

Pôle Régional Santé - Rapport de fin de projet

Gestion de cas thérapeutique - Insuffisance cardiaque Etat au 30 juin 2022

Sibylle Robert-Grandpierre, chargée de projet, RSNB

Aurélie Blaser, cheffe de projet PRS, RSNB

Validé par le comité spécialisé le 30 août 2022

Validé par le Bureau Nord du RSNB, également Comité de Pilotage pour le Projet
Pôle régional Santé le 13 octobre 2022

Table des matières

1. Résumé.....	3
2. Tableau financier : Budget 2023.....	3
3. Historique et contexte du projet.....	3
4. Objectifs et moyens déployés	4
4.1 Objectifs.....	4
4.2 Ressources humaines	5
4.3 Ressources logistiques.....	5
4.4 Territoire d'intervention.....	5
5. Etapes clés & Principales réalisations.....	5
5.1 Etapes clés.....	5
5.2 Elaboration d'un itinéraire clinique & développement de soins de transition	5
5.3 Renforcement de la collaboration, la communication et la coordination des intervenants	6
5.4 Renforcement et développement du rôle autonome infirmier	7
5.5 Renforcement des compétences des 1ères lignes	8
5.6 Facturation de l'activité.....	8
6. Résultats au 30 juin	8
6.1 Activité clinique	8
6.2 Outcomes des scores d'auto-soins et des ré-hospitalisations des patients suivis.....	10
6.3 Renforcement des compétences des premières lignes	10
6.4 Satisfaction des partenaires et des patients	10
7. Analyse et recommandations.....	12
7.1 Forces et opportunités	12
7.2 Risques et faiblesses.....	13
7.3 Recommandations.....	14
8. Références.....	15

1. Résumé

En Suisse, l'insuffisance cardiaque (IC) touche environ 200'000 personnes, dont 80 % ont plus de 65 ans. Compte tenu du vieillissement de la population, un doublement des cas est attendu au cours des 20 prochaines années. L'IC est d'ailleurs la première cause d'hospitalisation et représente 11,9 % des consultations chez le généraliste après l'âge de 65 ans (1). La littérature montre que 20 à 25% des ré-hospitalisations concernent les patients atteints d'IC, engendrant des coûts de la santé élevés et une diminution de la qualité de vie (2).

Depuis 2017, le Réseau Santé Nord Broye (RSNB) et ses partenaires ont testé, dans le cadre du projet Pôle Régional Santé (PRS), un itinéraire clinique transverse, intégrant des soins de transition et des interventions infirmières spécifiques, notamment en termes d'éducation thérapeutique (ETP) pour les patients IC, qui débute à l'hôpital et se poursuit à domicile.

Une évaluation de la prestation a été effectuée en 2022 en vue de la fin de la phase de projet. Elle révèle une très bonne satisfaction des partenaires impliqués et des patients ayant bénéficié de la prestation. Des pistes d'amélioration ont été mises en exergue et seront explorées en 2023.

A noter que la prestation dépend entièrement d'une subvention cantonale, et les travaux concernant les possibilités de facturation menés entre 2017 et 2022 seront poursuivis en 2023.

Au terme de la phase projet, la recommandation principale est de pérenniser la prestation et la déployer en renforçant la dotation infirmière actuelle.

Le tableau financier ci-dessous décline le budget 2023 intégrant une augmentation de la dotation infirmière, passant de 0.8 EPT actuel à 1.4 EPT, permettant un déploiement de l'activité.

2. Tableau financier : Budget 2023

Gestion de cas thérapeutique - insuffisance cardiaque			
Budget 2023 en CHF			
Revenus			
Facturation ¹		0	
Charges de personnel (y compris overhead et charges sociales)		EPT	195'500
Charges soignantes	1.40	185'500	
Formation du personnel		10'000	
Charges d'exploitation			9'500
Loyer		4'500	
Matériel informatique ²		5'000	
Résultat / besoin en subvention			-205'000

3. Historique et contexte du projet

En 2016, les partenaires régionaux font état d'une prise en soins suboptimale engendrant des hospitalisations urgentes et des ré-hospitalisations fréquentes des patients IC. Par exemple, en 2017, aux eHnv, 632 hospitalisations ont concerné des patients avec un code diagnostic d'IC. Le PRS et ses partenaires ont identifié le besoin d'une prise en charge adaptée, spécialisée et individualisée pour ces patients, qui pourrait être généralisée pour d'autres pathologies chroniques.

¹ Il n'y a pas de recettes budgétées en 2023, mais les possibilités de facturation continueront d'être explorées

² Le matériel informatique inclut ordinateur et outils mobiles du CMS (tablettes/téléphone)

Une infirmière appelée gestionnaire de cas thérapeutique (infirmière GCT) a été engagée en novembre 2017 et est intégrée dans le PRS avec des objectifs de continuité des soins et de renforcement des compétences des soignants des premières lignes.

Une revue de la littérature faite en 2018 relève les points suivants :

- L'élaboration d'itinéraire clinique est recommandée pour les patients âgés de plus de 75 ans. Il permet de favoriser la création d'une collaboration pluridisciplinaire et interprofessionnelle, standardise la prise en soins du patient IC et augmente la qualité des soins (3).
- Renforcer et développer le rôle autonome infirmier dans l'efficacité des interventions d'éducation thérapeutique permet d'améliorer la détection précoce des complications et de favoriser l'autonomie des patients dans les auto-soins (4).
- Une prise en charge pluridisciplinaire est recommandée pour les patients IC incluant des physiothérapeutes, infirmiers spécialisés, diététiciens, pharmaciens, gériatres, équipe de soins palliatifs, assistants sociaux, médecins spécialistes et cardiologues ou encore des associations de patients, et inclut aussi les proches aidants (4).
- La préparation, l'organisation et la coordination de la sortie du patient de l'hôpital permet le retour à domicile dans de bonnes conditions, diminue les taux de ré-hospitalisation et augmente la qualité de vie des patients (5).

Les éléments suivants ont donc été priorisés et recommandés dans la conduite du projet :

- ⇒ Elaborer un itinéraire clinique standardisé pour les patients IC en situation de soins complexe détectés précocement lors de l'hospitalisation, et implémenter des soins transitionnels
- ⇒ Renforcer et développer le rôle autonome infirmier, spécifiquement dans l'efficacité de la visite infirmière de santé et dans l'efficacité des interventions d'éducation thérapeutique
- ⇒ Renforcer et développer la collaboration, la communication et la coordination des intervenants dans la prise en soins des patients IC de manière transversale

4. Objectifs et moyens déployés

4.1 Objectifs

Une fiche projet ([disponible ici](#)) a été établie et validée avec les objectifs principaux suivants :

- Optimiser la prise en charge des patients atteints d'IC afin d'augmenter leur qualité de vie
- Assurer la continuité des soins en renforçant la prise en soins transversale multidisciplinaire entre les professionnels des différentes institutions du Nord vaudois
- Diminuer le nombre d'hospitalisations et de ré-hospitalisations

Et les objectifs spécifiques suivants :

- Développer et renforcer les compétences des premières lignes de soins
- Améliorer la communication et coordination dans la continuité des soins
- Améliorer la qualité de vie, les capacités d'auto-soins
- Détecter précocement les décompensations

4.2 Ressources humaines

- Une infirmière clinicienne spécialisée (ICLS) a été engagée par le RSNB en novembre 2017. En 2019, un congé maternité et une démission ont mené à l'engagement d'une infirmière spécialisée en soins d'urgence, avec des compétences en évaluation clinique, pour assurer le suivi des patients
- En termes de formation, l'infirmière spécialisée en soins d'urgence a suivi un CAS en coordination des soins et travail en Réseau entre 2020 et 2022, incluant des modules d'éducation thérapeutique
- Un comité clinique composé de partenaires institutionnels et indépendants a été mis en place afin de valider les concepts cliniques et établir des recommandations à l'intention des différentes instances de validation du PRS. Il a été arrêté durant la pandémie de COVID-19 et a repris en 2022 pour la finalisation du projet
- Un médecin extensiviste³ supervise les rapports de l'infirmière GCT, échange sur le suivi des patients, et peut accueillir les patients 7/7 à la Permanence du PRS si besoin. Il dépend de la Permanence du PRS et facture ses prestations directement à travers cette dernière

4.3 Ressources logistiques

L'infirmière GCT dispose d'un bureau situé sur le site des soins aigus des eHnv à Yverdon-les-Bains, d'un ordinateur, des outils mobiles du CMS (tablette + téléphone portable), ainsi que d'un accès informatique à Soarian et d'un accès Medlink. Elle dispose également de petit matériel de soins (appareils de mesure des signes vitaux et un stéthoscope) et d'un permis de conduire.

4.4 Territoire d'intervention

Les patients concernés sont les patients hospitalisés dans le service de médecine des eHnv à Yverdon. Des questionnements quant au territoire ont conduit à limiter les suivis pour les patients résidant sur les communes du RSNB⁴ lors de la phase projet, étant donné le financement du projet par le RSNB via le PRS.

5. Etapes clés & Principales réalisations

5.1 Etapes clés

- 2017 : engagement d'une infirmière clinicienne spécialisée (ICLS)
- 2018 : conception et test de l'itinéraire clinique transverse avec les premiers patients suivis
- 2019 : 1^{er} bilan et continuité de la prestation
- 2020 : suspension du projet – infirmière engagée auprès des partenaires pour COVID-19
- 2021 : reprise des suivis transverses dans le cadre de l'itinéraire clinique
- 2022 : consolidation, bilan et recommandations

5.2 Elaboration d'un itinéraire clinique & développement de soins de transition

L'itinéraire clinique transverse ([disponible ici](#)) 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. Il a été testé et révisé et peut être adaptable selon les situations et les patients.

³ Chef de clinique de médecine interne générale qui fait le lien entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire (aux eHnv)

⁴ Les communes appartenant au RSNB sont répertoriées sur le site : <https://www.reseaux-sante-vaud.ch/liste-des-communes-vaudoise>

Les critères ont également été testés et validés, et sont les suivants :

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 psychiatriques majeurs
- Refus du patient d'une prise en charge spécialisée

Une convention établit les responsabilités avec les eHnv : la responsabilité de la délégation des patients est attribuée aux médecins chefs de médecine interne des eHnv, site d'Yverdon. La supervision du suivi à domicile est déléguée au médecin chef de clinique extensiviste, qui dépend de la Permanence du PRS.

La durée du suivi des patients est définie en fonction des besoins du patient et des demandes des intervenants. Certains patients sont entrés dans un suivi « long » et sont suivis depuis plus de deux ans par l'infirmière. Ces suivis ne sont cependant pas la norme et restent exceptionnels.

Il y a eu peu de demandes directement depuis la communauté, les suivis débutant majoritairement depuis l'hôpital. Il n'y a pas eu de suivi de patients résidant en EMS. La faisabilité devrait être explorée avec les EMS et les médecins d'EMS pour déterminer des objectifs et plus-values spécifiques.

5.3 Renforcement de la collaboration, la communication et la coordination des intervenants

Dans le cadre de son activité, l'infirmière GCT est amenée à travailler en intra-hospitalier ainsi que dans la communauté, au domicile du patient. Elle bénéficie ainsi des informations en lien avec l'hospitalisation et des informations du CMS lorsque le patient est suivi par ce dernier, ce qui permet de fluidifier la prise en charge et également de pouvoir assurer un suivi à distance (surveillance du poids et d'autres éléments par exemple).

Lorsque le patient bénéficie déjà de soins à domicile, l'infirmière organise, dans la mesure du possible, une visite avec l'infirmière à domicile afin de coordonner la prise en charge et les objectifs du patient.

Elle assure une compréhension partagée de la situation du patient auprès des partenaires et favorise le partenariat avec les patients et leur entourage.

Un rapport de consultation est rédigé par l'infirmière GCT, supervisé et co-signé par le médecin extensiviste de la Permanence PRS, à chacune de ses évaluations à domicile. Il est envoyé au médecin traitant, au cardiologue et également partagé avec les partenaires des soins à domicile.

L'infirmière GCT occupe un rôle extrêmement varié avec une possibilité de collaboration avec de multiples intervenants:

- *médecin hospitalier* : ce sont eux qui identifient le plus souvent les patients pour un suivi
- *infirmière de liaison, case manager et équipe de médecine* : l'infirmière collabore avec l'équipe en intra-hospitalier qui est également un relais pour l'identification des patients pour un suivi
- *médecin traitant* : l'infirmière GCT envoie les rapports de ses consultations au médecin traitant. Tous ont des manières de travailler différentes et des moyens de communication privilégiés différents, pour lesquels l'infirmière fait preuve de flexibilité et d'adaptation
- *cardiologues* : les cardiologues de la région ont tous été rencontrés pour la présentation du projet. Ils reçoivent les rapports de consultations

- *médecin extensiviste*: il supervise les rapports de l'infirmière et en est cosignataire. Les patients peuvent être reçus 7/7 à la Permanence pour un suivi clinico-biologique dans les jours après une sortie d'hospitalisation pour décompensation cardiaque. Le suivi rapproché peut y être effectué par l'équipe de la Permanence en cas d'indisponibilité du médecin-traitant

L'infirmière GCT collabore régulièrement avec les médecins de la Permanence, soit pour des consultations en binôme à la Permanence, soit pour une supervision de son activité à domicile lorsque le médecin traitant n'est pas joignable

- *Soins à domicile* : l'infirmière GCT collabore avec les infirmiers à domicile et effectue dans la mesure du possible une consultation en binôme auprès du patient afin de fixer des objectifs communs de prise en charge. Lorsque la situation est stabilisée, elle reste à disposition autant pour les patients que les organisations à domicile en cas de changement ou péjoration
- *Pharmacien PRS* : l'infirmière GCT sollicite le pharmacien, avec l'accord du médecin traitant, afin d'obtenir un avis médicamenteux. Le médecin traitant reste le garant du traitement
- *Gestion de cas de coordination (GCC)*: l'infirmière a été amenée à collaborer avec l'infirmière GCC. Cette dernière ayant participé au PRS, les processus de travail et les rôles de chacun sont connus, ce qui permet des synergies intéressantes dans les collaborations
- *Team gériatrie eHnv* : l'infirmière partage son bureau avec la team gériatrie des eHnv. Les échanges sont donc quotidiens à propos des patients qui entrent souvent dans les critères des deux spécialités, ce qui permet une riche collaboration
- *Physiothérapeutes et diététiciennes* : des travaux avaient été initiés avant la pandémie de COVID-19 dans le but de renforcer la collaboration pluridisciplinaire intra-hospitalière et transverse, mais le contexte sanitaire a suspendu les actions qui n'ont pas été relancées dans ce laps de temps
- *Autres* : l'infirmière est amenée à collaborer avec d'autres équipes ou partenaires en fonction des situations et des évolutions des patients. Elle fait par exemple le relai avec l'Equipe Mobile de soins palliatifs du RSNB pour les situations qui le nécessitent

En parallèle, des discussions ont été initiées en 2022 afin de participer au déploiement du Dossier Electronique du Patient (DEP), le RSNB ayant été mandaté pour déployer le DEP et créer les moyens d'identifications électroniques nécessaires pour y accéder. Un des objectifs du DEP étant de pouvoir améliorer la coordination et la communication entre les acteurs, il fait sens de pouvoir le mettre en œuvre dans le cadre de l'itinéraire clinique pour renforcer ces éléments.

5.4 Renforcement et développement du rôle autonome infirmier

Dans l'étape de conception du projet, des contacts avec la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) ont été initiés concernant une étude randomisée contrôlée (RCT) : « Tester la faisabilité et 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). De nombreuses études ont démontré que des auto-soins adéquats peuvent réduire la mortalité et le risque d'hospitalisation liés à une insuffisance cardiaque, d'où le rôle clé des infirmières⁵.

Les interventions spécifiques de l'infirmière GCT ont été basées sur cette RCT et encouragent le patient :

- à identifier les symptômes spécifiques de péjoration de la fonction cardiaque
- à surveiller ces symptômes quotidiennement
- à interpréter les résultats pour réagir lorsque c'est nécessaire

⁵ Plus d'information et article: <https://www.heds-fr.ch/fr/ecole/actualites/insuffisance-cardiaque-et-autogestion-des-symptomes/>

5.5 Renforcement des compétences des premières lignes

Des ateliers flash de formation⁶ sur la surveillance clinique infirmière du patient IC, la prévention et la gestion des symptômes des patients IC ont été mis en place en collaboration avec les infirmiers cliniciens des services stationnaires des eHnv et l'infirmière GCT.

Il a été proposé de commencer les ateliers flash du patient IC à St-Loup, car le site d'Yverdon a été formé à l'évaluation clinique somatique globale (formation donnée par les eHnv) et bénéficie également d'ateliers flash de gériatrie, alors que le site de St-Loup est en attente de ces formations.

Les ateliers seront poursuivis sur les CTR d'Orbe et de Chamblon puis sur le site d'Yverdon-les-Bains. Des discussions sont en cours pour pouvoir les déployer auprès de l'Equipe 24/24 de la Réponse à l'urgence et des différents CMS de la région.

5.6 Facturation de l'activité

Un travail autour des possibilités de facturation a été effectué, dont voici les principaux éléments :

- L'activité de l'infirmière GCT à l'hôpital est relevée à titre statistique, mais n'est pas facturable
- La supervision du rapport de consultation de l'infirmière GCT ainsi qu'un temps de « coaching » sont facturés via TARMED par le médecin extensiviste à la Permanence PRS
- Les consultations médico-infirmières à la Permanence sont facturées via TARMED par le médecin extensiviste à la Permanence PRS
- Actuellement, le RSNB n'est pas reconnu comme une institution de soins et ne peut facturer des prestations directement, car il ne possède pas de numéro de concordat. Les possibilités de facturation de l'activité à domicile ont été étudiées avec l'ASPMAD

Les différents actes proposés par l'infirmière GCT ont été décomposés en rapport avec le catalogue des actes de l'ASPMAD et par rapport au critère d'économicité qui doit être respecté. En prenant en compte le coût administratif (analyse, création du dossier, coordination, gestion administrative, gestion des litiges), en rapport avec la faible facturation envisagée, les directions de l'ASPMAD et du RSNB n'ont pas souhaité entrer dans cette démarche

- Des discussions ont été initiées en 2022 sur les possibilités de facturation de l'activité infirmière via TARMED avec les eHnv, mais les conditions à remplir pour être en mesure de facturer doivent encore être discutées et modélisées (employeur, médecin responsable, critères) et cette possibilité sera explorée en 2023

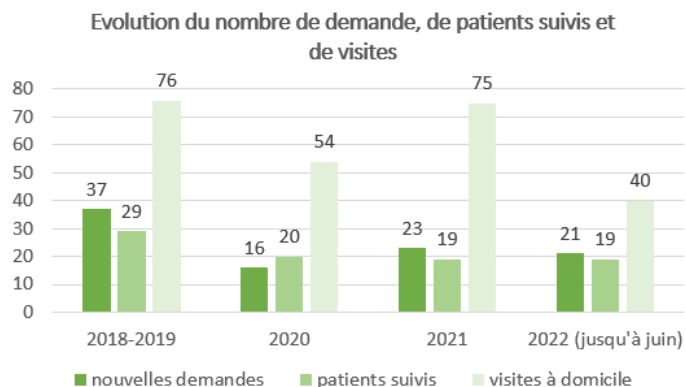
6. Résultats au 30 juin

6.1 Activité clinique

Le graphique ci-dessous indique le nombre de nouvelles demandes, le nombre de patients suivis par année, ainsi que le nombre de visites à domicile par l'infirmière GCT. Un même patient peut être suivi sur deux années et est compté dans les deux années.

Depuis le début du projet, une vingtaine de patient ne sont pas entrés dans le suivi dans le cadre de l'itinéraire clinique après une demande : soit parce que le patient a refusé le suivi, par attrition (suivi au CHUV ou autre institution), que le patient ait finalement été suivi par l'équipe mobile de soins palliatifs ou qu'il n'était pas sur le secteur du RSNB.

⁶ Les ateliers flash de formations sont des ateliers « refresh » de courte durée (20-30 minutes) sur des thèmes spécifiques

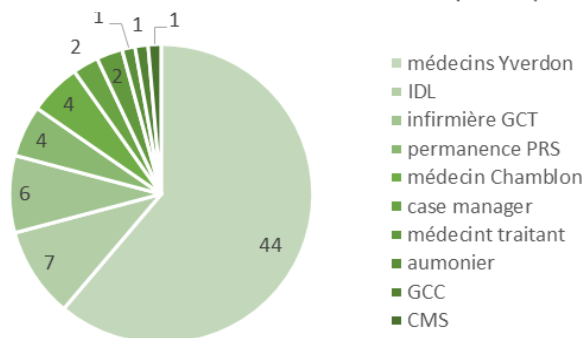


- 2020 : l'activité a dû s'adapter au contexte sanitaire, quelques suivis à domicile se sont poursuivis mais les nouvelles demandes ont été suspendues
- 2021 : l'activité a repris un cours « normal » au deuxième semestre
- Jusqu'à juin 2022 : les nouvelles demandes, le nombre de patients suivis et de visite à domicile tend à augmenter comparativement à 2020 et 2021

Depuis le début du projet jusqu'à fin juin 2022, il y a eu 72 patients suivis pour 245 visites à domicile :

- la moyenne d'âge est de 80.5 ans (57-99 ans)
- 60% sont des hommes, 40% des femmes
- 40 n'ont pas de soins à domicile

Provenance des demandeurs (n=72)



L'infirmière GCT est engagée à 80% et son activité est répartie comme suit :

- 20% chargée de projet
- 5% mandat de formation externe + 5% consacré à l'objectif d'augmentation des compétences
- 50 % dédié à la clinique / suivi des patients

Au 30 juin 2022, l'infirmière GCT compte 9 patients actifs et 4 patients en attente de suivi, soit une file active de 13 patients pour une activité clinique à 50%.

6.2 Scores d'auto-soins et des ré-hospitalisations des patients suivis

Echelle d'auto-soins⁷ :

- Auto-soins optimaux = score 12
- Aucun auto-soins réalisé = score 40

Parmi les patients suivis par l'infirmière GCT

- Moyenne score T0 (hôpital) : 35.92
- Moyenne score T1 (à domicile): 25.25

La moyenne des scores d'auto-soins diminue et tend vers des auto-soins optimaux.

6.3 Ré-hospitalisations des patients

Parmi les patients suivis :

- Ré-hospitalisation à 1 mois : N=16 (sur 70 patients évaluables)
- Ré-hospitalisation à 3 mois : N= 12 (sur 54 patients évaluables)
- Ré-hospitalisation à 6 mois : N = 11 (sur 38 patients évaluables)
- Ré-hospitalisation à 1 année : N = 7 (sur 22 patients évaluables)

Points dont il faut tenir compte :

- Les patients ré-hospitalisés à 1 mois ne sont pas intégrés dans les ré-hospitalisations à 3 mois et ainsi de suite
- Les patients ayant débuté le suivi en février 2022 apparaissent dans les données des ré-hospitalisations à 3 mois mais pas dans celles à 6 mois
- Ces chiffres ne concernent que les hospitalisations connues aux eHnv
- Ces chiffres peuvent être biaisés par les patients décédés non connus
- Il n'y a pas de groupe de contrôle

6.4 Renforcement des compétences des premières lignes

A fin juin, 90% des collaborateurs du site de St-loup ont été formés. 11 ateliers flash répartis sur 8 jours ont été dispensés en 2022. 42 infirmiers et infirmières ont été formés dans les services stationnaires du site de St-Loup.

L'appréciation est excellente avec une note globale de 9.5 sur 10. La mise en place des ateliers a été positive aussi pour la collaboration avec les infirmiers cliniciens des différents services de l'institution en apprenant à travailler ensemble et partager ses compétences dans un objectif commun tout en apportant une reconnaissance de leur fonction auprès des collaborateurs.

6.5 Satisfaction des partenaires et des patients

Médecins

Le [rapport intermédiaire de 2019](#) mentionne que la satisfaction des médecins traitants était difficile à évaluer. Certains semblent satisfaits de la prise en charge plus spécialisée et du soutien apporté.

⁷ Jaarsma, T., A. Strömberg, J. Mårtensson, et K. Dracup. « Development and Testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale ». European Journal of Heart Failure 5, no 3 (juin 2003): 363-70. [https://doi.org/10.1016/s1388-9842\(02\)00253-2](https://doi.org/10.1016/s1388-9842(02)00253-2).

En décembre 2021, les prestations développées dans le cadre du PRS ont été présentées auprès des médecins de l'Association des Médecins extrahospitaliers du Nord vaudois (AMENOV). Plusieurs d'entre eux ayant eu recours à la prestation de l'infirmière GCT ont souligné leur entière satisfaction quant à la prestation et à la qualité du suivi infirmier, ainsi qu'aux compétences spécifiques de l'infirmière GCT.

La collaboration avec la Permanence PRS et les médecins extensivistes permet d'assurer un cadre sécuritaire à l'infirmière GCT en l'absence de référent médical direct, et les collaborations sont excellentes. L'infirmière GCT fait le lien entre le service hospitalier puis l'ambulatoire après le retour à domicile, ce qui est très apprécié des médecins de la Permanence.

Infirmiers et infirmières à domicile

Sur le mois de juin 2022, quelques infirmiers référents de l'ASPMAD ayant collaboré avec l'infirmière GCT ont été interrogés sur la collaboration, la fluidité de la prise en charge ou les pistes d'amélioration, dont voici les principaux éléments:

Du point de vue de la collaboration

- Comme pour toutes interventions de spécialistes, l'intervention de l'infirmière GCT permet de préciser certains éléments à surveiller et de refocaliser l'infirmier référent sur l'IC
- Les rapports de l'infirmière GCT, après chaque visite à domicile, sont jugés utiles et pertinents dans la prise en charge et permettent un suivi simplifié pour les infirmiers référents
- Les échanges entre l'infirmière GCT et les infirmiers référents ont été jugés très positifs

Du point de vue du patient

- Une visite conjointe infirmière référente/infirmière GCT permet de reposer des objectifs précis et concrets pour le patient, axés notamment sur la prévention des symptômes
- Le fait d'avoir une infirmière spécialisée unique pour l'IC qui suit le patient sur l'ensemble de sa trajectoire semble être un élément rassurant pour les patients, selon les infirmiers référents
- Selon quelques infirmiers, certains patients ayant bénéficié de ce suivi semblent plus alertes sur la gestion de leur symptômes qu'auparavant (prise de tension, se peser, être attentif aux dyspnées) et leur situation s'est stabilisée, témoignant d'un bon enseignement thérapeutique

Plusieurs éléments méritent d'être explorés

- La plupart des infirmiers et infirmières référents n'était pas au courant de la prestation
- L'éducation thérapeutique devrait être renforcée en amont pour tous les patients IC
- Les connaissances des infirmiers mériteraient quelques « refresh » en lien avec l'IC

Service de médecine Yverdon- Infirmière de liaison

La situation sanitaire et la pandémie de COVID-19 ont eu un impact positif concernant la visibilité et les liens entre l'équipe et l'infirmière GCT, étant donné qu'elle a été appelée en renfort dans le service de médecine. A la reprise du projet, l'infirmière GCT a été moins présente dans le service, et l'équipe infirmière actuelle a connu un tournus important, et n'identifie pas toujours l'infirmière GCT.

En juin 2022, une entrevue avec l'infirmier chef d'unité ainsi que l'infirmière clinicienne, puis le médecin chef du service a été organisée et il a été relevé que :

- L'activité de l'infirmière GCT n'a pas d'impact direct sur la prise en charge hospitalière. Le service, et plus spécifiquement les médecins hospitaliers, identifient les patients pour le suivi à domicile
- Les processus sont connus et appliqués (détection, appel à l'infirmière GCT)
- Il apparaît nécessaire de clarifier le rôle de l'infirmière GCT et le rôle des soignants afin de pouvoir définir clairement les attentes en termes de renforcement des compétences

Les infirmières de liaison (IDL) confirment que la prestation est connue et utilisée. Les IDL sont également des relais pour l'identification des patients. Une des plus-values observée est que lorsqu'un patient suivi par l'infirmière GCT est ré-hospitalisé, elle peut amener la vision du domicile et la vision avant l'hospitalisation, ce qui est, au final, précieux pour la préparation du retour à domicile.

Patients

Une [évaluation qualitative](#) a été faite entre octobre et novembre 2022⁸ auprès de cinq patients qui ont bénéficié du suivi, ainsi que d'un proche-aidant.

Les patients et proche-aidant interrogés sont globalement très satisfaits de la prise en charge et du suivi et le recommandent. Ils ne perçoivent cependant pas qu'ils ont mis en place certaines habitudes (se peser, prendre la tension etc.) qui leur permettent d'identifier et surveiller certains symptômes de la maladie.

Les points qui ont été appréciés sont les suivants :

- Etre suivi à domicile, dans son environnement
- Avoir une seule et même personne qui assure le suivi et la coordination
- La disponibilité, le temps et le soutien apporté par l'infirmière pour répondre aux questions
- La collaboration et coordination avec les différents intervenants
- Le suivi avec la Permanence PRS

L'évaluation a également relevé le relai que peut faire l'infirmière GCT avec d'autres équipes spécialisées : dans une des situations, l'infirmière a fait le relai avec l'Equipe Mobile de soins palliatifs alors que les proches étaient plutôt réticents à parler de soins palliatifs.

7. Analyse et recommandations

7.1 Forces et opportunités

- L'itinéraire clinique permet de renforcer le rôle infirmier avec une consultation et des interventions spécifiques, notamment en termes d'éducation thérapeutique
- Les patients sont satisfaits de la prestation et ont créé un lien de confiance avec l'infirmière GCT. Les résultats montrent des auto-soins qui tendent vers des auto-soins optimaux, ce qui met en exergue le renforcement du rôle acteur des patients
- L'infirmière GCT intervient sur l'entier de la trajectoire, ce qui facilite la coordination, la continuité des soins et le partage d'information

⁸ L'évaluation a été faite suite aux remarques du Comité spécialisé et du Bureau Nord car la première version du rapport ne comportait pas d'évaluation auprès de patient

- L'évaluation à domicile permet d'adapter l'accompagnement du patient et de refocaliser les objectifs du patient avec les différents partenaires pour favoriser les auto-soins et la gestion des symptômes de manière individualisée
- L'activité de l'infirmière GCT englobe une importante activité de coordination. Ce rôle est souvent peu valorisé mais une coordination efficiente contribue aussi à la sécurité des patients et la qualité des soins. Il est nécessaire de travailler en réseau et en partenariat avec les patients et leur entourage, ce qui renforce la collaboration entre les différents partenaires
- La collaboration avec la Permanence s'est étoffée au fil du développement de l'itinéraire. Elle permet un relai médical précieux et un cadre de travail sécuritaire
- L'activité tend à augmenter et le potentiel de patients qui pourraient bénéficier de la prestation est bel est bien présent (augmentation IC, maladie chronique etc.)
- Les ateliers flash de formation ont été un succès aux eHnv ; ils témoignent du besoin des premières lignes de soins pour ce genre d'atelier « refresh » et pourraient être déployés auprès d'autres institutions

Un protocole de prise en charge avec l'Equipe 24/24 de la Réponse à l'urgence pour pouvoir assurer un suivi à domicile rapide après l'hospitalisation pour les patients IC est en réflexion auprès des partenaires⁹.

L'Equipe 24/24 à l'avantage de :

- Pouvoir intervenir dans les deux heures 7/7 et 24/24
- Avoir reçu une formation en évaluation clinique infirmière, ce qui n'est pas le cas de tous les infirmiers dans les CMS, les infirmiers indépendants ou d'autres organisations de soins à domicile
- Assurer, dans ses missions de base, une prise en charge immédiate de toute personne sortant des hôpitaux et nécessitant à domicile des soins de base et/ou infirmiers

Les rôles entre les premières lignes de soins tels que l'Equipe 24/24 et l'infirmière GCT devront encore être clarifiés, mais présentent une opportunité de pouvoir compléter l'offre actuelle et limiter des réhospitalisations, tout en participant à désengorger les hôpitaux.

7.2 Risques et faiblesses

- La prestation n'est pas valorisée à travers la facturation et est entièrement subventionnée
- L'activité repose sur une seule et même infirmière qui n'est pas remplacée en cas d'absence.
Les dernières guidelines européennes (2021) de la Société Européenne de cardiologie recommandent un suivi étroit durant les 10-15 jours à la sortie d'hospitalisation, qui sont les plus critiques en termes de risque de ré-hospitalisation, et une première visite à domicile précoce. Actuellement, il n'est pas possible d'assurer une telle couverture sans augmenter la dotation de l'infirmière GCT
- La file active de patients reste limitée étant donné la dotation associée, ce qui limite actuellement le périmètre d'activité géographique ainsi que les perspectives de suivi pour d'autres maladies chroniques

⁹ Ce protocole n'a pas été nommé dans les chapitres précédant car les discussions se sont mises en place après juin 2022. Il paraît cependant important de le nommer dans les collaborations et les liens entre les différents projets du PRS et de la Réponse à l'urgence.

- L'autonomie demandée dans le rôle de l'infirmière GCT amène un sentiment d'isolement professionnel, une 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 l'infirmière GCT

Le rattachement optimal de l'infirmière GCT devra également être précisé. Elle est actuellement rattachée au PRS et dépend du RSNB

- Il y a peu de prévention précoce étant donné que les patients adressés à l'infirmière GCT sont souvent âgés et présentent une gravité de la maladie modérée à sévère

L'enseignement du patient IC et la prévention précoce sont des aspects qui mériteraient d'être développés, à l'image du projet mis en place à l'hôpital du Valais «Éducation thérapeutique et filière d'insuffisance cardiaque»¹⁰, soutenu par Promotion Santé Suisse. L'objectif du projet est, comme pour le PRS, d'assurer un continuum de prise en charge entre l'hospitalisation et le retour à domicile des patients IC. Des consultations ambulatoires et des cours d'éducation thérapeutique ont été développés

- L'arsenal thérapeutique pour le traitement de l'IC s'est largement étoffé et complexifié. Le renforcement d'une prise en charge intégrée et multidisciplinaire permettrait de relever le défi d'une meilleure prise en soins

7.3 Recommandations

Au vu des résultats obtenus et de l'analyse, la recommandation principale est de pérenniser la prestation dès 2023 et de renforcer la dotation infirmière pour déployer l'activité. Les perspectives de déploiement devront être précisées.

En parallèle, afin d'affiner la prestation et ses collaborations, les recommandations sont les suivantes :

Finance et gouvernance

- Assurer la gouvernance de la prestation à travers le RSNB y compris le financement, de par son aspect transverse et interinstitutionnel, avec un rôle de coordination
- Poursuivre les travaux en lien avec les possibilités de facturation et les tester
- Déterminer le rattachement contractuel optimal des infirmières GCT en vue de la pérennisation et du déploiement

Formations

- Déployer les ateliers flashs de formation en lien avec la surveillance clinique infirmière, ainsi que la prévention et gestion des symptômes auprès des partenaires

Clinique et prestations

- Déterminer les conditions cadres pour pouvoir généraliser l'itinéraire et la prestation à d'autres maladies chroniques
- Poursuivre les travaux pour une prise en charge interdisciplinaire (diététicienne et physiothérapeute notamment) et formuler des recommandations auprès des institutions concernées
- Finaliser et tester l'itinéraire clinique en collaboration avec l'Équipe 24/24 pour un suivi rapproché à la sortie de l'hôpital

¹⁰ Plus d'informations concernant le projet sur le site internet de [l'Hôpital du Valais](http://lhopitalduvalais.ch)

8. Références

- (1) Vivaldo M., et al. (2021). Insuffisance cardiaque en 2021 : un tour d'horizon pour le généraliste, Revue médicale Suisse 2021, 17, 424-8
- (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) 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
- (4) 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
- (5) 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_predicteurs_du_succes_de_la_transition_de_lhopital_vers_la_communaute
- (6) Schafer-Keller P. Développement d'une consultation infirmière pour des adultes avec insuffisance cardiaque (CINACARD). 2016 nov 17; Fribourg.