destination des professionnels de santé interrogés

Objet : Entretien dans le cadre de la recherche sur le rôle de l'IPA libéral dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques en EHPAD

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma recherche intitulée : *"En quoi un IPA peut-il améliorer la prise en charge des parcours de santé des patients institutionnalisés dans l'insuffisance cardiaque ?"*

Encadré par ma directrice de mémoire le Dr HEBBAR Eléonor.

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les pratiques actuelles, les difficultés rencontrées et la place potentielle d'un Infirmier en Pratique Avancée (IPA) libéral dans l'accompagnement des patients insuffisants cardiaques en EHPAD.

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre l'entretien à tout moment sans justification. Aucune conséquence négative n'est associée à un éventuel refus ou arrêt de participation.

Les informations recueillies seront traitées de manière strictement confidentielle. Les données seront anonymisées afin qu'aucun élément ne permette de vous identifier directement ou indirectement dans les publications ou présentations issues de cette recherche. Seules les personnes impliquées dans la conduite de l'étude auront accès aux données brutes.

La durée estimée de l'entretien est d'environ 20 minutes.

Si vous avez des questions concernant cette recherche, ses objectifs ou la protection de vos données, je suis à votre disposition pour y répondre.

Je vous remercie sincèrement pour votre temps et votre contribution précieuse à cette recherche.

Bien cordialement,

Nom et prénom du chercheur : LECUYER Fabien

Contact : Lecuyer.f5914@gmail.com 06.58.20.04.75

Directrice de mémoire: Dr HEBBAR Eléonore.

Grille d'entretien pour les Professionnels de Santé (Médecins Généralistes, Cardiologues et Cardio-Gériatre)

Thème : Rôle de l'IPA Libéral dans la Prise en Charge des Patients Insuffisants Cardiaques en EHPAD

Introduction à l'entretien

Bonjour docteur, merci de participer à cet entretien. L'objectif est de recueillir votre point de vue sur la prise en charge des patients insuffisants cardiaques en EHPAD et le rôle qu'un IPA libéral pourrait jouer dans ce contexte. Vos réponses seront confidentielles. Aucun jugement ne sera porté sur les réponses apportées. Elles n'ont de valeur et seront utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche de mémoire.

1. Questions ouvertes générales sur la prise en charge actuelle

1. Pouvez-vous me décrire comment se déroule actuellement la prise en charge des patients insuffisants cardiaques? Si oui, est-elle la même?
2. Combien de patients suivez-vous actuellement en EHPAD ? Parmi eux, combien sont atteints d'insuffisance cardiaque ? Si oui, votre prise en charge est-elle la même que pour un patient non institutionnalisé ?
3. Selon votre expérience, combien de ruptures de parcours de soins constatez-vous en moyenne chez ces patients institutionnalisés ? Quels en sont, selon vous, les principaux facteurs ?
4. Quels sont, selon vous, les principaux défis rencontrés dans la gestion de ces patients ?
5. Avez-vous identifié des freins ou des lacunes spécifiques dans les parcours de soins actuels ?
6. Comment percevez-vous la communication et la coordination entre les différents intervenants (médecins, IDE, cardiologue et établissement de santé) ?

2. Questions orientées sur le rôle de l'IPA Libéral

5. Connaissez-vous le rôle et les missions d'un IPA libéral ? Si oui, comment les percevez-vous ?

6. Selon vous, quelle valeur ajoutée un IPA pourrait-il apporter dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques en EHPAD ?
7. Pensez-vous que l'intervention d'un IPA pourrait améliorer la continuité des soins ? Si oui, comment ?
8. À votre avis, en quoi l'intervention d'un IPA pourrait-elle contribuer à réduire le nombre d'hospitalisations pour décompensation cardiaque ?
9. Voyez-vous des risques ou des limites à l'intervention d'un IPA dans ce contexte ?

3. Questions sur l'articulation entre les professionnels de santé

10. Comment envisagez-vous la collaboration entre l'IPA, le cardiologue et le médecin coordinateur ?
11. Quelles modalités de communication ou d'échanges vous sembleraient les plus efficaces avec l'IPA ?
12. Quel serait, selon vous, le bon équilibre entre le suivi régulier par l'IPA et votre propre intervention ?
13. Seriez vous prêt à ouvrir un créneau d'urgence pour l'IPA, s' il aurait besoin qu'un patient soit revu en urgence ?

4. Conclusion

14. Auriez-vous des suggestions ou des recommandations pour optimiser l'intervention d'un IPA libéral dans le suivi des patients insuffisants cardiaques en EHPAD ?
15. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ou évoquer un point en particulier ?

Remerciements

Merci pour le temps que vous m'avez consacré pour cet entretien et pour la richesse de vos réponses. Elles contribueront à mieux comprendre les enjeux et les perspectives d'une prise en charge optimisée par un IPA Libérale en EHPAD.

AUTEUR : Nom : LECUYER

Prénom : Fabien

Date de soutenance : 30 juin 2025

Titre du mémoire : La rupture de suivi chez les patients insuffisants cardiaques âgés depuis leur institutionnalisation.

Mots-clés : Personne âgée, insuffisance cardiaque, rupture de suivi, institutionnalisation, IPA.

Résumé :

L'insuffisance cardiaque est une pathologie chronique fréquente, notamment chez les personnes âgées résidant en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Cette population vulnérable est particulièrement exposée au risque de rupture de suivi. Entraînant une dégradation de l'état de santé, des hospitalisations fréquentes et un surcoût pour le système de santé. Cette étude explore les causes de cette rupture de suivi en EHPAD. À la suite de cette étude, une proposition de suivi est mise en avant.

Ce projet s'articulera autour d'une double approche, à la fois qualitative et quantitative, pour identifier les facteurs de rupture de suivi. L'étude quantitative est conçue pour répondre à l'objectif, qui est d'identifier les causes de la rupture du suivi cardiologique chez les patients depuis leur institutionnalisation. L'étude qualitative a pour objectif de savoir si l'introduction d'un IPA permet de limiter les ruptures de parcours de soin.

Mes résultats montrent qu'il existe toujours des ruptures de suivi dans le parcours de soin du patient depuis son institutionnalisation. Pour le deuxième objectif, l'étude montre que l'IPA joue un rôle important dans le suivi du parcours de soin et limite le nombre de ré hospitalisation pour les patients institutionnalisés.

La mise en place d'un suivi renforcé par un IPA pourrait réduire les ruptures de suivi et limiter les ré hospitalisations chez les patients insuffisants cardiaques en EHPAD.

Abstract:

Heart failure is a common chronic pathology, particularly among elderly people residing in nursing homes for dependent elderly people (EHPAD). This vulnerable population is mainly exposed to the risk of interruption of follow-up, which may lead to a deterioration of health status. The study explores the causes of this breakdown in follow-up in nursing homes. Following this study, a follow-up proposal is put forward.

This project will be based around a dual approach, both qualitative and quantitative, to identify the factors that disrupt monitoring. The quantitative study is designed to meet the objective, which is to identify the causes of the breakdown in cardiological monitoring in patients since their institutionalization. The aim of the qualitative study is to find out if the introduction of an APN makes it possible to limit disruptions in the care pathway.

My results show that there are always breaks in follow-up in the patients' care pathways since their institutionalization. For the second objective, the study to show that the IPA plays an important role in monitoring the care pathway and limits the number of rehospitalizations for institutionalized patients.

The implementation of reinforced monitoring by they APN could reduce interruptions in monitoring and limit rehospitalizations in heart failure patients in nursing homes.

Directeur de mémoire : Madame le Dr HEBBAR Eléonore