

## Gestion de cas thérapeutique – insuffisance cardiaque

### Rappel du contexte

En 2017, aux eHnv, 749 hospitalisations concernaient des patients ayant un diagnostic principal ou secondaire de décompensation cardiaque (1). Dans la littérature, 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).

### Rappel des objectifs du projet

L'objectif 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 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.

### Méthode

La projection de l'organisation de la prise en soin des patients IC a été construite sur la base d'une revue de la littérature et des guides de bonnes pratiques, du cadre de référence des processus cliniques communs du Nord Vaudois, de l'état des lieux de la prise en soins actuelle au niveau intra et extrahospitalier et des décisions du comité clinique (4,5,7–12). Ces processus seront mis à l'épreuve et adaptés en fonction des tests qui seront réalisés durant les prochains mois (voir annexe I schéma PERT du projet).

### Au niveau des premières lignes :

- i) Projet clinique en cours de réalisation afin d'élaborer des stratégies permettant de renforcer la qualité des interventions des infirmières de soins à domicile tant au niveau de l'examen clinique infirmier qu'au niveau des interventions d'éducation thérapeutique au patient et à ses proches.
- ii) Groupes de travail en cours de création avec les physiothérapeutes et diététiciens au niveau intra-hospitalier afin de renforcer la collaboration interprofessionnelle et d'améliorer la prise en charge globale des patients IC lors de l'hospitalisation.
- iii) Projet de création d'un groupe de travail sur le processus de préparation à la sortie du patient permettant ainsi d'améliorer la coordination entre les différents intervenants et la mise en place d'interventions efficaces standardisées (4,13,14). Ce projet pourrait être institutionnel et concerner tous les patients complexes hospitalisés aux eHnv à risque de réadmission.

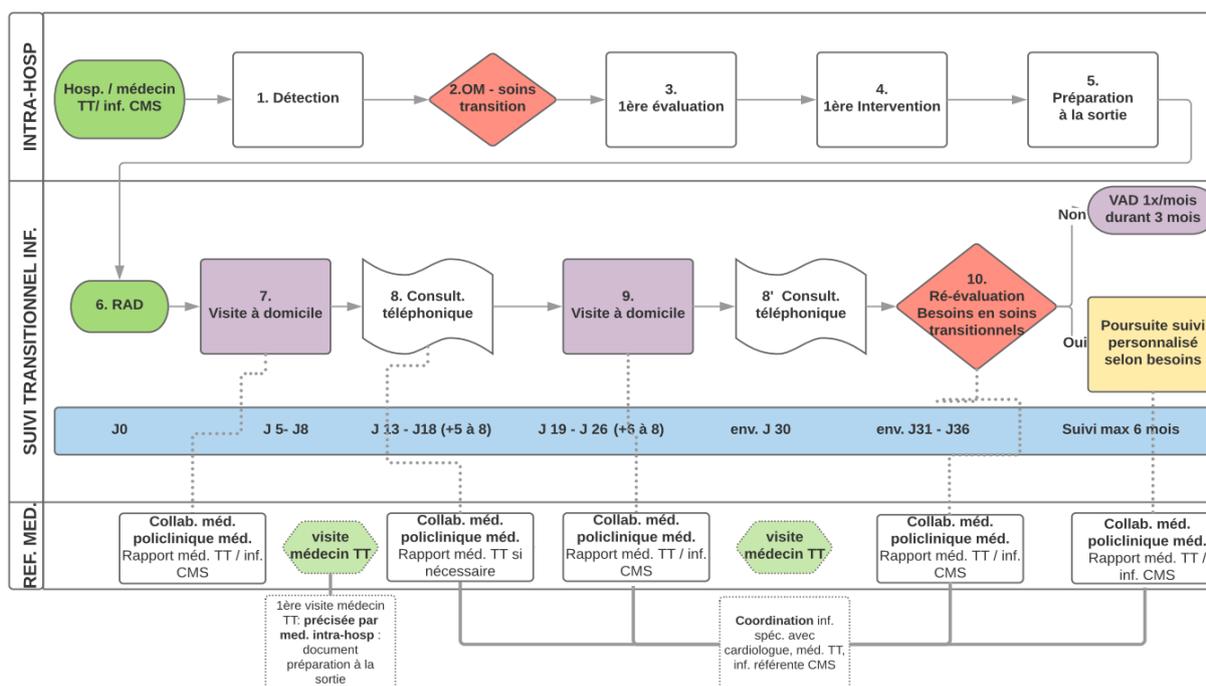
### Au niveau de la prise en soins spécialisée de deuxième ligne :

- i) Mise en place d'un itinéraire clinique pour les patients IC à risque de réadmission assuré par une infirmière de pratique avancée, infirmière clinicienne spécialisée (ICLS) (fig. 1).

L'itinéraire clinique comprend un « bundle » d'interventions afin de permettre une prise en soins régulière de haute intensité durant l'hospitalisation et durant la phase de transition du patient au retour à domicile (5,9,12,15).

**Les étapes de cet itinéraire clinique sont :**

- Détection** par les médecins hospitaliers, dans un premier temps, des patients IC complexes selon des critères spécifiques (annexe II). Cette détection pourra s'effectuer par la suite par les médecins traitants et par les infirmières de soins à domicile. La prise en charge devra cependant être validée et déléguée par le médecin traitant.
- Délégation médicale** à l'ICLS des situations nécessitant des soins de transition.
- Première intervention d'évaluation intra-hospitalière** basée sur des échelles standardisées. Sur la base de cette évaluation et du jugement clinique infirmier, des recommandations peuvent être faites au médecin et aux infirmières de première ligne. Des avis spécialisés peuvent être demandés suite à cette évaluation (diététiciens, physiothérapeutes, ICLS gériatrie, infirmière soins palliatifs, diabétologie etc.). L'ICLS collabore activement à la prise en soins global du patient.
- Première intervention en milieu intra-hospitalier.** Adaptation du projet et objectifs de soins partagés avec le patient et les intervenants de la prise en soins (selon avis cardiologue par exemple). Consentement du patient à bénéficier d'un suivi spécialisé de transition.
- Préparation à la sortie** : cette étape complexe fait lieu d'une réflexion à l'heure actuelle. (cf. création d'un groupe de travail ci-dessus).
- Retour à domicile** du patient avec une planification claire du suivi infirmier et médical.
- Première visite à domicile** : évaluation clinique du patient, évaluation de l'adaptation du patient au retour à domicile, identification des difficultés rencontrées et remédiations, éducation thérapeutique, communication interprofessionnelle avec les différents intervenants. Travail en binôme avec le médecin extensiviste.
- et 8' Consultation téléphonique** : une consultation téléphonique a lieu dans l'intervalle de la prochaine visite médicale chez le médecin traitant ou de la visite infirmière à domicile.
- Deuxième visite à domicile** : évaluation clinique du patient, poursuite de l'éducation thérapeutique du patient, mises en place ou renforcement des interventions de prise en soins en collaboration avec le médecin traitant, le médecin extensiviste et l'infirmière référente des soins à domicile.
- Réévaluation des besoins** du patient en soins de transition spécialisés par les différents intervenants. Le suivi régulier est d'une durée minimale d'un mois après la sortie de l'hôpital, le risque de ré-hospitalisation étant particulièrement élevé durant cette période (16). La suite du suivi est personnalisée aux besoins du patient et de ses proches.

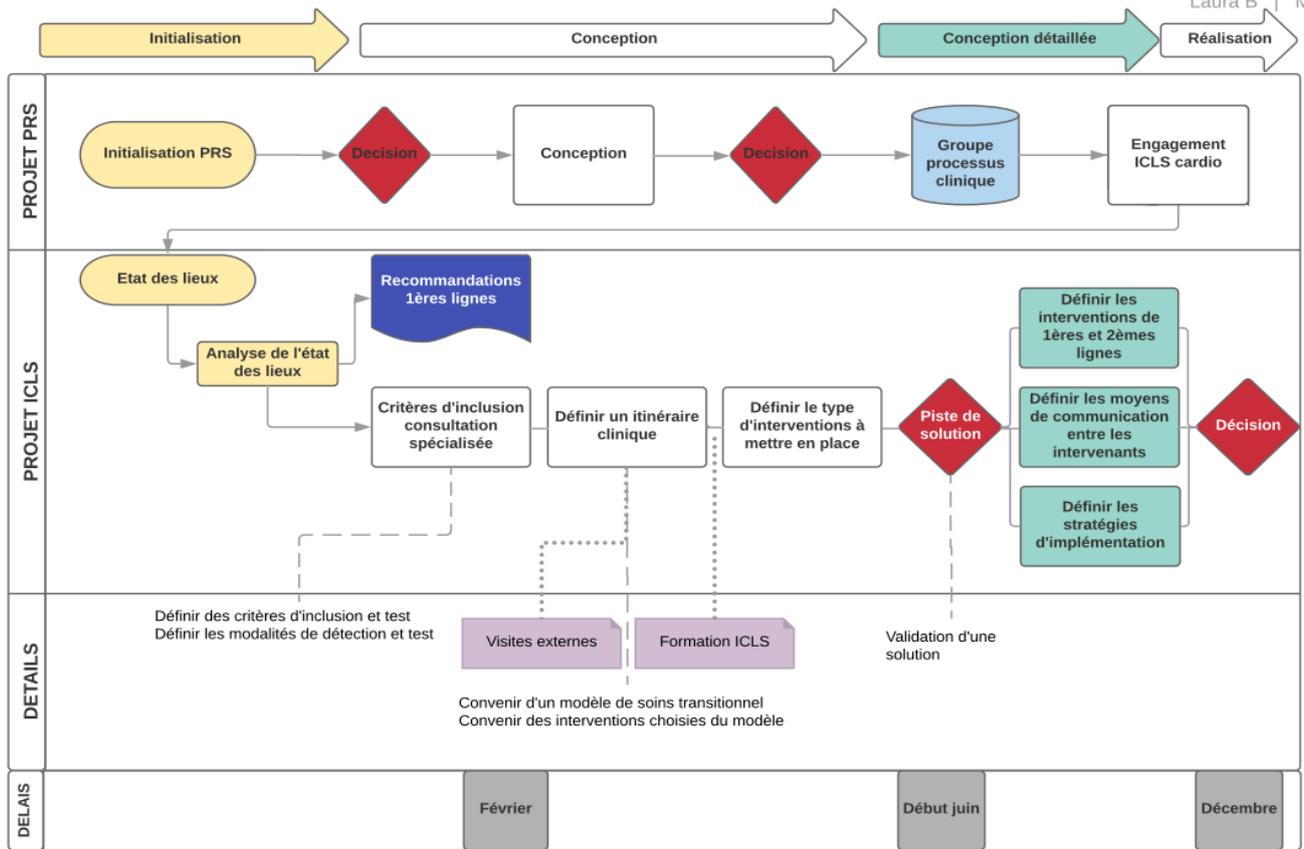


## Références :

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. 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.
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. 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 special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail*. août 2016;18(8):891-975.
10. 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](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242988/fr/guide-parcours-de-soins-insuffisance-cardiaque)
11. Kauz B. Plan de gestion de projet; Pôle Régional Santé. 2017.
12. 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.
13. 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.
14. Mabire C. Importance des soins de transition: Des facteurs prédictifs 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\\_Des\\_facteurs\\_predictifs\\_du\\_succes\\_de\\_la\\_transition\\_de\\_l\\_hopital\\_vers\\_la\\_communaute](https://www.researchgate.net/publication/275269748_Importance_des_soins_de_transition_Des_facteurs_predictifs_du_succes_de_la_transition_de_l_hopital_vers_la_communaute)
15. Bouilly C, Hanon O. [Heart failure and comorbidities]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. mars 2015;13 Suppl 1:13-22.
16. Wang H, Johnson C, Robinson RD, Nejtek VA, Schrader CD, Leuck J, et al. Roles of disease severity and post-discharge outpatient visits as predictors of hospital readmissions. *BMC Health Serv Res* [Internet]. déc 2016 [cité 27 déc 2017];16(1). Disponible sur: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1814-7>
17. 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](https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/.../pres-20140130-Bodenmann.pdf)

# Annexe I : Schéma PERT

Laura B | May



## Annexe II : critères d'inclusion et d'exclusion

### Critères d'inclusion :

Diagnostic principal ou secondaire de décompensation cardiaque et/ou IC

Patient sans troubles cognitifs et psychiatriques majeurs

≥ 3 critères de vulnérabilité selon tableau ci-dessous

### Critères d'exclusion :

Patient nécessitant des soins palliatifs

Patient dialysé

Patient avec un diagnostic principal oncologique

Refus du patient d'une prise en charge spécialisée

### Axes de vulnérabilité du patient IC (cocher les cases correspondantes)

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

*Inspiré de P. Bodenmann et American Nurse today (5,17)*