

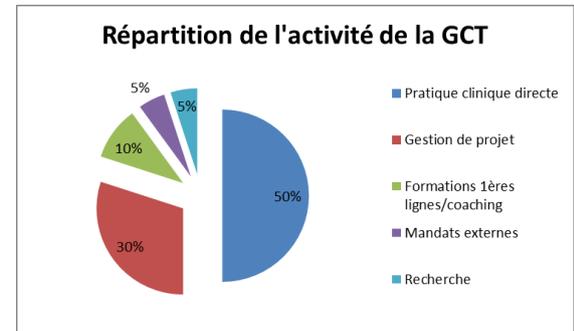
Gestion de cas thérapeutique – insuffisance cardiaque

Rappel des objectifs du projet

L'objectif du projet est d'optimiser la prise en soins des patients atteints d'insuffisance cardiaque (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 envisagés sont la diminution du nombre d'hospitalisation et de ré-hospitalisation, la diminution de la durée d'hospitalisation et une augmentation des capacités d'auto-soins du patient.

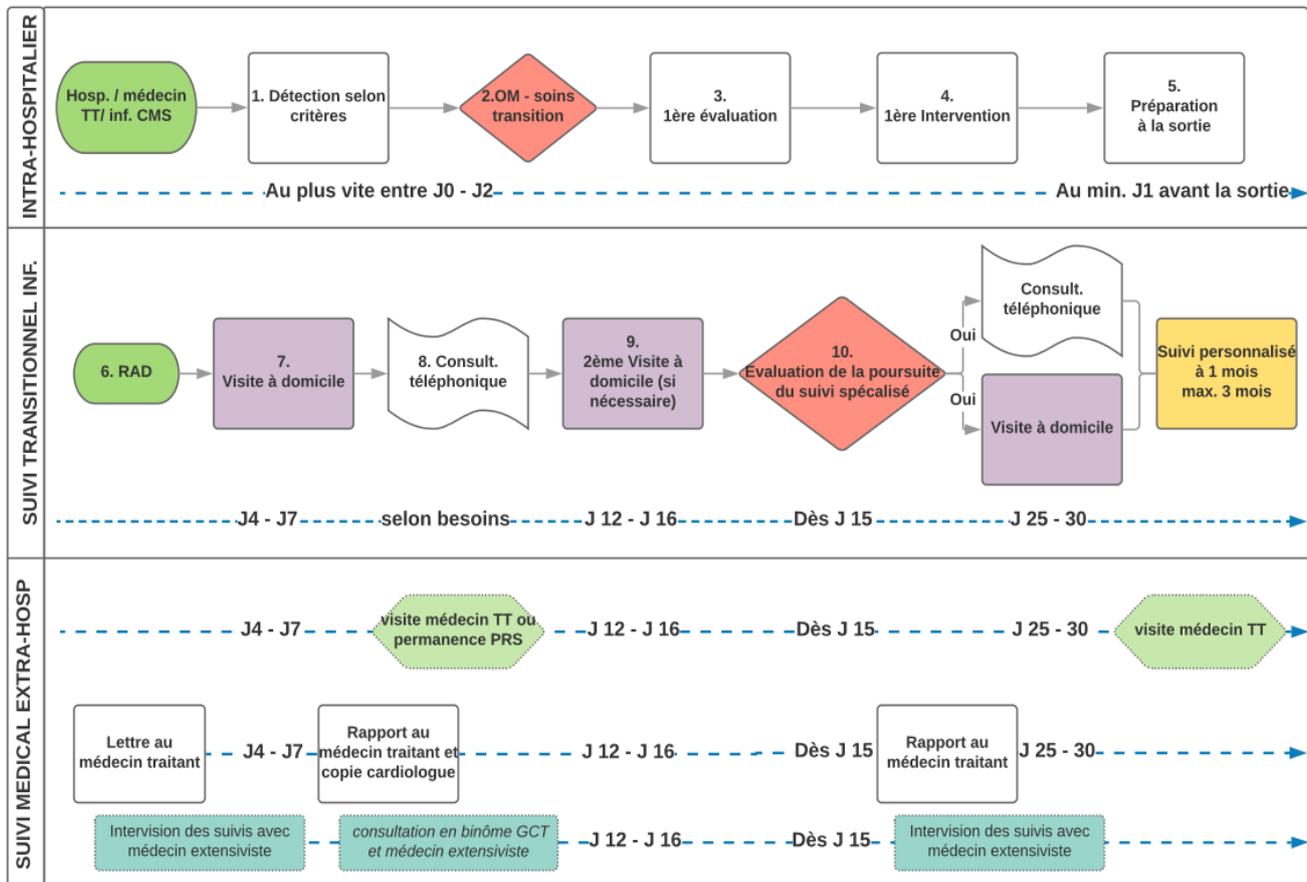
Activité clinique de la gestionnaire de cas thérapeutique (GCT)

L'activité clinique de la GCT est basée sur le modèle de pratique infirmière avancée de Hamric et le modèle d'implantation du rôle choisi est le PEPPA modèle « Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice Nursing »(1,2). La répartition de l'activité clinique de la CGT est présentée dans le schéma.



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 (3–10). 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.



Conception de la consultation infirmière

La consultation infirmière répond aux besoins personnalisés des patients à l'aide d'outils et d'échelles validés. La documentation est standardisée et se retrouve autant dans les dossiers patients intra-hospitaliers que communautaires. La facturation intra-hospitalière est conceptualisée et actuellement testée. La facturation extra-hospitalière sera testée en début du mois de mars.

Premiers résultats

Au 31.12.2018, 19 patients ont bénéficié des soins de transition. Leur âge moyen est de 83 ans (min. 62, max 95). Leur risque de mortalité est de 83.1% à une année. Le diagnostic principal le plus fréquemment retrouvé est la décompensation cardiaque globale. Les patients sont atteints majoritairement d'une insuffisance cardiaque NYHA de stade III (n=9) et IV (n=8).

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

Renforcement des compétences de 1^{ères} lignes

Plusieurs ateliers ont été réalisés en unité de médecine à Yverdon afin de favoriser l'évaluation clinique et symptomatique des patients IC. Une carte de poche est en cours de validation.

Le projet des étudiantes en Master en sciences infirmières de l'IUFRS¹ touche à sa fin. Deux pistes de solutions ont été choisies par le CMS d'Yverdon afin de renforcer les compétences des infirmières référentes. Il s'agit notamment d'améliorer les transmissions cliniques infirmières et de favoriser une évaluation clinique des patients IC complète et efficace afin de détecter précocement les signes de décompensation cardiaque.

Communication

Le plan de communication 2019 est en cours de révision. Plusieurs communications auront lieu afin d'informer les différents partenaires professionnels des premiers résultats et de l'avancée du projet.

La création d'une brochure informative est en cours d'élaboration afin de favoriser la communication et l'information.

Perspectives 2019

Le fonctionnement la consultation infirmière et de l'itinéraire clinique doivent être pérennisés. Les résultats cliniques « patients » et de processus doivent être encore évalués dans le temps afin de mieux pouvoir mesurer la plus-value du rôle et des soins de transition.

La collaboration avec les médecins traitants et les cardiologues doit être renforcée notamment par le biais d'une meilleure communication. Un effort sera fourni en 2019 afin de favoriser et de faciliter la communication entre tous les partenaires. Une brochure de la consultation à but informatif sera testée.

La GCT actuelle sera en congé maternité dès la fin mai 2019. Une remplaçante à 50% assurera la consultation infirmière durant son absence. Le déploiement du projet à d'autres sites et unité sera effectué au retour de la GCT en fin d'année 2019.

Conclusion

Le premier bilan du projet démontre la faisabilité de mettre en place des soins de transition destinés aux patients insuffisants cardiaques. Du recul est nécessaire afin de pouvoir démontrer une plus-value clinique et l'acceptabilité des différents partenaires professionnels.

L'objectif 2019 fixé pour le projet est de pérenniser la prestation de soins infirmiers de transition pour les patients insuffisants cardiaques, évaluer sa plus-value ainsi que les possibilités de déploiement pour la fin de l'année 2019.

¹ Institut universitaire de formation et de recherche en soins

Références

1. Hamric AB, éditeur. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 5th edition. St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders; 2014. 726 p.
2. 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.
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. 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/>
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Guirguis-Blake J. Transitional Care Interventions to Prevent Readmissions for Patients with Heart Failure. *Am Fam Physician*. 1 mars 2016;93(5):401-3.
9. 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.
10. 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.