

Pôle Régional Santé

Rapport intermédiaire

Gestion de cas thérapeutique – insuffisance cardiaque

Laura Bochud

Infirmière clinicienne spécialisée, MScN

Janvier 2019

Table des matières

1.	Rappel du contexte.....	2
2.	Objectifs du projet et indicateurs de performance.....	2
3.	Relevé d'activité clinique de la gestionnaire de cas thérapeutique.....	2
4.	Itinéraire clinique	3
	Documentation	5
5.	Données descriptives des patients suivis et premiers résultats.....	6
	Tableau récapitulatif des données descriptives.....	7
	Principaux outcome	7
6.	Collaboration interinstitutionnelle et interprofessionnelle.....	9
7.	Finances.....	9
8.	Communication.....	9
9.	Groupe de travail physiothérapeute	10
10.	Groupe de travail diététicienne	10
11.	Développement des compétences des professionnels de 1 ^{ère} ligne.....	11
	Développement des compétences des infirmières en unité de médecine – Yverdon	11
	Développement des compétences à l'examen clinique des infirmières de l'équipe mobile	12
	Projet clinique « prévention des décompensations cardiaques par les infirmières en soins à domicile »	12
12.	Collaboration externe.....	12
13.	Difficultés et facilités rencontrées dans la création du rôle	13
14.	Perspectives 2019	14
	Eléments à maintenir et pérenniser	14
	Eléments nécessitant un renforcement des procédures.....	14
	Conclusion.....	15
15.	Références	16
16.	Annexe I	19
17.	Annexe II	20
18.	Annexe III	21

1. Rappel du contexte

En 2017, aux eHnv, 749 hospitalisations concernaient des patients ayant un diagnostic principal ou secondaire de décompensation cardiaque (DC) (1). La littérature démontre que 20 à 25% des ré-hospitalisations concernent les patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC) engendrant ainsi des coûts de la santé élevés pour la société et une diminution de la qualité de vie pour les patients (2,3). De multiples facteurs favorisent le risque de ré-hospitalisation tels que l'insuffisance de communication entre les différents intervenants de la prise en soins, une gestion inadaptée des traitements médicamenteux, un manque de suivi des patients à leur sortie de l'hôpital ou encore un manque de connaissances de la maladie et une gestion inadéquate des auto-soins de la part des patients (4–6).

De ce fait, les médecins du service de médecine interne des eHnv ont souhaité développer des soins infirmiers de transition pour les patients insuffisants cardiaques à risque de ré-hospitalisation. Une infirmière gestionnaire de cas thérapeutique (GCT) a été engagée afin de développer ce nouveau rôle.

2. Objectifs du projet et indicateurs de performance

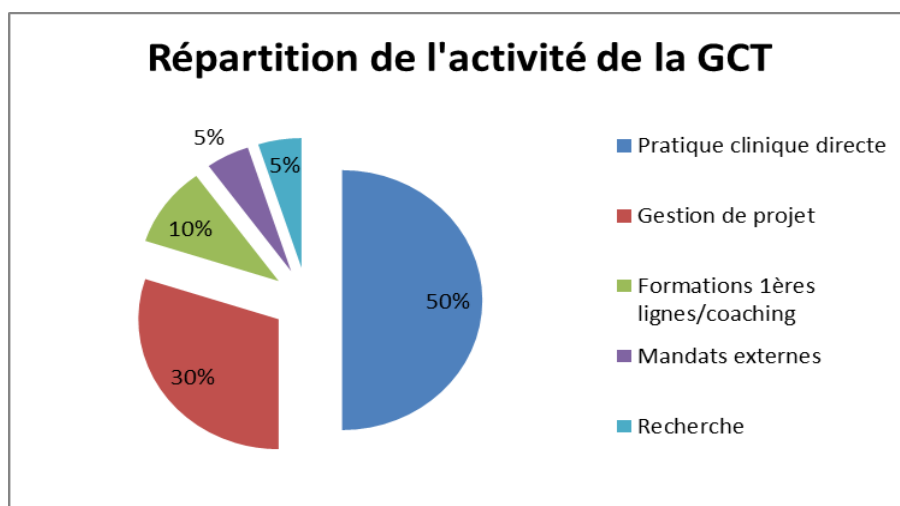
L'objectif principal du projet est d'optimiser la prise en soins des patients atteints d'IC en assurant la continuité des soins et en renforçant la prise en soins transversale interprofessionnelle entre les différentes institutions du Nord Vaudois. Les indicateurs de performance sont :

- La diminution des ré-hospitalisations : le suivi de cet indicateur s'effectue au cas par cas par la GCT. La durée du suivi de cet indicateur est de six mois.
- La diminution de la durée d'hospitalisation : à noter que la présence de multiples variables confondantes ne permet actuellement pas l'objectivation quantitative indépendante de cet indicateur. L'objectif est de détecter précocement la décompensation cardiaque.
- Une augmentation des capacités d'auto-soins du patient ou la mise en place de stratégies pour pallier aux auto-soins.

3. Relevé d'activité clinique de la gestionnaire de cas thérapeutique

L'activité clinique de la GCT est basée sur le modèle de pratique infirmière avancée de Hamric et permet l'utilisation des sept compétences acquises au niveau Master (7). Le modèle d'implantation du rôle choisi est le PEPPA modèle « *Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice Nursing* ». Il permet l'implantation, le développement et l'évaluation du rôle de pratique infirmière avancée et est utilisé par les hôpitaux universitaires romands (8).

En 2018, la répartition de l'activité clinique de la GCT concerne principalement la pratique clinique directe et la gestion de projet. Les activités externes sont principalement de l'enseignement pour les infirmiers en cursus de formation Bachelor ou de la formation continue pour les infirmiers diplômés. Les activités de recherche concernent la recherche de données probantes, le suivi des patients et la soumission « *d'abstract* » pour des congrès. Les activités de formations des 1ères lignes et de coaching concernent diverses formations théoriques et pratiques données, le coaching des professionnels dans certaines situations cliniques intra-hospitalières et communautaires ainsi que la gestion du Journal Club pour les infirmières cliniciennes et référentes métier des eHnv.



La répartition actuelle de l'activité clinique de la GCT permet le suivi d'environ **sept patients** simultanés dans sa pratique clinique directe. Le taux d'activité de la GCT est passé de 50% à 100% depuis le 1^{er} juillet 2018. Cela s'est répercuté sur l'augmentation du nombre de patients suivis. Le pourcentage élevé de temps de travail semble permettre un meilleur suivi des patients et évite l'attrition. En effet, la disponibilité et l'adaptabilité de la GCT semblent être des facteurs importants dans la mise en place du rôle. L'importance de ces facteurs est également relevée par une étude qualitative suisse (9).

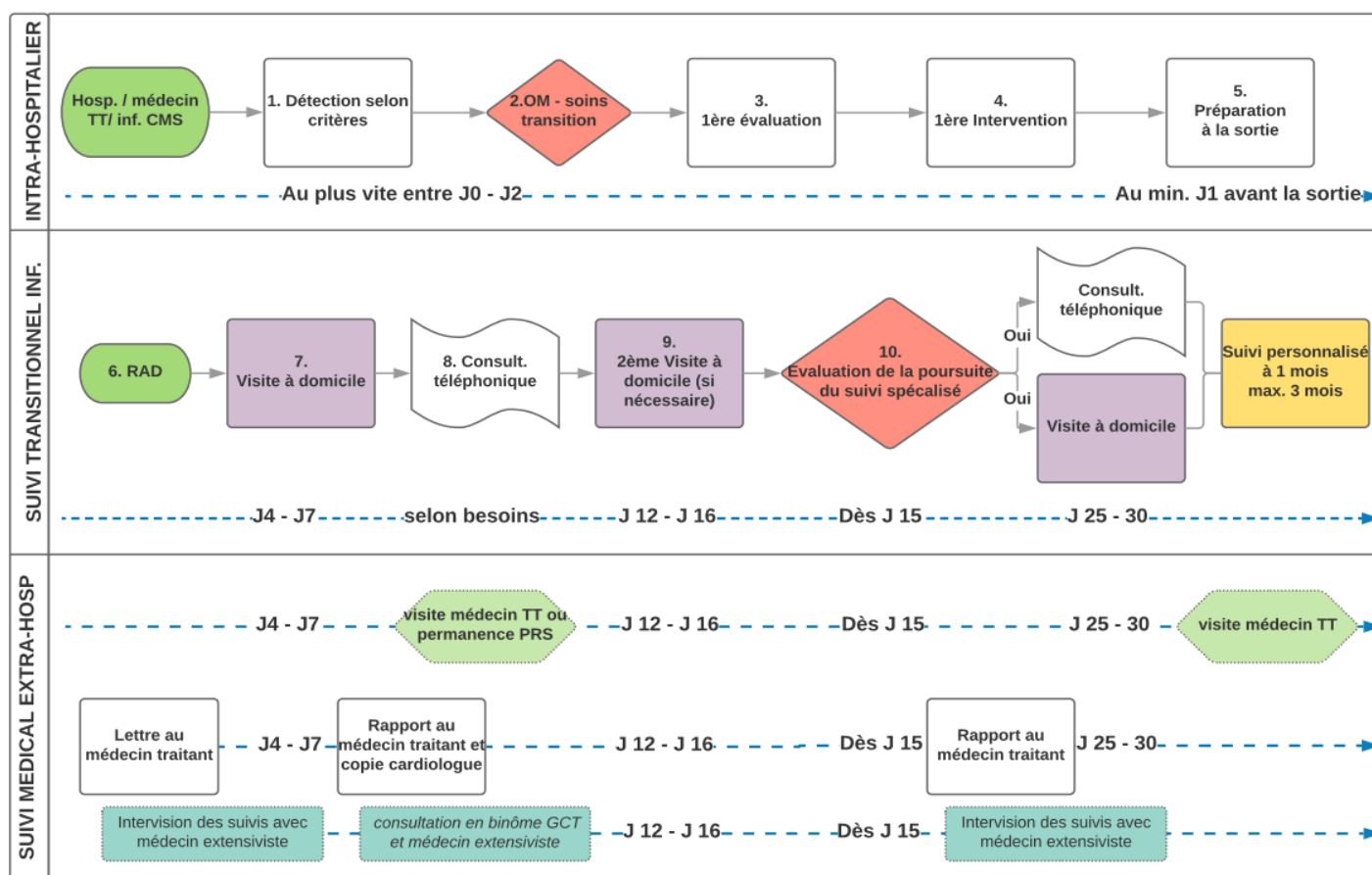
L'avancement de chaque axe de travail du projet est abordé ci-après.

4. Itinéraire clinique

L'itinéraire clinique est basé sur les guides de bonnes pratiques actuels ainsi que sur des modèles conceptuels de soins de transition infirmiers qui ont prouvé leur efficacité dans la littérature (3–5,10–23). L'itinéraire clinique conceptualisé a été testé et révisé. Le suivi des patients peut varier d'un suivi de transition d'une durée de deux semaines jusqu'à une durée maximale de trois mois et est généralement d'une durée d'un mois post-hospitalisation. La durée est définie en fonction des besoins du patient et/ou des demandes des intervenants de première ligne.

Au 31.12.2018, la consultation a concerné **19 patients dont 8 actifs** (actuellement suivis).

Les phases de l'itinéraire clinique ont été révisées et validées selon les premiers tests effectués.



Les phases de l'itinéraire clinique révisées sont détaillées ci-dessous :

1) La détection : n'est pas encore systématique en unité de médecine mais tend à le devenir.

De plus en plus de demandes sont effectuées par les médecins. Au niveau infirmier, la détection pourrait être optimisée. Les infirmières sont encore peu sensibilisées à proposer l'intervention de la GCT. Cela reste à travailler avec l'ICUS et la référente métier. Les critères sont clairs et validés (annexe I).

La détection communautaire n'est pas encore optimale. Peu de demandes proviennent du CMS / OSAD ou des médecins traitants même s'ils ont connaissance du rôle ou collaborent avec la GCT sur d'autres situations. Cela reste encore à travailler et à systématiser avec les gestionnaires de prestations du CMS/OSAD et les infirmiers référents.

2) La délégation des soins de transition est faite par les médecins hospitaliers sous forme d'ordre médical oral. L'activité clinique de la GCT s'effectue sous la responsabilité médicale des eHnv (annexe II).

- 3) Et 4) L'évaluation et les interventions** de la GCT sont standardisées par des outils et des échelles valides. Les interventions sont adaptées et individualisées aux besoins du patient et de ses proches. Pour les patients souffrant de dépression ou ayant des troubles cognitifs, les autos-soins sont palliés dans un premier temps par les interventions de 1^{ère} ligne. L'éducation thérapeutique (ETP) est adaptée en fonction des capacités des patients et des proches.
- 5) La préparation à la sortie** représente encore à l'heure actuelle un challenge sur le plan clinique. La sortie n'est encore que peu anticipée et peu d'interventions visent à la préparer. La collaboration de la GCT avec tous les intervenants est importante. Un groupe de travail est actuellement en cours au sein des eHnv afin de clarifier le rôle des intervenants lors du processus de sortie afin d'en assurer l'efficacité.
- 6) Le retour à domicile** est organisé en étroite collaboration avec l'infirmière de liaison (IDL) et la GCT.
- 7) Les visites à domicile** débutent durant la 1^{ère} semaine après la sortie du patient et se poursuivent selon les objectifs thérapeutiques fixés. Un rapport standardisé est validé par le médecin généraliste¹ et envoyé au médecin traitant et cardiologue du patient dans un délai de 48 heures. La collaboration est d'ores et déjà établie avec le CMS/OSAD si le patient en bénéficie. Elle s'effectue par mail, téléphone ou par le dossier patient informatisé.
- 8) Les consultations téléphoniques** sont effectuées selon les besoins du patient. Des contacts fréquents favorisent le suivi pluridisciplinaire. Le rôle de coordination de la GCT est extrêmement important dans la phase de transition. Ainsi, les contacts téléphoniques peuvent autant concerner le patient que le médecin traitant, l'infirmière de l'OSAD etc.

La collaboration entre la GCT et le médecin généraliste favorise les échanges sur les situations cliniques rencontrées et facilite le jugement clinique infirmier. Des consultations en binôme sont réalisées lorsque le patient consulte à la permanence médicale PRS. Cette consultation en binôme facilite l'adaptation des traitements par le médecin dans les suites de prises en charge notamment et favorise une prise en charge globale du patient.

Documentation

La documentation des interventions intra-hospitalières s'effectue au moyen de macrocibles dans le programme Soarian©. Une demande de création d'un formulaire infirmier a été soumise à la FHVI mais risque de prendre énormément de temps ou d'être refusée. La communication avec les médecins traitants s'effectue par téléphone ou par écrit. Une lettre les informant du suivi leur est adressée ainsi que les rapports des visites à domicile. Ces documents sont standardisés et sont également disponibles dans « *Portpat, sous soignants, RSNB, suivi insuffisance cardiaque* ».

Au domicile, la documentation infirmière s'effectue sur le dossier client CMS.

¹ Chef de clinique de médecine interne générale qui fait le lien entre le milieu hospitalier et le communautaire

5. Données descriptives des patients suivis et premiers résultats

Age	Score de Charlson	NYHA	GDS	Score auto-soins	Score compliance médicamenteuse	Score MNA	FEVG	Diagnostic principal	Diagnostic secondaire	Réhosp. ≤1 an
81	85	III	Négatif	24	Forte	11	65	DC gauche	IR	Oui
71	85	IV	.	46	Faible	11	76	DC globale	Lymphœdème des MI	Oui
95	85	III	.	42	Faible	8	25	DC globale	Exacerbation BPCO	Oui
83	85	IV	Positif	29	Forte	6	25	Cardiopathie rythmique, infiltrative et ischémique	Déconditionnement global	Oui
84	85	III	Positif	18	Moyenne	10	55	DC gauche sur sténose aortique	DNIR	Oui
86	85	II	Négatif	28	Forte	5	60	DC gauche post-2CE	Lymphome (chimio)	Oui
87	85	IV	Négatif	35	.	12	.	IR sur IRC	Bronchoaspiration	Non
87	52	III	Négatif	31	Forte	11	25	DC droite d'origine X	IRA sur IRC	Oui
94	85	III	Positif	36	Moyenne	12	50	DC globale	IRA	Oui
69	85	IV	Négatif	32	Forte	10	50	DC globale	IRA	Oui
81	52	III	Négatif	32	Forte	10	.	DC globale	Tr. Cognitifs	Oui
79	85	III	Négatif	29	Forte	10	50	DC globale	Ulcères veineux	Oui
77	85	IV	Positif	25	Forte	9	.	DC globale	BPCO	Oui
93	52	IV	Négatif	35	Moyenne	11	45	DC globale	IRA	Non
91	52	III	Négatif	31	Forte	6	40	DC gauche	IRA	Oui
86	52	III	Positif	35	Moyenne	9	55	DC globale	Décomp. Asthme	Oui
62	85	IV	Négatif	31	Moyenne	5	.	DC globale	Carcinose prostatique	Oui
86	85	IV	Négatif	35	Moyenne	9	55	DC globale	IRA	Oui
86	85	IV	Négatif	35	Forte	11	40	DC gauche	Hypokaliémie	Oui

Tableau récapitulatif des données descriptives

Nombre total de patients au 31.12.2018	N = 19
Age moyen	83 ans (min 62, max 95)
Score de Charlson moyen	83.1 % de risque de décès à 1 année (score non ajusté à l'âge)
Compliance médicamenteuse auto-reportée la plus fréquente	Forte (n=10)
Score MNA moyen	9.4 = risque de malnutrition
Diagnostic principal le plus relevé	DC globale
Diagnostic secondaire le plus fréquent	IRA
Classes NYHA	IV n=8 / III n=9 / II n=2
FEVG moyenne	47.2 (min 25, max 76)

Principaux outcome

Suivi à 1 mois : nombre de ré-hospitalisations	N= 4 sur 16 patients évaluables au 31.12.2018 (dont la moitié d'origine cardiaque)
Suivi à 3 mois : nombre de ré-hospitalisations	N= 5 (dont 2 patients multiples ré-hospitalisations)
Suivi à 6 mois : nombre de ré-hospitalisation	N= 0 sur 3 patients évaluables au 31.12.2018
Scores d'auto-soins à 1 mois	À venir
Satisfaction qualitative des patients et des proches	<p>Un patient a exprimé sa non-satisfaction car cela ajoutait un intervenant en plus dans la situation de soins déjà complexe et augmentait le nombre de suivis en plus des nombreux suivis de son médecin traitant, cardiologue et pneumologue.</p> <p>La satisfaction générale est bonne de la part des autres patients. Certains expriment objectiver la différence d'évaluation entre une infirmière généraliste et la GCT. Le fait d'avoir toujours la même et unique infirmière après l'hospitalisation est un point apprécié par les patients et les proches. Pour eux, cela favorise le suivi et l'évaluation de l'évolution</p>

	du patient « <i>l'infirmière elle connaît bien la situation</i> ».
Satisfaction des médecins traitants	<p>La satisfaction des médecins traitants est difficile à évaluer. Certains semblent satisfaits de la prise en charge plus spécialisée et le soutien dans la prise en charge que la GCT procure. Certains collaborent activement et communiquent. D'autres ne semblent pas plus concernés que cela et d'autres ne collaborent pas.</p> <p>Tous ont des manières de travailler différentes et des moyens de communication privilégiés différents. Pour certains médecins traitants, le fait que leurs patients complexes soient régulièrement ré-hospitalisés constituent une « normalité ». « <i>oui, maintenant il va mieux mais dans quelque temps il re-décompensera et à ce moment-là il retournera à l'hôpital, c'est normal, c'est la maladie</i> ».</p> <p>A terme, une enquête de satisfaction auprès des médecins permettrait d'obtenir des résultats objectifs.</p>
Satisfaction des cardiologues	Aucun retour direct. Des rencontres plus formelles sont prévues dans le plan de communication 2019 afin de les informer du projet.
Satisfaction des infirmières de médecine d'Yverdon	Les infirmières sont plutôt satisfaites des prestations offertes. Cependant, la perception du rôle est exclusivement liée à la transition. Peu de demande de coaching de prise en charge intra-hospitalière est demandé. Il serait intéressant d'effectuer des bases d'ETP ou d'évaluation en binôme selon leur disponibilité.
Satisfaction des infirmières du CMS	Très bons retours des infirmières référentes du CMS qui perçoivent le rôle comme une prise charge futuriste. « <i>A l'avenir, tous les patients devraient avoir une telle prise en charge.</i> » La plupart sont très curieuses et ouvertes. La collaboration est bonne.

6. Collaboration interinstitutionnelle et interprofessionnelle

- Un protocole de **collaboration avec le CTR** de Chamblon a été établi (annexe III). L'attrition des patients est encore possible. Cela peut être expliqué par le fait que peu de patients ont transité par le CTR avant leur retour à domicile durant la 2^{ème} partie de l'année 2018. La procédure doit encore être testée et pratiquée pour qu'elle soit systématisée.
- La **collaboration avec les CMS** et l'unité de médecine d'Yverdon se passe de manière optimale. Le rôle de la GCT doit encore être clarifié et la plus-value démontrée mais l'acceptabilité semble bonne. La communication s'effectue par téléphone et mail principalement.
- La **collaboration avec les médecins traitants et les cardiologues** peut être améliorée. Des difficultés sont objectivées dans le fait d'établir des règles de communication avec chacun d'entre eux. Leur disponibilité est limitée ce qui se ressent sur le suivi du patient. Lorsque la collaboration est optimale, le suivi semble optimal car le médecin traitant prend alors le rôle de leader de la prise en charge pluridisciplinaire et une meilleure coordination des intervenants et donc du suivi est ainsi possible.

7. Finances

Activités intra-hospitalières : suite à plusieurs rencontres avec M. Carrard, expert tarifaire des eHnv, un canevas de prestations intra-hospitalières facturables a été élaboré et sera présenté dans le courant du mois de février 2019. Le tarif Tarmed est en vigueur pour toutes les activités ambulatoires effectuées à la permanence et avec le médecin extensiviste. Toutes les prestations intra-hospitalières infirmières font parties des Swiss DRG en ne seront pas facturables en sus.

Activités communautaires : dès le retour à domicile du patient, les prestations de la GCT sont facturées par l'ASPMAD. Les tests des premières facturations des prestations de soins infirmiers (7 OPAS) seront effectués durant le courant des mois de février 2019. La fiche OPAS est signée par le médecin des eHnv pour le mois qui suit le jour de sortie de l'hôpital. Le médecin traitant prend le relais pour la garantie médicale des prestations de soins infirmiers de la GCT et s'assure du remboursement des prestations par l'assurance maladie. Pour les patients ne bénéficiant pas de CMS, un dossier sera créé.

8. Communication

Plusieurs communications sur le projet ont été effectuées :

- Communication aux médecins hospitaliers
- Communication aux médecins traitants et cardiologues (mail de la Dresse Carnal)

- Communication intranet : eHnv et CMS d'Yverdon
- Communication à l'équipe de médecine d'Yverdon
- Communication aux infirmières de liaison et case managers
- Communication PRS générale en novembre 2018

Le plan de communication 2019 est en cours de révision.

Plusieurs communications sont prévues fin février 2019 afin de transmettre les résultats des premiers tests. La création d'un dépliant informatif de la consultation est en cours de réflexion et devra être validé par le comité clinique en février 2019.

Des rencontres individuelles avec les cardiologues de la région sont actuellement en cours d'organisation. Plus de précisions sur le plan de communication seront données dès la fin février 2019.

9. Groupe de travail physiothérapeute

Le groupe de travail (GT) a été créé en octobre 2018 avec la nomination d'un physiothérapeute référent pour les eHnv. Une première réunion a permis de faire un état des lieux des pratiques actuelles au sein de l'hôpital.

Une première piste d'amélioration a été identifiée comme prioritaire :

- Standardisation de la documentation de la consultation physiothérapeute dans Soarian® renseignant sur les capacités fonctionnelles et cardiaques du patient

Pour cela, il est nécessaire de consulter les guides de bonnes pratiques, la littérature et de consulter un physiothérapeute plus spécialisé dans la prise en charge des patients cardiaques.

D'autres réflexions ont été amenées et doivent être précisées :

- Questionnement sur les besoins en ETP du patient en ce qui concerne l'activité physique. Exemples : reprise progressive d'une activité, périmètre de marche, tolérance à l'effort etc.
- Questionnement sur les besoins en suivis ambulatoires lors du RAD. Une sous-estimation est possible. Amélioration de la continuité de prise en charge pour les patients à risque de ré-hospitalisation.
- Questionnement sur l'amélioration potentielle de la capacité fonctionnelle en cas de mise en place de ventilation non invasive chez les patients IC en unité de médecine.

10. Groupe de travail diététicienne

Un protocole de collaboration dans la prise en charge du patient IC est en cours d'élaboration et certains points doivent être validés par le comité clinique en février 2019. Ce protocole est composé des points principaux ci-dessous et est basé sur les données probantes actuelles (20,23–28) :

Objectifs du GT	<ul style="list-style-type: none"> ○ Amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients IC ○ Sensibiliser les professionnels à la problématique de la dénutrition des patients IC et son impact sur la durée d'hospitalisation et le risque de ré-hospitalisation ○ Favoriser la collaboration pluridisciplinaire ○ Renforcer les interventions d'ETP des diététiciennes chez le patients IC à risque de ré-hospitalisation
Score de détection NRS et MNA	Les scores de détection du risque nutritionnel sont présentés brièvement. Des clarifications pratiques d'utilisation sont notifiées dans le but de sensibiliser les professionnels de première ligne à la compréhension et à l'utilisation des scores. Le contexte d'utilisation du score est précisé. La sensibilité et la spécificité des scores sont clarifiées.
Evaluation nutritionnelle spécialisée	L'évaluation de l'état nutritionnel du patient IC est décrite. Cette évaluation spécialisée est pratiquée par les diététiciennes. Les conséquences de l'anasarque sur le système digestif sont décrites.
Bilan calorique / nutritionnel	Les objectifs, la plus-value et la méthode pour effectuer un bilan calorique sont présentés.
Définition de la cachexie cardiaque	La définition et les critères de détection de la cachexie cardiaque sont clarifiés et reposent sur des données probantes actuelles. Cette définition permet de sensibiliser les professionnels à cette problématique et aux médecins d'adapter leur prise en charge.
Politique nutritionnelle institutionnelle en ce qui concerne le régime pauvre en sel et sans sel	La composition des régimes est indiquée ainsi que ses indications.
Soins de transition et continuité des soins	Un accent est particulièrement mis sur l'évaluation de la nécessité de poursuivre le suivi nutritionnel en milieu communautaire soit par la diététicienne du CMS pour les patients qui désirent un suivi à domicile soit par un suivi ambulatoire au service de nutrition de l'hôpital. La diététicienne du CMS est intégrée au GT et est au courant des démarches entreprises.
Education thérapeutique	Projet d'élaboration de fiches explicatives spécifiques au patient IC qui serviront à l'ETP des diététiciennes.

11. Développement des compétences des professionnels de 1^{ère} ligne

Développement des compétences des infirmières en unité de médecine – Yverdon

Six ateliers « flash » d'une durée de 30 minutes ont été réalisés au sein de l'unité de médecine d'Yverdon sur le thème de ***l'évaluation des symptômes et l'examen clinique du patient IC***. Au total, 26 participants ont bénéficié de ces ateliers et la satisfaction globale était « *très satisfait* ». Les professionnels ont reportés l'utilité clinique de ces ateliers. Ils ont également reporté le besoin

d'avoir un récapitulatif du contenu de l'atelier. Une carte de poche a été créée et a été soumise au médecin cadre. Elle est actuellement en cours de validation. Après modification, elle pourra être distribuée aux professionnels de l'unité.

Le concept d'atelier « flash » va perdurer au sein de l'unité et portera sur différents thèmes au fil des mois. Ces ateliers constituent des opportunités pour les professionnels spécialisés, dont les professionnels du PRS, de renforcer les compétences des 1ères lignes et peut être appliqué dans diverses unités.

D'autres activités de formation continue pourraient être envisagées telles que la mise en place d'analyse de pratique ou la formation de la référente métier à l'examen clinique infirmier plus complet.

Développement des compétences à l'examen clinique des infirmières de l'équipe mobile

S'agissant d'un autre lot de travail (tri et orientation) du PRS, cette activité ne fait pas partie du projet à proprement parler. Cependant la GCT a participé à l'élaboration et à la formation à l'examen clinique infirmier des infirmières du CMS de l'équipe mobile dans le cadre du projet de la garde médicale. Cette formation de deux jours devrait leur donner des outils permettant d'affiner leur jugement clinique. Des outils cliniques d'évaluation et de transmissions seront également créés.

Projet clinique « prévention des décompensations cardiaques par les infirmières en soins à domicile »

Les infirmières étudiantes en Master en sciences infirmières ont rendu un rapport complet d'état des lieux des pratiques actuelles des infirmières du CMS et ont proposé des pistes de solutions. Un rapport d'organisation sera proposé en début d'année 2019 au sein du CMS d'Yverdon. La présentation du projet clinique globale et des pistes de solutions seront présentées au comité clinique de février 2019.

12. Collaboration externe

- Un « *abstract* » du projet sera soumis pour une présentation au **congrès annuel national de cardiologie** à Interlaken qui se déroulera en juin 2019 (nursing day) (29).
- La **collaboration avec la Heds de Fribourg et l'HFR** est toujours active. Le but de leur étude randomisée contrôlée (RCT) pilote est de « tester la faisabilité et de fournir des informations pour éclairer la conception d'une RCT complète portant sur l'efficacité des soins de suivi multidisciplinaire chez des adultes atteints d'insuffisance cardiaque en Suisse » (6). Le concept d'intervention infirmière qui sera testé est très proche des interventions

effectuées par la GCT. Cette étude pilote apportera de nombreuses informations en ce qui concerne la faisabilité et l'acceptabilité d'un tel rôle ainsi que ses impacts sur la qualité de vie du patient et sur ses auto-soins. La RCT pilote comptera 60 patients dont 30 patients dans le groupe contrôle et 30 dans le groupe intervention. Le devis est mixte.

La GCT bénéficie de la formation donnée aux infirmières qui pratiqueront la consultation (formation pratique et théorique). Cette formation a déjà débuté et se terminera en janvier 2019. Ces dernières manipuleront l'échographie portable afin de détecter des signes potentiels de surcharge hydrique selon le modèle développé en Suède (30–32).

- Une rencontre est prévue en janvier 2019 avec Mme Turrian, infirmière en diabétologie qui a développé des soins de transitions au CHUV.
- Une rencontre avec les spécialistes cliniques des HUG aura lieu en janvier 2019 afin d'explorer et de comprendre le modèle d'implantation transversale des infirmières de pratique avancée dans cet établissement universitaire.
- Une rencontre en janvier 2019 avec Prof. Cédric Mabire de l'IUFRS permettra de tisser un lien avec un chercheur infirmier spécialisé dans le domaine de la transition.

13. Difficultés et facilités rencontrées dans la création du rôle

- Questionnement interprofessionnel par rapport au chevauchement du rôle dans diverses sphères infirmières et médicales.
- Méfiance ressentie de la part de certains médecins traitants. Méconnaissance et manque de compréhension du rôle parfois. Cela peut amener à un manque de collaboration et à un manque de reconnaissance du rôle de la GCT.
- Difficultés reliées au fait d'être à la fois le promoteur du projet, le gestionnaire de projet et l'infirmière clinicienne.
- Autonomie dans le rôle : cela amène le sentiment d'isolement professionnel, difficulté de ne pas être dans une «équipe» mais dans plusieurs «équipes» en même temps et de devoir s'intégrer partout tout en faisant sa place. Cela demande beaucoup d'énergie et d'adaptabilité de la GCT.
- Complexité de la transversalité intra-hospitalière mais également communautaire
- Autonomie dans le rôle : est également une facilité rencontrée car elle permet une grande possibilité d'évolution et de déploiement du rôle. Cela permet la pleine exploitation des compétences de l'infirmière de pratique avancée.
- Rôle extrêmement varié avec une possibilité de collaboration avec de multiples intervenants

- Excellente collaboration avec certains médecins traitants et infirmiers référents qui aboutit à des prises en charge efficaces et qui semble améliorer les conditions de santé du patient.

Lecture de référence : Serena, Andrea, Andrew A. Dwyer, Solange Peters, et Manuela Eicher. « Acceptance of the Advanced Practice Nurse in Lung Cancer Role by Healthcare Professionals and Patients: A Qualitative Exploration ». *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing* 50, n° 5 (septembre 2018): 540-48. <https://doi.org/10.1111/jnu.12411>.

14. Perspectives 2019

Les perspectives 2019 du projet doivent être discutées et validées par le comité clinique en février 2019.

La mise en place du rôle doit être pérennisée durant cette année tant sur le plan de la consultation infirmière que sur le plan du développement et du renforcement des compétences cliniques des soignants des premières lignes.

Éléments à maintenir et pérenniser

- La conceptualisation de la consultation infirmière est terminée :
 - ✓ Itinéraire clinique
 - ✓ contenu de la consultation infirmière
 - ✓ documentation de la consultation infirmière
 - ✓ collaboration de la GCT avec les infirmiers référents du CMS
 - ✓ collaboration de la GCT avec le médecin extensiviste
 - ✓ procédures de documentation
 - ✓ facturation ambulatoire des prestations de suivis
 - ✓ le suivi des outcomes cliniques est poursuivi par la GCT

Éléments nécessitant un renforcement des procédures

Points nécessitant un renforcement	Objectifs 2019
Collaboration avec les médecins traitants	Le suivi de patients est confié à la GCT par le médecin traitant Meilleure compréhension du rôle de la GCT
Collaboration avec le CTR de Chamblon	Les échanges interprofessionnels sur la situation clinique et la préparation à la sortie sont plus efficaces.
Collaboration avec l'unité de médecine	La demande de suivis de soins de transition augmente. La GCT est sollicitée et ses

	compétences sont exploitées. Elle est une ressource pour l'unité.
Facturation extrahospitalière	La facturation est réalisée à l'aide des fiches OPAS.
Collaboration pluridisciplinaire dans la prise en charge	La prise en charge de physiothérapie et diététique des patients en suivis de transition est optimale et respecte les guidelines actuels. Le médecin clarifie les points de surveillances essentiels à la GCT à la sortie du patient et l'averti de sa sortie précocement.
Collaboration avec les cardiologues	Ce point reste en questionnement. Les attentes des cardiologues de la région seront investiguées lorsque la GCT leur présentera l'itinéraire clinique.
Déploiement CMS / OSAD	Les infirmiers référents sont proactifs dans la demande de suivi spécialisé et proposent le suivi de la GCT au médecin traitant.
Renforcement des compétences de 1ères lignes	Les institutions définissent clairement les attentes des compétences infirmières et du rôle infirmier des 1ères lignes dans la prise en charge du patient insuffisant cardiaque.
Déploiement du projet en EMS	La faisabilité de l'intervention de la GCT en EMS doit encore être explorée ainsi que le besoin de formation des 1ères lignes.

Conclusion

Le déploiement du projet dans les établissements des eHnv est envisageable. Les critères, procédures et processus sont stables et sont réalisables. La date de déploiement doit être définie selon l'absence de la GCT durant cette année 2019 (congé maternité) et son remplacement.

Le frein principal au déploiement du projet est l'exploitation insuffisante de la consultation infirmière et des soins de transition par les 1ères lignes. Des moyens peuvent cependant être mis en place afin de palier à cette problématique en accord avec le comité clinique du projet, l'engagement et le soutien des différentes institutions dans le projet.

15. Références

1. Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois. Statistiques internes 2017 - Insuffisance cardiaque. 2018 avr.
2. Mirkin KA, Enomoto LM, Caputo GM, Hollenbeak CS. Risk factors for 30-day readmission in patients with congestive heart failure. *Heart Lung J Acute Crit Care*. sept 2017;46(5):357-62.
3. Golden AG, Tewary S, Dang S, Roos BA. Care management's challenges and opportunities to reduce the rapid rehospitalization of frail community-dwelling older adults. *The Gerontologist*. août 2010;50(4):451-8.
4. Albert NM, Barnason S, Deswal A, Hernandez A, Kociol R, Lee E, et al. Transitions of Care in Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circ Heart Fail*. 1 mars 2015;8(2):384-409.
5. Transitional care can reduce hospital readmissions [Internet]. *American Nurse Today*. 2015 [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.americannursetoday.com/transitional-care-can-reduce-hospital-readmissions/>
6. Schafer-Keller P. Développement d'une consultation infirmière pour des adultes avec insuffisance cardiaque (CINACARD). 2016 nov 17; Fribourg.
7. Hamric AB, éditeur. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 5th edition. St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders; 2014. 726 p.
8. Bryant-Lukosius D, Dicenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs*. déc 2004;48(5):530-40.
9. Serena A, Dwyer AA, Peters S, Eicher M. Acceptance of the Advanced Practice Nurse in Lung Cancer Role by Healthcare Professionals and Patients: A Qualitative Exploration. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. sept 2018;50(5):540-8.
10. BRAMAUD DU BOUCHERON A, GIOVANNINI M, WALGER O. Le Chronic Care Model appliqué au premier recours. *SOINS Infirm Krankenpfl*. 1 juin 2017;(6):55-7.
11. Bryant-Lukosius D, Carter N, Reid K, Donald F, Martin-Misener R, Kilpatrick K, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review: CNS-led transitional care. *J Eval Clin Pract*. oct 2015;21(5):763-81.
12. Comín-Colet J, Enjuanes C, Lupón J, Cainzos-Achirica M, Badosa N, Verdú JM. Transitions of Care Between Acute and Chronic Heart Failure: Critical Steps in the Design of a Multidisciplinary Care Model for the Prevention of Rehospitalization. *Rev Esp Cardiol Engl Ed*. oct 2016;69(10):951-61.
13. Feltner C, Jones CD, Cené CW, Zheng Z-J, Sueta CA, Coker-Schwimmer E JL, et al. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 3 juin 2014;160(11):774-84.
14. Garnier A, Uhlmann M, Griesser A., Lamy O. Au sortir de l'hôpital, comment renforcer la continuité de la prise en charge médicale ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-493/Au-sortir-de-l-hopital-comment-renforcer-la-continuite-de-la-prise-en-charge-medicale>

15. Guirguis-Blake J. Transitional Care Interventions to Prevent Readmissions for Patients with Heart Failure. *Am Fam Physician*. 1 mars 2016;93(5):401-3.
16. Hansen LO, Young RS, Hinami K, Leung A, Williams MV. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med*. 18 oct 2011;155(8):520-8.
17. Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of Care: The Transitional Care Model. *Online J Issues Nurs*. 30 sept 2015;20(3):1.
18. Jonkman NH, Westland H, Groenwold RHH, Ågren S, Anguita M, Blue L, et al. What Are Effective Program Characteristics of Self-Management Interventions in Patients With Heart Failure? An Individual Patient Data Meta-analysis. *J Card Fail*. nov 2016;22(11):861-71.
19. Mabire C. Importance des soins de transition: Des facteurs prédicteurs du succès de la transition de l'hôpital vers la communauté. *Gaz Médicale [Internet]*. 2015 [cité 13 févr 2018]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/275269748_Importance_des_soins_de_transition_De_s_facteurs_predicteurs_du_succes_de_la_transition_de_l_hopital_vers_la_communaute
20. McClintock S, Mose R, Smith LF. Strategies for Reducing the Hospital Readmission Rates of Heart Failure Patients. *J Nurse Pract*. juin 2014;10(6):430-3.
21. Saito M, Negishi K, Marwick TH. Meta-Analysis of Risks for Short-Term Readmission in Patients With Heart Failure. *Am J Cardiol*. févr 2016;117(4):626-32.
22. Vedel I, Khanassov V. Transitional Care for Patients With Congestive Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Fam Med*. nov 2015;13(6):562-71.
23. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the spec. *Eur J Heart Fail*. août 2016;18(8):891-975.
24. Abshire M, Xu J, Baptiste D, Almansa JR, Xu J, Cummings A, et al. Nutritional Interventions in Heart Failure: A Systematic Review of the Literature. *J Card Fail*. déc 2015;21(12):989-99.
25. Lee R, Tam MC, Cascino TM, Hummel SL. Nutritional Assessment and Dietary Interventions in Older Patients with Heart Failure. *Curr Cardiovasc Risk Rep [Internet]*. juin 2018 [cité 18 déc 2018];12(6). Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s12170-018-0580-y>
26. Leventhal M, Denhaerynck K, Brunner-La Rocca H, Burnand B, Conca-Zeller A, Bernasconi A, et al. Swiss Interdisciplinary Management Programme for Heart Failure (SWIM-HF): A randomised controlled trial study of an outpatient inter-professional management programme for heart failure patients in Switzerland. *Swiss Med Wkly [Internet]*. 8 mars 2011 [cité 13 mars 2018]; Disponible sur: <http://doi.emh.ch/smw.2011.13171>
27. Wan TTH, Terry A, Cobb E, McKee B, Tregerman R, Barbaro SDS. Strategies to Modify the Risk of Heart Failure Readmission: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health Serv Res Manag Epidemiol*. janv 2017;4:233339281770105.
28. Haute Autorité de Santé - Guide parcours de soins insuffisance cardiaque [Internet]. 2014 [cité 13 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242988/fr/guide-parcours-de-soins-insuffisance-cardiaque

29. Joint Annual Meeting 2019 [Internet]. [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.cardio-congress.ch/sgk2019.html>
30. Gustafsson M, Alehagen U, Johansson P. Pocket-sized ultrasound examination of fluid imbalance in patients with heart failure: A pilot and feasibility study of heart failure nurses without prior experience of ultrasonography. *Eur J Cardiovasc Nurs*. août 2015;14(4):294-302.
31. Gundersen GH, Norekval TM, Haug HH, Skjetne K, Kleinau JO, Graven T, et al. Adding point of care ultrasound to assess volume status in heart failure patients in a nurse-led outpatient clinic. A randomised study. *Heart*. 1 janv 2016;102(1):29-34.
32. Strömberg A, Wodlin P. Pocket-sized ultrasound - a new tool for heart-failure nurses in daily clinical practice? *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol*. août 2015;14(4):284-5.
33. Bodenmann P. Prise en charge des populations vulnérables [Internet]. 2014 janv 30; PMU, CHUV, Lausanne, UNIL, Lausanne. Disponible sur: https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/.../pres-20140130-Bodenmann.pdf

16. Annexe I

Critères d'inclusion :

- ✓ Diagnostic principal ou secondaire de décompensation cardiaque et/ou IC
- ✓ Patient ré-hospitalisé < 1 année

Critères d'exclusion :

Patient dialysé
 Patient avec des troubles cognitifs et psychiatriques majeurs
 Refus du patient d'une prise en charge spécialisée

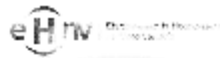
Ou selon le jugement clinique orienté par les axes de vulnérabilité du patient insuffisant cardiaque :

>3 critères de vulnérabilité, patient nécessitant une consultation spécialisée et des soins de transition.

Déterminants somatiques	Déterminants psychiques	Déterminants comportementaux	Déterminants sociaux	Consommation de soins
<input type="checkbox"/> Episode de décompensation cardiaque malgré un TTT habituel optimal <input type="checkbox"/> 5 comorbidités (diabète, IC, IR, BPCO, atcd d'AVC etc.) <input type="checkbox"/> Limitations physiques et/ou fonctionnelles <input type="checkbox"/> 6 TTT ou plus	<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Non observance au TTT <input type="checkbox"/> Incompréhension de la maladie et des TTT <input type="checkbox"/> Gestion inadaptée des auto-soins	<input type="checkbox"/> Absence d'aide / de proches aidants <input type="checkbox"/> Situation familiale difficile / complexe <input type="checkbox"/> Situation financière difficile <input type="checkbox"/> Isolement social	<input type="checkbox"/> Ré-hospitalisation <6mois <input type="checkbox"/> Absence de médecin traitant <input type="checkbox"/> Suivi médico-infirmier extrahospitalier insuffisant <input type="checkbox"/> Non compliance au suivi

Inspiré de P. Bodenmann et American Nurse today (5,33)

17. Annexe II



Région Santé

PRISE EN CHARGE PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE REFERENCE MÉDICALE - SUIVI INFIRMIER DE TRANSITION

Contexte

L'intégration d'une unité spécialisée dans le Pôle régional santé pour la prise en soins de l'insuffisance cardiaque (IC) a pour objectif d'offrir une meilleure accessibilité à certaines prestations en améliorant la synergie des prestations communautaires et hospitalières (1). La mise en place de d'un itinéraire clinique transversal incluant les milieux hospitaliers et communautaires améliore la prise en charge globale des patients IC, assure la continuité des soins et a pour objectif d'éviter une ré-hospitalisation précoce (2-4).

Itinéraire clinique et prestations infirmières

Un itinéraire clinique composé de consultations infirmières au domicile du patient et de suivis téléphoniques échelonnés sur trois mois est actuellement en projet. Le test des interventions permettra un réajustement de l'itinéraire clinique et est, de ce fait, nécessaire au déroulement du projet. Les interventions effectuées durant ce test seront selon OPAS, art 7, al.2 (5).

- Evaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier ; planification, en collaboration avec le médecin et le patient, des prestations nécessaires
- Conseils au patient et à ses proches
- Contrôle des signes vitaux et examen clinique infirmier
- Education thérapeutique

Détection

La détection des patients IC nécessitant des soins de transition est effectuée par les médecins chefs de clinique et médecins cadres de médecine interne des eHiv, site d'Yverdon. La délégation du suivi infirmier est déterminée selon des critères établis. La communication des patients nécessitant des soins de transition est effectuée oralement à l'infirmière lors du rapport médical de transmission du matin.

Référence et prescription médicale

Selon la LAMAL, art 8, « une prescription ou le mandat médical détermine, sur la base de l'évaluation des soins requis et de la planification commune, les prestations à effectuer par les infirmiers ou par les organisations d'aide et de soins à domicile. »(6).

Ainsi, il est convenu que la responsabilité médicale de la délégation des patients à l'infirmière est attribuée aux médecins chefs de médecine interne des eHiv, site d'Yverdon. La supervision du suivi à domicile est déléguée au médecin chef de clinique extensiviste.

Lieu et date : Yverdon le 23.4.18

Dr Julien Ombelli

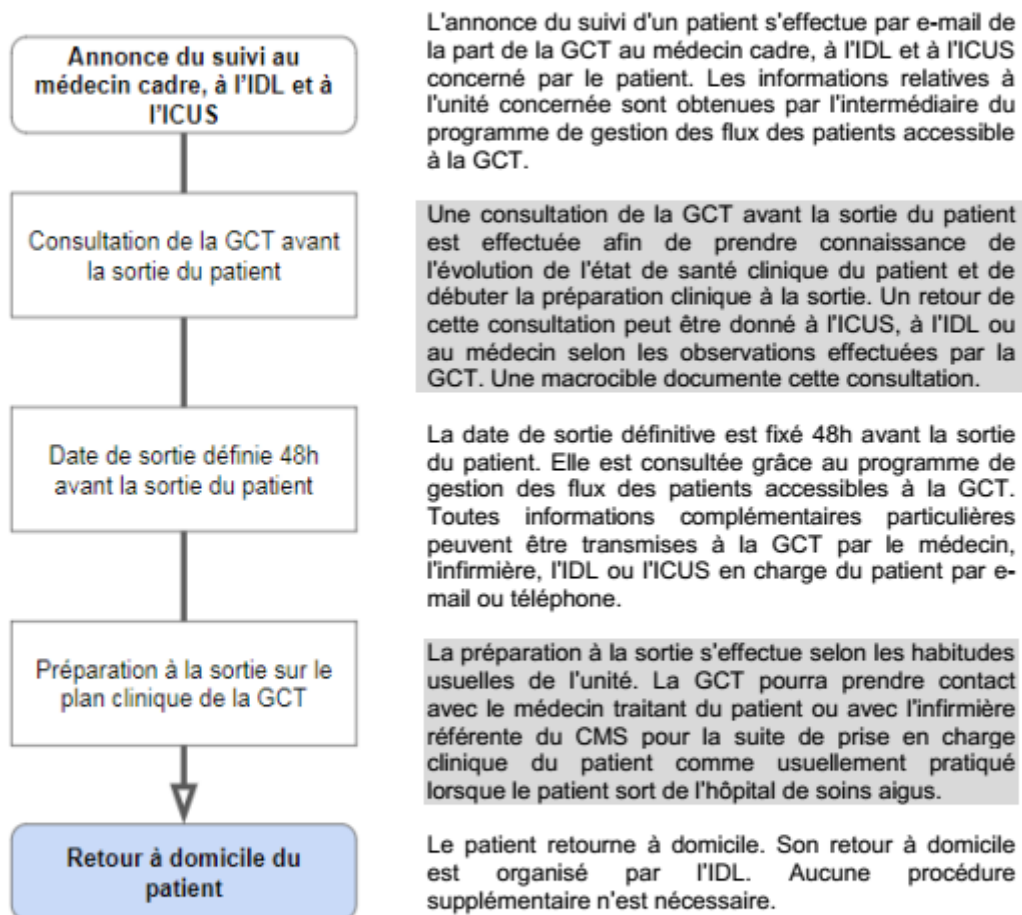
Dr Jean-Christophe Laurent

Brigitte Kauz

Laura Bochud

18. Annexe III

Une procédure standardisée de collaboration permet de clarifier les processus cliniques et les professionnels concernés. La procédure proposée peut être modifiée par les différents professionnels concernés dans la prise en charge du patient. La consultation de la gestionnaire de cas thérapeutique (GCT) sur le site du CTR de Chamblon est actuellement en test. Cette phase est sujette à des modifications dans le futur. Toute intervention de la GCT est documentée dans Soarian dans l'attente de la création d'un formulaire de soins destiné aux consultations infirmières. La GCT documente par la création d'une macrocible.



A noter, que toute demande de prise en charge peut également être demandée par l'équipe interdisciplinaire du CTR de Chamblon et être adressée à la GCT par e-mail ou téléphone.

Contact de la gestionnaire de cas thérapeutique (CGT) :

laura.bochud@rsnb.ch

079 579 95 36