

L'Infirmier(e) de Coordination du parcours de soins Insuffisance Cardiaque

Devant l'augmentation exponentielle du nombre de patients insuffisants cardiaques, l'avancée en âge de la population ainsi que la fréquence des pathologies associées, il n'est plus satisfaisant ni raisonnable de considérer le patient comme une seule addition de problèmes médicaux, sociaux et autres. **La prise en charge doit être pluridisciplinaire complémentaire et surtout coordonnée.**

À ce jour, la prise en charge du patient insuffisant cardiaque n'est pas toujours optimale car trop souvent morcelée, ne permettant pas une prise en soins globale par tous les acteurs du système de santé. Le constat d'une coordination encore trop faible entre la ville et l'hôpital, s'impose aussi à nous.

L'infirmière, de par sa formation, centrée sur la personne et non la maladie, et de par ses missions, de plus en plus polyvalentes, a un **rôle pivot** essentiel dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques et ce aux différents stades de sa maladie.

À ce titre, les infirmières de coordination en insuffisance cardiaque répondent à un réel besoin tant des patients que des médecins. Elles jouent un rôle important pour une meilleure **articulation du parcours de soins** des patients en assurant **une prise en charge pluridisciplinaire** du patient, dans le libre respect de ses choix, avec des soins de proximité.

Elles sont les **interlocuteurs privilégiés** des différents acteurs intervenant dans la prise en charge, qu'elle soit intra-structure ou hors-structure.

Ses missions sont tournées vers 3 objectifs :

Objectif 1 : Régulariser le parcours de soins de l'IC au sein de l'établissement

Actions :

- Veiller au **bon déroulement du projet thérapeutique** du patient. Dès le diagnostic, avec le cardiologue référent remplissage du Projet Personnalisé de Soins (PPS) et définition des plans thérapeutiques et éducatifs en collaboration avec tous les acteurs.
- Mise en lien immédiate avec le médecin traitant (contact téléphonique, courrier), les acteurs de ville.
- Favoriser une orientation vers une rééducation cardiaque et/ou inscription au programme d'ETP (inscription programme PRADO).



- Demander l'intervention du service social pour la mise en place de moyens techniques de maintien à domicile avec une évaluation de l'entourage et du fonctionnement à domicile dès l'entrée.
- Coordonner la prise en charge du patient à chaque étape de son hospitalisation, dès son admission jusqu'à sa sortie, au sein du chemin clinique. (Check-list : examens, consultations, mise en place ETP ambulatoire)
- Identifier les facteurs susceptibles de majorer le risque de **réadmission** : Sur la base d'une évaluation des risques et des besoins du patient, prendre les avis nécessaires puis organiser les interventions adaptées.
- Prévoir une évaluation gériatrique standardisée en cas de syndrome gériatrique et/ou de perte récente des activités de la vie quotidienne.

Objectif 2 : Faciliter la continuité et la cohérence de la PEC spécifique à l'IC hors établissement en ville

Actions :

- Améliorer l'organisation de la transition entre l'hôpital et la ville.
- Soutenir le maintien à domicile et ainsi prévenir les hospitalisations.
- Assurer la coordination et le lien avec le médecin traitant, le cardiologue de ville, les IDEL.
- Organiser la concentration des consultations externes et/ou examens groupés pour IC poly pathologique (Favoriser ambulatoire).
- Assurer un **suivi téléphonique** régulier : 1 semaine, 3 semaines 3 mois 6mois en vérifiant la coordination des prises de RDV, résultats des prises de sang et lien avec le cardiologue traitant si adaptation du traitement

Objectif 3 : Étendre une PEC infirmière spécifique commune à l'IC sur le territoire et avec tous les partenaires externes

- Assurer une homogénéisation du parcours de l'IC inter-établissement
- Coordonner des actions de prévention dans les GHT : journée de l'IC, sensibilisation des équipes
- Mutualiser les moyens : généralisation d'outils communs (PPS, check-lists, algorithmes) et des démarches éducatives
- Travailler avec la plateforme territoriale d'appui / les CPTS / PRADO

Les bénéfices attendus :

- Diminution du temps d'hospitalisation, en favorisant un RAD coordonné et la sollicitation des structures d'Aval.



- Limiter les ré-hospitalisations
Favoriser la prise en charge en ambulatoire
- Coordination des actions, application check-list, PPS, CAT = diffusion des bonnes pratiques au sein du territoire de santé
- Décharger les urgences
- Améliorer la qualité de la communication ville hôpital
- Favoriser la prévention primaire (sensibilisation, formation), la prévention secondaire (ETP), la prévention tertiaires (co-pathologies, parcours complexe, fin de vie.)

En conclusion

Le possible passage à un financement selon un processus par parcours pour l'IC va nous amener à anticiper ces éventuels changements et à être pro-réactif dans nos orientations.

Les parcours répondent à la nécessaire évolution de notre système de santé liée à la progression des maladies chroniques et des situations de perte d'autonomie. Leur réussite repose sur la participation et l'implication des patients et des usagers, sur l'intervention efficace et coordonnée des acteurs du système de soins, des services et établissements médico-sociaux et sociaux, des collectivités locales. L'infirmier de coordination peut ainsi faire le lien entre tous les acteurs et permettre une prise en charge homogène et conforme aux recommandations.

Auteur : Stéphanie Turpeau, Cadre Supérieur de Santé CH Avignon, Présidente du collège des paramédicaux de la SFC.