

PROGRAMME RÉGIONAL DE SERVICES EN SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

CADRE DE RÉFÉRENCE

« VOLET INSUFFISANCE CARDIAQUE »

Février 2010

Mise à jour : 24 mars 2011

Adopté par le Sous-comité Maladies chroniques le 24 février 2010

Équipe de révision et rédaction pour la mise à jour 2010

Révision et rédaction

D^r Paul Farand
D^r Serge Lepage
Linda Cormier

Supervision

Francine Boulanger

Secrétariat

Nathalie Nolet

Équipe de rédaction (2006)

Conception et analyse

Denyse Lamontagne, agente de programmation, Direction de l'organisation des services

Rédaction

Diane Giard, inf. bc.sc
Denyse Lamontagne

Secrétariat

Françoise Fournier
Nicole Calvert

Graphisme

Bernard Bilodeau, technicien en communication

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes suivantes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce cadre de référence, leur expertise fut grandement appréciée.

SERGE LEPAGE, cardiologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Vice Président de la société Québécoise en insuffisance cardiaque

MARIE-HÉLÈNE VERRETTE, infirmière, B.Sc. Clinique d'insuffisance cardiaque Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ALAIN BERNIER, infirmier, B.Sc. Suivi systématique de la clientèle. CSSS La Pommeraie Site Brome- Missisquoi-Perkins

PHILIPPE LAMONTAGNE, médecin, Directeur des affaires médicales et universitaires

RAYMONDE VAILLANCOURT, médecin, Chef du département régional de médecine générale (DRMG)

MICHEL CARBONNEAU, agent de recherche sociosanitaire, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Le CSSS MEMPHRÉMAGOG, par son prêt de service a permis l'élaboration du cadre de référence

MEMBRES DU COMITÉ D'ORIENTATION EN SANTÉ CARDIOVASCULAIRE, représentés par les chefs de programmes en santé physique suivants :

SERGE BOISLARD, Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François

DONALD CHRÉTIEN, Centre de santé et de services sociaux des Sources

LINDA CORMIER, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

JEANNE DION, Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook

LOUISE GAGNON, Centre de santé et de services sociaux Val-Saint-François

CLAIRE GIGUÈRE, Centre de santé et de services sociaux du Granit

JEAN GOSSELIN, Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

SYLVIE HINCE, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

ANDRÉE MALTAIS, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

MARIO LACASSE, Centre de santé et de services sociaux du Granit

TABLE DES MATIÈRES

PROGRAMME RÉGIONAL DE SERVICES EN SANTÉ CARDIOVASCULAIRE.....	7
Avant-propos	7
Mise en contexte.....	9
L'insuffisance cardiaque, un problème majeur de santé	9
MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES	11
Nature et évolution du projet.....	12
VOLET INSUFFISANCE CARDIAQUE	14
Définition de la maladie	14
Classification fonctionnelle et étapes de la maladie	14
CLIENTÈLE VISÉE.....	15
Assises du programme en insuffisance cardiaque	15
Centré sur la clientèle	15
Intégration au réseau de soins et de services de santé et une mise en réseau efficace.....	15
Gestion par résultats.....	16
Approche adaptée à l'individu qui permet d'identifier et d'intervenir selon le niveau de motivation de la personne	16
MISE SUR PIED DES CLINIQUES D'INSUFFISANCE CARDIAQUE	18
Les maladies cardiaques : un défi de taille pour nos centres de santé et de services sociaux (CSSS).....	18
Mission et objectifs	18
STRUCTURE DU PROGRAMME.....	19
Critères d'admissibilité.....	19
Structure du programme.....	20
Composition des équipes de la clinique d'insuffisance cardiaque.....	20
INTERVENTIONS ET SUIVI DE LA CLIENTÈLE	21
Recrutement	21
Suivi thérapeutique	22
Prise de contact et suivi pendant les périodes instables de la maladie	22
Suivi pendant les périodes stables de la maladie.....	24
Suivi téléphonique.....	24
OUTILS D'ÉVALUATION	25
Évaluation des besoins.....	25
Plan d'interventions individualisé.....	25
OUTILS D'ENSEIGNEMENT	26
La nutrition	26
Les médicaments.....	27
Le suivi de la médication	27
SERVICES OFFERTS	29
COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE LA CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE ET LES RÔLES DE CHACUN DES MEMBRES	30
MÉCANISMES DE LIAISON.....	35
Mécanismes existants dans la région 05.....	35

ÉVALUATION DU PROGRAMME	37
Développements futurs.....	37
PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE	38
Suivi systématique de clientèle.....	38
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	39
ANNEXES.....	41
Qu'est-ce qu'un réseau de soins et de services de santé?	43
Stratégie de l'Organisation mondiale de la santé « Vers l'unité pour la santé ».....	45
Modèle Prochaska	49
Approche optimale	51
Protocoles	53
Outils.....	61
Tableaux statistiques	105
LISTE DES RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE.....	109

PROGRAMME RÉGIONAL DE SERVICES EN SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

Avant-propos

Ce document révisé présente le deuxième volet du Programme régional de services en santé cardiovasculaire, soit celui de l'insuffisance cardiaque. Il vient se greffer au programme touchant la réadaptation cardiaque mis sur pied à l'automne 2004 ainsi qu'à d'autres programmes en cours, notamment le Programme régional intégré de prévention et de gestion en regard des maladies chroniques/habitudes de vie en Centre de santé et de services sociaux (CSSS). À cet effet, il a été conçu et planifié de manière à s'inscrire dans une vision et une démarche intégratives globales, celles des maladies chroniques mettant une emphase sur les habitudes de vie ainsi que sur la capacité et les habiletés des individus à prendre adéquatement en charge leur santé. La représentation schématique du programme régional de services en santé cardiovasculaire est illustrée à la page suivante.

L'organisation des services vise à renforcer le potentiel des individus et à optimiser leur santé. Les stratégies proposées dans cet ouvrage tendent vers la promotion d'interventions diversifiées, complémentaires et concertées avec les divers acteurs concernés par la qualité des soins et services à la population. En somme, l'approche sous-jacente utilisée permet d'optimiser les ressources sur le plan organisationnel, fonctionnel et clinique. Cela évite le morcellement ainsi que le cloisonnement et la duplication des services et favorise un lien instigateur entre les différentes pratiques cliniques tout en consolidant et bonifiant les interventions individuelles.

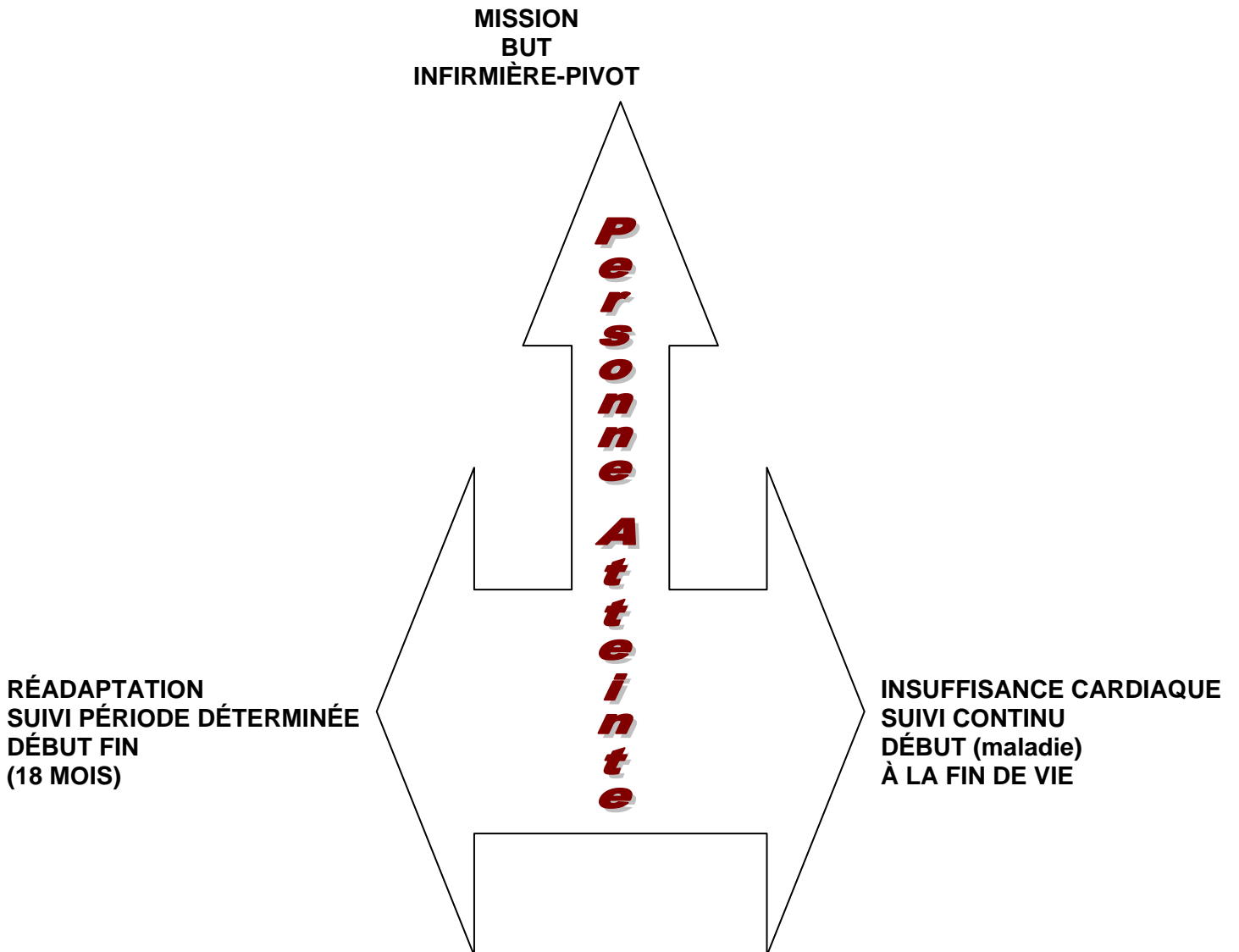
La présente programmation s'inspire de certaines valeurs : la qualité, l'accessibilité, la continuité, le partenariat et la proximité des services à partir de la perspective clientèle. La réalisation d'un tel programme repose sur l'engagement et la responsabilité partagés des divers acteurs du réseau de la santé et des milieux de vie, dans un souci de respect des partenaires et des missions des établissements, qu'ils soient publics ou privés.

Les expériences acquises par la mise en œuvre de cliniques d'insuffisance cardiaque dans différentes régions du Québec comme celles de Montréal et de Québec confirment, entre autres choses, la pertinence d'offrir une trajectoire élargie de services en insuffisance cardiaque. En Estrie, les services seront décentrés à une échelle locale, notamment par la création de cliniques satellites dans les territoires de la région 05. Dans le cadre des présents travaux, nous nous sommes grandement inspirées, avec l'autorisation des concepteurs, du programme de la Clinique d'insuffisance cardiaque du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)¹.

Finalement, le présent document n'est pas un plaidoyer justifiant le pourquoi et le quoi faire d'un programme d'insuffisance cardiaque en Estrie. Il vise à articuler le comment faire dans une approche intégrée favorisant l'offre d'un continuum de services aux individus et à leur famille dans leurs milieux².

Nous tenons également à remercier les personnes impliquées dans ce programme qui ont accepté de collaborer à cette mise à jour et le D^r Serge Lepage, cardiologue, pour sa contribution en regard de la validation des données contenues dans les volets cliniques et médicaux.

Autres programmes



Mise en contexte

L'insuffisance cardiaque, un problème majeur de santé

« L'insuffisance cardiaque est une maladie progressive et souvent irréversible avec des conséquences de plus en plus importantes sur les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des personnes atteintes et de leurs proches ».

L'insuffisance cardiaque (insuffisance cardiaque) est reconnue comme un problème majeur de santé dans tous les pays occidentaux. Son impact en termes de mortalité, de morbidité et de qualité de vie, est considérable. Avec une prévalence de 1 % à 2 % dans la population en général, la maladie affecte plus de 300 000 Canadiens et Canadiennes et aura tendance à progresser en lien avec le vieillissement de la population. On estime que la prévalence atteindra près du double d'ici 2030. En Estrie, la prévalence de l'insuffisance cardiaque pour les personnes âgées entre 45 ans et 64 ans est de l'ordre de 1,3 % représentant, en 2008, 1 190 personnes. Pour le groupe d'âge des 65 ans et plus, ce taux augmente à 4,2 % soit 2 010 personnes.

La mortalité liée à l'insuffisance cardiaque peut atteindre un taux de 40 % à 50 % au bout de deux années de traitement médical. Au Québec, il y aurait 9 600 nouveaux cas par année pour le groupe d'âge de 65 ans. Le taux de mortalité à 5 ans atteint 50 %. Toutefois, en Estrie on constate que peu de personnes décèdent annuellement de cette maladie. Entre 2003 et 2004, 15 hommes et 13 femmes sont décédés en moyenne chaque année.

Si relativement peu de personnes décèdent, on remarque un nombre plus important d'hospitalisations pour cette pathologie. En effet, de 2003 à 2005, 302 hommes et 333 femmes de l'Estrie ont été hospitalisés en moyenne chaque année. Chez les hommes, 19 % de ces hospitalisations surviennent avant l'âge de 65 ans contre 8 % chez les femmes. Notons qu'en 1999-2000, 220 personnes d'âge moyen de 78,4 ans atteintes d'insuffisance cardiaque ont été hospitalisées, soit au CHUS ou à l'Hôtel-Dieu, nécessitant un taux de séjour de 10,2 jours. Le nombre de personnes hospitalisées en Estrie entre 2000 et 2001 a plus que doublé, passant à 456 personnes. Par contre, on remarque que la moyenne d'âge a diminué à 76,6 ans et le taux de séjour moyen a chuté à 9,0 jours. En 2002-2003, le nombre est passé à 612 personnes dont l'âge moyen est 76,2 (tableau 1, Annexe 7). Le taux d'hospitalisations et aussi de réhospitalisations est en augmentation constante pour les personnes âgées de plus de 65 ans, générant inévitablement une augmentation des coûts liés aux soins de santé.

Une étude effectuée à Montréal rapporte que lorsqu'une personne atteinte d'insuffisance cardiaque est hospitalisée pour une toute autre pathologie, les coûts d'hospitalisation relativement aux soins qui lui sont prodigués sont plus élevés que pour la population en général. Les coûts sont directement proportionnels à la sévérité de la maladie. En effet, selon les estimations, ils sont de 8 à 30 fois plus élevés pour les personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque de classe IV comparativement à la classe II (NYHA). Les dépenses sont engendrées par le coût du traitement pharmacologique très élevé et la perte d'autonomie souvent sévère. Cette condition de l'état d'autonomie des malades exige des soins et des services de maintien à domicile. Elle se répercute nécessairement sur les aidants naturels, occasionnant des coûts sociaux phénoménaux.

Une bonne partie de ces hospitalisations transite par les urgences tout au long de l'année. Selon une étude effectuée par la Régie régionale de Montréal Centre, en 1999, 86 % des admissions provenaient de l'urgence ce qui, avec la lourdeur de l'intervention, contribue à l'engorgement des urgences. Pour l'Estrie, en 2000 et 2001, les problèmes cardiaques ont constitué entre 10 % et 15 % des consultations aux urgences de notre région; l'insuffisance

cardiaque est identifiée comme étant une des causes de consultation (tableau 3, Annexe 7). En Estrie, entre 2003 et 2005, pour toutes maladies cardiovasculaires confondues, la population estrienne affiche une prévalence des hospitalisations significativement supérieure à celle du Québec. Seuls les résidents de la MRC de Coaticook affichent une prévalence inférieure et celle des MRC du Val-Saint-François et du Haut-Saint-François sont comparables à celle du Québec. Ces données illustrent de façon évidente la nécessité d'organiser efficacement les soins et les services de santé autour de cette problématique causée par l'insuffisance cardiaque.

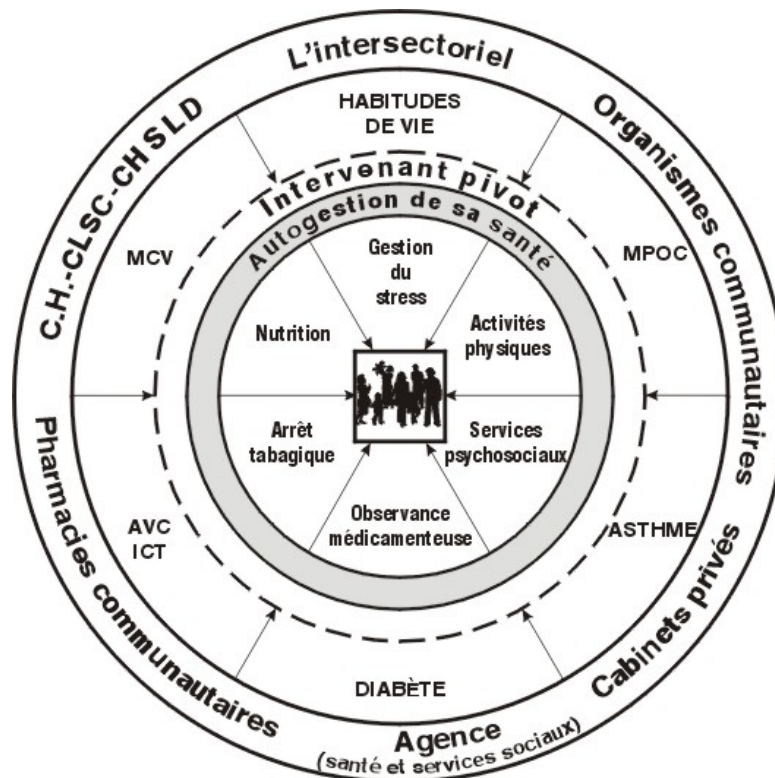
Un programme régional d'insuffisance cardiaque représente le véhicule par excellence pour le traitement et le suivi de la population atteinte d'insuffisance cardiaque en cliniques ambulatoires. Ainsi, par des interventions précoces et concertées axées sur des mesures telles que la prévention des facteurs causaux des maladies cardiovasculaires de la non adhérence aux traitements et sur la détection rapide de l'émergence de situations critiques, les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dans la région 05 (Estrie) pourront compter sur un suivi clinique adapté à leur état de santé et jouir d'une meilleure qualité de vie. Comme le signale le groupe des cardiologues de Québec « Avec une approche interdisciplinaire, dans un continuum de soins et de services à offrir à la population atteinte de cette maladie, les cliniques d'insuffisance cardiaque devraient être implantées partout au Québec ».

MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES

Centrée sur la personne, une approche globale à la maladie de l'insuffisance cardiaque doit optimiser l'accessibilité, la complémentarité, la proximité, la qualité d'un éventail de soins et services curatifs et de réadaptation. Cette approche doit également tenir compte des besoins de la clientèle, de la capacité et de la disponibilité des services dans les territoires de la région 05. La mise en place de mécanismes de liaison, de communication et d'échange d'information représente une condition nécessaire à la réalisation des objectifs visés par ce programme.

Ainsi, l'approche préconisée place la personne participante au centre de tous les processus. Ses besoins et sa condition déterminent son programme. Une vision communautaire avec des services le plus près possible du lieu de résidence de l'individu est prônée. Cette vision se veut centrée sur le suivi des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dans une approche globale et non compartimentée via un réseau intégré de soins et de services en santé cardiovasculaire. La mise en place de mécanismes efficaces d'intégration et de coordination des services et de communication intra et interétablissements s'avère une nécessité à la réalisation des objectifs visés dans ce programme.

Figure 1 : Modèle d'organisation des services en maladie chronique



Nature et évolution du projet

Devant la complexité de gestion optimale des soins dédiés à la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque, la préoccupation de soins intégrés a fait l'objet, lors du Forum sur les urgences de 1999, d'une orientation visant une meilleure continuité de soins aux clientèles vulnérables, notamment les personnes âgées en perte d'autonomie et celles atteintes de maladies chroniques dont l'insuffisance cardiaque. À la suite du Forum, un plan d'action du MSSS est venu renforcer l'orientation des soins et services intégrés en y apportant le soutien nécessaire aux modèles et aux expériences efficaces de réseaux intégrés.

À l'automne 1999, en collaboration avec le MSSS, un groupe de cardiologues québécois a amorcé une démarche de travail visant à se doter d'une vision d'ensemble de ce que pourrait être les soins et services, selon une approche optimale de soins aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, et à proposer un certain nombre d'actions dont la mise en œuvre de cliniques d'insuffisance cardiaque régionales et territoriales. Le groupe de cardiologues définit l'approche optimale comme suit :

« L'approche optimale intervient sur tous les aspects de la maladie et vise l'amélioration des symptômes et de la qualité de vie ». Cette approche rejoint les préoccupations de la personne atteinte d'insuffisance cardiaque, ses proches ainsi que celles des gestionnaires et des intervenants.

En 2000-2001, le plan de contingence des urgences est venu solidifier le plaidoyer en faveur d'un projet de soins et services intégrés pour les clientèles vulnérables.

En novembre 2001, le comité directeur en santé physique de la Régie régionale de l'Estrie a recommandé l'implantation d'un programme d'intervention pour la clientèle d'insuffisance cardiaque.

Entre février et avril 2002, les membres du Comité régional en santé cardiovasculaire ont endossé les orientations visant à implanter un programme d'insuffisance cardiaque tel que proposé par le groupe de cardiologues. Ce programme vise l'atteinte d'objectifs se traduisant par une série de mesures dites : préventives, pharmacologiques, d'éducation et de soutien, tant pour la personne atteinte et pour ses proches que pour les personnes intervenantes, le tout en fonction des différentes phases de développement de la maladie.

En 2003-2004, l'implantation de ces mesures est inscrite au contrat de performance à être signé avec le MSSS ainsi qu'au plan d'action 2003-2004 de l'Agence régionale. Elle fera aussi partie des conventions à être conclues entre les établissements, l'Agence et le Ministère.

La clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS a ouvert ses portes en 2003 et assure maintenant le suivi de 270 patients et un taux d'environ 12 nouveaux patients par mois. Ce nombre de nouveaux patients dépasse l'attrition par la mortalité et par les congés de la clinique et fait en sorte que la clinique est encore en croissance. Il faut préciser que le nombre de patients suivis à la clinique d'insuffisance cardiaque est encore loin de rejoindre une proportion significative des 3 000 patients souffrant d'insuffisance cardiaque, nombre qui est un estimé dans notre région, toutes classes de sévérité confondues. Ainsi, plusieurs patients souffrant d'insuffisance cardiaque ne sont actuellement pas rejoints par le réseau de cliniques. D'un autre côté, et avec la croissance des références, le nombre de patients maximal pouvant être suivis à la clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS avec les ressources actuelles sera bientôt atteint, soit environ 320. Cela a entraîné le début de la mise en place, en 2005, de cliniques satellites régionales afin d'assurer le suivi de cette clientèle vulnérable, de surcroît à proximité de leur lieu de résidence.

VOLET INSUFFISANCE CARDIAQUE

Définition de la maladie

L'insuffisance cardiaque est une maladie ayant une prévalence d'environ 1,5 % de la population en général avec une prédominance chez les personnes plus âgées qui, par moment, souffrent aussi de nombreuses comorbidités. Le taux de mortalité relié à l'insuffisance cardiaque est d'environ 50 % à 2 ans d'évolution de la maladie chez un patient en classe III selon la gradation de la NYHA (New York Heart Association).

Classification fonctionnelle et étapes de la maladie

La classification de la New York Heart Association (NYHA) sert à évaluer le degré de sévérité de l'atteinte de la capacité fonctionnelle ou de l'invalidité chez les adultes souffrant d'insuffisance cardiaque et, par conséquent, elle détermine la nature du traitement et l'organisation des services. On distingue quatre classes dans l'identification des capacités fonctionnelles (I à IV). Quant à l'évolution de la maladie, elle est déterminée par les étapes A à E. Le tableau 2 illustre la classification fonctionnelle et les étapes de la maladie.

Tableau 1 : Classification fonctionnelle et étapes de la maladie

Classes fonctionnelles (I à IV)	Étapes de la maladie et périodes critiques d'organisation des services (A à E)
I. Aucun symptôme	A. Avant les symptômes de la maladie
II. Symptômes pendant les activités ordinaires	B. Émergence de l'insuffisance cardiaque
III. Symptômes pendant les activités moins qu'ordinaires	C. Relative autonomie
IV. Symptômes au repos	D. Perte sévère d'autonomie
	E. Fin de vie

L'intégration des soins doit se concevoir sur une base territoriale, affirme le groupe de cardiologues de Québec. Un programme régional en insuffisance cardiaque tisse davantage des liens entre les professionnels sur la base de leur implication que sur l'appartenance à un établissement.

Les cliniques d'insuffisance cardiaque s'inscrivent dans un programme de prévention secondaire et tertiaire, et doivent s'arrimer aux activités de prévention primaire et secondaire³. Le programme, par la mise en œuvre de mesures d'interventions coordonnées, vise à freiner l'évolution ou à atténuer les complications d'une maladie avérée et constitue un aspect important de la thérapeutique. La réadaptation et le suivi des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont d'une grande importance puisqu'ils peuvent leur permettre de prendre à nouveau part à la vie sociale quotidienne.

CLIENTÈLE VISÉE

Le programme régional en insuffisance cardiaque vise à offrir aux personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque et leurs proches des services de qualité pouvant répondre à leurs besoins et ce, le plus près possible de leur milieu de vie.

Assises du programme en insuffisance cardiaque

Comme pour le volet réadaptation du programme de services en santé cardiovasculaire, celui sur l'insuffisance cardiaque s'appuie sur les mêmes assises, soit :

Centré sur la clientèle

Le programme est centré sur les besoins de la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque. Il repose sur des principes de qualité et d'équité des services qui lui sont desservis. La personne atteinte et sa famille sont au cœur des interventions. Les services et les interventions, provenant du public comme du privé, doivent graviter vers eux avec comme constantes : l'accessibilité, la complémentarité, la qualité, l'équité et la proximité de l'offre de service.

Intégration au réseau de soins et de services de santé et une mise en réseau efficace

D'une part, la mise en place d'un programme en insuffisance cardiaque doit se faire en s'intégrant harmonieusement à la réalité des réseaux de santé des territoires concernés. D'autre part, elle doit suivre certains principes essentiels pour réaliser une mise en réseau efficace des services et des interventions afin d'atteindre les cibles visées d'accessibilité, de continuité, de complémentarité et de qualité. Soulignons que la collaboration entre tous les partenaires des réseaux de soins est essentielle pour y arriver. Les composantes essentielles pour le programme sont : une porte d'entrée unique, la gestion par cas effectuée par une infirmière-pivot et un plan de d'intervention individualisé. Ils sont définis comme suit :

- une **porte d'entrée unique** à la clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS où la demande est traitée puis dirigée vers la clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS ou vers la clinique satellite du territoire de résidence de la personne;
- la **gestion par cas** : l'infirmière-pivot identifie les besoins de la personne référée et, dans un processus intégré, verra à satisfaire ses besoins spécifiques avec les ressources disponibles;
- le **plan d'intervention individualisé** : un instrument de planification et de coordination commun à la clientèle visée et aux personnes intervenantes pivots concernant les objectifs prioritaires répondant aux besoins de celle-ci, les services requis et la durée.

Pour obtenir une définition plus complète d'un réseau de soins et de services, consultez l'Annexe 1.

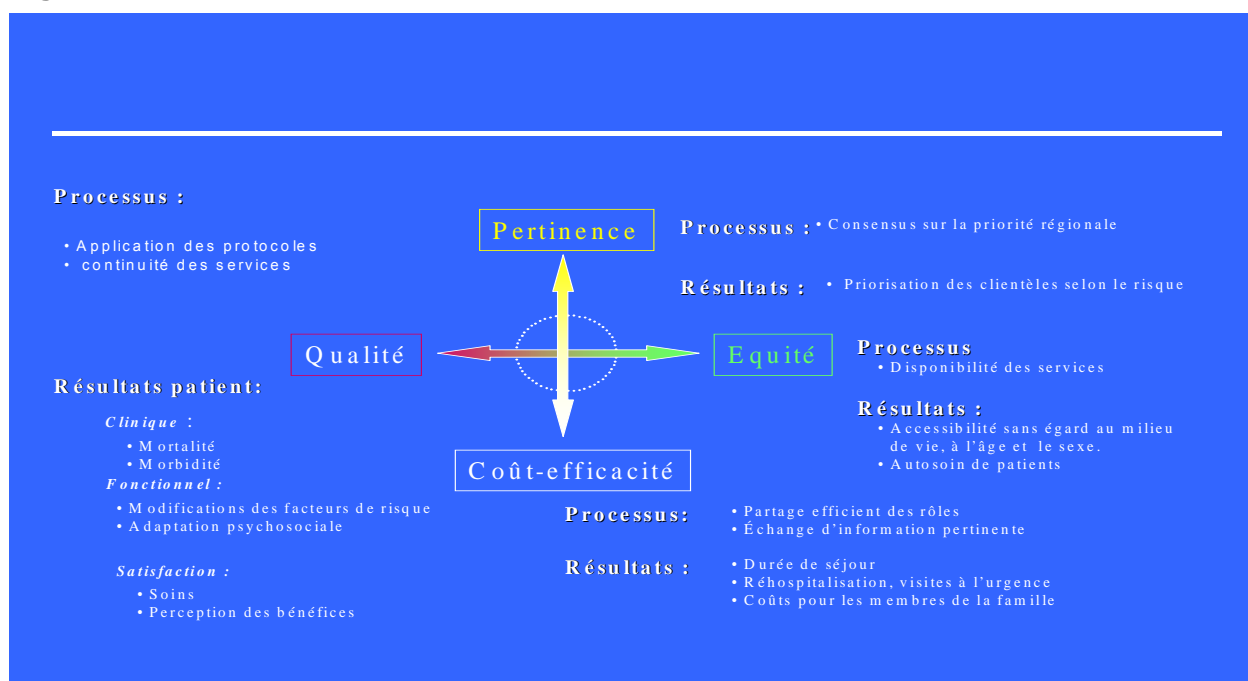
Gestion par résultats

Nous ne pouvons parler d'implantation de programme sans parler de performance. La mesure de la performance, tant au niveau organisationnel que clinique, se traduit par un choix d'indicateurs qui ont été définis à partir de valeurs édictées par la stratégie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « *Vers l'unité pour la santé* », acceptée comme guide par le Comité régional en santé cardiovasculaire, en octobre 2002.

Un groupe de chercheurs a comparé et contrasté les principes de cette stratégie aux éléments d'un programme en santé cardiovasculaire. (voir l'Annexe 2 pour plus de détails sur la stratégie).

La partie des indicateurs, fruit de leur travail, vous est ici présentée :

Figure 2 : Indicateurs



Adaptation faite par Nicole Bolduc, Danielle St-Louis et D' Paul Grand'Maison, avec l'accord de Charles Boelen.

Approche adaptée à l'individu qui permet d'identifier et d'intervenir selon le niveau de motivation de la personne

Le programme vise le suivi et un certain niveau de réadaptation des gens aux prises avec un problème d'insuffisance cardiaque. Pour y parvenir, ils doivent s'habiller à prendre leur santé en charge en agissant sur leurs facteurs de risque modifiables, notamment, leurs habitudes de vie.

Afin d'optimiser l'acquisition des connaissances, de nouvelles attitudes et de meilleurs comportements, l'approche utilisée auprès des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque doit permettre d'identifier et d'intervenir selon son propre degré de motivation. À cet effet, les interventions planifiées découleront du modèle de Prochaska (Annexe 3), modèle de changements comportementaux, dérivé du Health Belief Model de la théorie de l'auto-efficacité et du concept « Health Locus of Control » : foyer de contrôle interne et externe.

- Prochaska nous propose une spirale du changement qui nous indique les différentes phases où la personne se situe. Pour chacune des phases, il propose des interventions d'enseignement et de soutien adaptées. Dans ce modèle, le passage d'une phase à une autre est perçu et souligné comme une réussite en temps que telle.
- Approche optimale : selon les concepteurs, l'approche optimale intervient sur tous les aspects de la maladie et vise l'amélioration des symptômes et de la qualité de vie. Vous trouverez à l'Annexe 4 un résumé des principaux éléments de la définition opérationnelle de cette approche.

MISE SUR PIED DES CLINIQUES D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Les maladies cardiaques : un défi de taille pour nos centres de santé et de services sociaux (CSSS)

Actuellement, un des grands défis de notre système de santé est de réduire le coût global des soins aux personnes atteintes de maladie cardiaque dont l'insuffisance cardiaque, en prévenant les complications, les réhospitalisations et les visites à l'urgence, tout en améliorant la qualité de vie de cette clientèle. Les recommandations du groupe d'étude pour la lutte à l'insuffisance cardiaque vont dans ce sens : « *la mise en place des cliniques d'insuffisance cardiaque permet d'articuler les actions et les interventions pour répondre aux besoins de la clientèle atteinte de cette maladie. Coordonnées par des infirmières reconnues pour leur expertise, les cliniques sont installées en centres hospitaliers* »³. En effet, ceci permet l'investigation et l'évaluation offrant l'accès rapide à un plateau technique ainsi qu'à des ressources médicales. L'application judicieuse d'une approche interdisciplinaire contribue à diminuer la décompensation cardiaque et, par le fait même, influencer sur les coûts en matière de soins et services de santé.

Mission et objectifs

La première mission des cliniques d'insuffisance cardiaque est d'offrir un suivi et un traitement de qualité aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Les missions secondaires du réseau de cliniques d'insuffisance cardiaque sont la formation de personnel qualifié dans le domaine et de participer à l'avancement des connaissances au niveau de l'insuffisance cardiaque et du traitement des populations vulnérables via un réseau de cliniques.

L'objectif du réseau de cliniques d'insuffisance cardiaque est d'assurer le suivi et la prise en charge des patients actuellement inscrits à la clinique d'insuffisance cardiaque et de rencontrer les nouveaux patients dans un délai de quatre semaines à partir du moment où la demande a été effectuée. Aussi, nous visons de rencontrer les patients actuellement suivis par la clinique et qui ont été hospitalisés pour insuffisance cardiaque dans un délai de quatre semaines de leur congé hospitalier.

STRUCTURE DU PROGRAMME

Selon le réseau canadien de cliniques d'insuffisance cardiaque chronique (insuffisance cardiaqueC), « *chaque clinique est un centre d'excellence pour la prise en charge clinique de l'insuffisance cardiaqueC et un centre de ressources consacré à l'amélioration du mode de vie des personnes insuffisantes cardiaques et de leurs proches* ». En outre, la clinique d'insuffisance cardiaqueC procure des avantages de longue durée aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et à leurs proches. De telles cliniques représentent une alternative efficace au cycle de soins de courte durée.

Le modèle d'intervention en insuffisance cardiaque est un processus constitué d'un ensemble intégré d'activités thérapeutiques. Ces activités sont amorcées le plus tôt possible pendant ou à la suite d'un épisode de soins actifs. Elles visent l'optimisation de l'autonomie fonctionnelle de la personne, la détection du diagnostic précoce de la décompensation cardiaque, la restauration de l'équilibre biopsychosocial et la réduction des facteurs de risque modifiables associés à la maladie. En fin de vie, elle reçoit les soins et les services liés aux soins palliatifs prodigués par une équipe professionnelle dédiée à cette mission, dans son milieu de vie ou hospitalier. Afin d'en maximiser l'efficacité, le programme doit comporter un counseling individuel, des interventions éducatives multidimensionnelles et, si possible, la pratique régulière d'activités physiques adaptées. Ce modèle est évolutif. Il doit respecter à la fois les besoins et l'environnement de la personne atteinte et de ses proches. Cette section présente les mécanismes d'opérationnalisation des cliniques sur les territoires de la région 05.

Critères d'admissibilité

Pour la clinique du CHUS

- Personne âgée de 18 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque avec dysfonction systolique (FEVG < 40 %) ou ayant nécessité une hospitalisation pour insuffisance cardiaque avec surcharge volémique pulmonaire ou systémique (insuffisance cardiaque d'autre étiologie ex. : dysfonction diastolique ou valvulopathie), clientèle ambulatoire;
- Capacité d'apprentissage requise de la personne ou d'un aidant significatif qui l'accompagne;
- Acceptation de participer au programme;
- Référence par un médecin et acceptation par un cardiologue de la Clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS (voir annexe 4 pour outil de référence);
- Investigation de l'étiologie de l'insuffisance cardiaque complétée et pas de nécessité de traitement invasif (autre implantation potentielle future d'un défibrillateur/resynchronisateur).

Critères de transfert vers une clinique satellite en CSSS

- Patient atteint d'insuffisance cardiaque désirant être suivi dans sa région, ne nécessitant pas de soins tertiaires fréquents au plan cardiaque et présentant une situation clinique stable;
- Patient avec situation clinique précaire ne pouvant se déplacer à la clinique du CHUS, mais pouvant se déplacer au point de service de sa région.

Structure du programme

L'admission d'un patient au réseau de cliniques d'insuffisance cardiaque se fait selon un mécanisme de guichet unique via la clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS. Suite à l'évaluation et à l'acceptation d'un patient au sein du programme d'insuffisance cardiaque, le suivi peut être planifié soit auprès de la clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS ou bien via l'une des cliniques satellites selon un mode de fonctionnement où le réseau de cliniques d'insuffisance cardiaque prend la responsabilité de rejoindre le patient pour le prochain suivi à moins d'une instabilité et que le patient nécessite un suivi plus précoce et où c'est le patient qui reprend contact.

Les patients seront graduellement référés auprès des cliniques satellites selon l'avancement des préparatifs dans chacune de ces dernières et en considérant les éléments suivants : la proximité du domicile du patient, l'acceptation du patient pour le transfert, la continuité des soins, les ressources disponibles et la sévérité de la maladie.

Parmi les problématiques retrouvées pour expliquer la lenteur du développement des cliniques satellites, nous retrouvons, entre autres, un manque de coordination entre la clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS et les cliniques satellites. Nous voulons améliorer cette situation par l'attribution du poste d'infirmier praticien spécialisé en insuffisance cardiaque qui est actuellement en poste à la clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS. Cet infirmier praticien aura la responsabilité d'entretenir des liens bidirectionnels avec les cliniques satellites et de s'assurer d'une formation homogène et adéquate pour le personnel infirmier du réseau de cliniques d'insuffisance cardiaque de l'Estrie. La présence de cet intervenant améliorera fort probablement la situation considérant qu'il sera en mesure de faire l'agencement entre les références des patients à partir de la clinique du CHUS et le niveau de préparation des cliniques satellites. Aussi, l'infirmier praticien sera alors plus en mesure de déterminer les enjeux limitant le développement des cliniques satellites. De même, il sera en mesure de faire la coordination des cliniques dont le niveau de développement nécessite que le suivi médical des patients soit partagé entre la clinique du CHUS et cette clinique satellite.

Composition des équipes de la clinique d'insuffisance cardiaque

La clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS bénéficie d'un soutien administratif afin de chapeauter une équipe composée d'un cardiologue, d'un infirmier praticien (qui est l'intervenant-pivot), d'une infirmière clinicienne et d'un pharmacien.

L'équipe d'une clinique satellite est composée d'un médecin et d'une infirmière qui ont tous deux un intérêt et des connaissances supplémentaires en ce qui a trait à la prise en charge et au traitement des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. L'équipe des cliniques satellites peut rejoindre au besoin les personnes-ressources de la clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS via l'infirmier praticien spécialisé.

Le rôle maintenant entrevu pour l'intervenant-pivot est différent de celui décrit antérieurement où ce dernier avait non seulement un rôle de coordination mais avait aussi la responsabilité de la clinique du CHUS. L'ajout d'un infirmier praticien dans la structure de la clinique d'insuffisance cardiaque nous permet de séparer la tâche antérieure entre une tâche davantage en lien avec la clinique du CHUS pour l'infirmière clinicienne bachelière et un rôle d'intervenant-pivot pour l'infirmier praticien afin d'aider au développement des cliniques satellites.

INTERVENTIONS ET SUIVI DE LA CLIENTÈLE

Le modèle d'intervention préconisé pour l'insuffisance cardiaque suit les mêmes trajectoires que celles utilisées dans le volet réadaptation, soit de privilégier les actions centrées sur l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé, sur le renforcement du potentiel des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et de leur famille, et l'autogestion de leur santé. Les interventions en clinique d'insuffisance cardiaque se déroulent soit au CHUS ou aux cliniques satellites dans le territoire local. Puisque les durées de séjour en centre hospitalier sont de plus en plus courtes, les interventions en cliniques permettent d'assurer la continuité des soins par un suivi des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque mieux adapté à leur condition dès leur sortie de l'hôpital. Le fait de leur présenter le programme pendant le séjour hospitalier les sécurise sur le déroulement du traitement et du suivi de santé. L'infirmière est la personne indiquée pour permettre ce premier contact. Il s'agit de posséder les données et les informations utiles pour éclairer et soutenir le passage à l'action, ou pour expliquer les conséquences de l'inaction. Ici, l'approche Prochaska est fortement recommandée. Un mécanisme adéquat de liaison assure le transfert du dossier à l'infirmière-pivot. Il est décrit à la fin du document.

Recrutement

Les activités de recrutement visent à déterminer lesquelles des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont susceptibles de bénéficier des services de suivi en clinique d'insuffisance cardiaque.

Le recrutement s'effectue souvent à l'occasion du premier contact formel avec le médecin qui connaît le programme et qui l'explique à la personne atteinte d'insuffisance cardiaque. Lorsque la personne manifeste son intérêt à s'engager dans une démarche de suivi en clinique d'insuffisance, le médecin établit une demande d'inscription formelle à la clinique mère, conformément aux critères d'admissibilité énoncés plus haut. L'infirmière-pivot prendra contact par téléphone avec la personne référée afin d'organiser une première rencontre. Chaque clinique procède selon un protocole de soins convenu avec le CHUS pour la prise en charge de façon uniforme des clientèles. **Tous les protocoles de soins doivent préalablement avoir été adoptés par les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).**

Le recrutement est un moment crucial pour sensibiliser la personne atteinte et son entourage, aux effets positifs d'un tel programme sur l'amélioration de son état de santé et d'y adhérer. Par ailleurs, elle est informée des composantes du programme, de la philosophie qui le sous-tend et des conditions de participation. Lorsqu'elle a manifesté son intérêt à y participer et qu'elle a répondu à tous les critères d'admissibilité, elle est réputée être inscrite au programme. Elle s'engage dans une démarche de prise en charge de son état de santé qui comprend sa participation aux interventions thérapeutiques et pharmacologiques reliées à ses besoins.

Suivi thérapeutique

Prise de contact et suivi pendant les périodes instables de la maladie

Le suivi s'étend du début de l'épisode aigu de la maladie jusqu'à la disparition ou la stabilisation des symptômes d'exacerbation. Il consiste à prodiguer à la personne atteinte d'insuffisance cardiaque et à ses proches, sur une base périodique et régulière des soins, des traitements et des services adaptés à leurs besoins. Ainsi, selon la gravité de l'atteinte à la maladie et de l'épisode de soins, la personne participante peut fréquenter la clinique sur une base quotidienne, hebdomadaire, mensuelle ou espacée sur une période de quelques mois. La durée de la rencontre varie en fonction des problèmes identifiés, de l'état de santé et des traitements à dispenser. Chaque visite à la clinique d'insuffisance cardiaque doit inclure un entretien avec l'infirmière-pivot et peut être suivie d'une rencontre avec le cardiologue (clinique-mère), le médecin responsable (satellite) ou tout autre membre de l'équipe interdisciplinaire requis (nutritionniste, pharmacien, kinésologue, travailleur social, etc.) pour un examen physique, le suivi de prescriptions médicales et du plan thérapeutique. Quant aux cliniques satellites sans urgence 24/7, le suivi des clientèles stables est assuré par l'infirmière-pivot. Pour toute aggravation dans l'état de santé chez la clientèle, une référence téléphonique immédiate est acheminée à la clinique mère ou au médecin traitant.

À partir de l'admission d'un patient auprès du réseau de cliniques d'insuffisance cardiaque, ce dernier est invité à participer à son propre plan de traitement via des traitements pharmacologiques et une modification des habitudes de vie. Les patients sont invités à s'engager dans le traitement de leur maladie et ainsi participer au traitement de leur problématique médicale.

La durée des rencontres est variable selon s'il s'agit d'une rencontre de suivi ou d'enseignement avec l'infirmière de la clinique ou bien s'il s'agit d'une rencontre auprès de multiples intervenants où le patient peut rencontrer la même journée, un pharmacien, une infirmière, un cardiologue et les gens responsables du suivi de son défibrillateur.

Les suivis cliniques, non seulement à la clinique du CHUS, mais aussi au niveau des cliniques satellites, sont faits à partir du logiciel Vision C dont la nouvelle version sera implantée graduellement dans le réseau de cliniques de l'Estrie. En plus d'être adapté pour le traitement des patients avec insuffisance cardiaque, ce logiciel permet également l'échange d'information entre la clinique du CHUS et les cliniques satellites. Le programme Vision C permet, de plus, la collecte longitudinale des données des examens de laboratoire aussi bien que des éléments de l'histoire clinique et de certains éléments propres au suivi des patients avec insuffisance cardiaque tel le test de marche de 6 minutes (6MWT). L'utilisation d'un logiciel standardisé est un atout pour le traitement des patients avec insuffisance cardiaque et permet aussi une évaluation facilitée du programme.

La personne participante est amenée à prendre des engagements précis en ce qui concerne l'atteinte d'objectifs et l'utilisation des moyens pour y parvenir. À cet effet, l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé (PII) est définie dans le temps et négocié avec les personnes intervenantes et, si possible, avec ses proches. Ce PII (voir section « Outils » à l'Annexe 6) est expliqué par l'infirmière-pivot et élaboré lors de la première rencontre. Les principales étapes de l'élaboration de ce plan sont démontrées à la fin de cette section. Cette notion de contrat stimule et confirme l'engagement et l'auto-prise en charge de la personne inscrite au programme. Ensemble, elles précisent les résultats attendus de l'intervention et choisissent les moyens pour les atteindre. Précisons qu'au-delà de ces engagements, la personne participante poursuit son suivi médical avec son médecin traitant de façon continue. L'approche proposée s'appuie sur le respect des besoins et des intérêts de la personne participante tout en tenant

compte des facteurs qui facilitent ou rendent plus difficile sa prise en charge. Les manifestations des symptômes liées au traitement sont souvent difficiles à supporter amenant les personnes atteintes à l'abandon total ou partiel du traitement. Il est essentiel de soutenir la personne et ses proches en phase initiale de la maladie. L'infirmière-pivot devra faire preuve d'écoute empathique et utiliser diverses stratégies d'adaptation pour les amener à persévérer dans leur décision de participer au programme.

Au cours des rencontres subséquentes, l'infirmière-pivot complète le PII avec la personne participante, elle vérifie le bilan de santé et complète l'enseignement sur les manifestations de la maladie et les facteurs de risque en tenant compte de l'âge et du degré de fatigue de la personne. Chaque rencontre se termine en fixant un prochain rendez-vous et en précisant selon le cas les examens de laboratoire nécessaires. Rappelons que l'insuffisance cardiaque est une maladie complexe qui affecte un grand nombre de personnes âgées présentant souvent des troubles de mémoire et d'apprentissage. Ces dernières doivent être soutenues jusqu'à ce qu'elles maîtrisent et appliquent le contenu éducatif reçu. En raison de ces particularités, il est recommandé d'encourager la participation d'un proche aux rencontres. La personne atteinte a de bien meilleures chances d'adhérer à son traitement si son entourage la soutient dans sa prise en charge.

Comme l'insuffisance cardiaque est une maladie chronique, évolutive et irréversible, le suivi actif se poursuit sur un continuum de la maladie allant jusqu'aux soins palliatifs.

Tout au long du cheminement et de l'évolution de la maladie, la personne participante et son proche sont dirigés selon les besoins identifiés vers les autres ressources du CSSS soit, à titre d'exemple, en service social, en nutrition, en ergothérapie ou encore vers les services de la communauté comme la popote roulante, les groupes d'entraide ou les transports adaptés. Afin d'assurer la communication entre les différents partenaires, des mécanismes de liaison formels facilitent la coordination des services pour la personne participante lors des épisodes de soins. Elle sera suivie étroitement par la clinique. Le médecin traitant sera en liaison avec l'infirmière-pivot, il sera avisé rapidement de tout changement dans l'état de santé de la personne atteinte. Il faut se rappeler que le but principal des cliniques est de prévenir l'hospitalisation, les visites à l'urgence et d'améliorer la qualité de vie à domicile. Dans ce sens, le traitement des personnes atteintes, en période instable de la maladie est essentiel et exige des visites parfois quotidiennes ou très rapprochées pour l'ajustement de la dose de médicament, des examens physiques ou de laboratoires ou pour vérifier l'observance au traitement.

Malgré la démarche de soins entreprise en clinique d'insuffisance, il arrive que la personne atteinte ait à séjourner à l'hôpital. Afin de fournir à cette clientèle un suivi adéquat de soins et de services de santé et d'assurer une coordination clinique efficace avec les différentes personnes impliquées dans son traitement, l'infirmière soignante du CSSS avise par téléphone l'infirmière-pivot de la clinique d'insuffisance cardiaque, dès que possible, de l'arrivée et de la sortie de la clientèle qui fréquente la clinique d'insuffisance cardiaque. Cette dernière se rendra au chevet de la personne atteinte d'insuffisance cardiaque afin d'organiser éventuellement son suivi thérapeutique en fonction de l'événement qui a provoqué son séjour à l'hôpital. Comme le souligne le groupe de cardiologues dans leur rapport, « *la cause la plus fréquente de récurrence de défaillance aiguë est la non observance aux traitements pharmacologiques et non pharmacologiques* ». Le fait de visiter cette clientèle en cours d'hospitalisation (urgence, unité de médecine, soins intensifs, soins intermédiaires) l'informe sur le plan de soins et de services envisagé et la rassure sur la continuité du suivi thérapeutique dont elle bénéficie. Cependant, devant l'impossibilité de la rencontrer, l'infirmière-pivot prendra contact téléphonique avec celle-ci dans un court délai (24–48 heures ouvrables) après son congé du centre de santé. Les mécanismes de liaison habituels sont maintenus pour les références internes et externes.

Suivi pendant les périodes stables de la maladie

Dès que la maladie se stabilise ou que les manifestations d'exacerbation s'estompent, la fréquence des rencontres à la clinique diminue progressivement tout au long de l'évolution de la maladie. Ces rencontres servent à dresser le bilan du plan d'action et à orienter la personne participante vers de nouveaux objectifs ou à poursuivre ceux inscrits au plan d'action. La durée des rencontres varie selon les besoins identifiés. Entre les visites, pour toutes questions relativement à leur état de santé, les personnes participantes savent qu'elles peuvent rejoindre par téléphone l'infirmière-pivot selon les disponibilités de celles-ci (chaque établissement établira ses propres heures d'ouverture et de disponibilité).

Suivi téléphonique

Un mécanisme de soutien et de surveillance téléphonique planifié, coordonné et personnalisé aide la personne atteinte à poursuivre ses engagements dans les changements qu'elle a amorcés et la motive davantage à persister. L'insuffisance cardiaque et l'aggravation des symptômes sont souvent secondaires à l'inobservance du traitement ou au fait que la personne atteinte comprenne mal cette maladie. Ce mécanisme permet donc à l'infirmière-pivot l'évaluation de la condition de santé de cette clientèle, la détection de l'émergence de situations critiques et l'intervention rapide selon la circonstance qui se présente. En outre, il facilite les références vers les autres secteurs d'activités professionnelles, le transfert de l'information et, surtout, réconforte la personne participante ainsi que ses proches. Ces suivis sont déterminés de concert avec le médecin, l'infirmière-pivot et la personne participante selon le plan thérapeutique et l'évolution de la maladie. En appui à l'intervention, un document sur le suivi téléphonique est suggéré à la section « Outils » à l'Annexe 6.

Suite à une séance d'éducation à la santé, l'infirmière-pivot évalue auprès de la personne atteinte sa compréhension des différents éléments discutés. À l'aide d'un questionnaire, elles révisent ensemble les principaux points sur lesquels un changement de comportement est souhaitable. L'instrument est répertorié à la section « Outils » à l'Annexe 6. Mentionnons que cette intervention est utile à toutes les périodes de suivi de la maladie, soit en rencontre individuelle ou pendant les périodes de soutien téléphonique.

OUTILS D'ÉVALUATION

Afin de mieux répondre aux besoins et d'assurer un suivi approprié de la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque, plusieurs instruments de travail sont proposés. Ils ont l'avantage d'avoir été validé par des personnes professionnelles œuvrant dans des cliniques d'insuffisance cardiaque, notamment celle du CHUS. Cette section explique sommairement leur utilisation. Ils sont illustrés dans la section « Outils » présentée à l'Annexe 6.

Évaluation des besoins

La collecte de données est la première étape de la démarche en soins infirmiers. Elle consiste à l'évaluation biopsychosociale des besoins et à l'identification des facteurs de risque de l'insuffisance cardiaque chez la personne participante. Elle cherche à identifier, avec cette dernière, ses forces, ses limites et ses ressources individuelles, lesquelles seront utiles pour cibler les interventions pertinentes à l'amélioration de l'état de santé et la qualité de vie. Cette étape se déroule au moment de l'accueil de la personne participante à la clinique d'insuffisance cardiaque. L'évaluation des besoins est l'intervention privilégiée pour établir le contact et créer un climat de confiance avec la personne atteinte et ses proches afin de parvenir à la réalisation des objectifs poursuivis dans la démarche. C'est l'occasion également de débiter l'enseignement sur la maladie, la nutrition, l'activité physique et sur l'utilisation des médicaments, notamment sur les interactions possibles des médicaments dits « naturels » et ceux en vente libre.

Plan d'interventions individualisé

Le plan d'interventions individualisé (PII) est un outil de travail très utile à la personne intervenante pour la guider dans la définition des problèmes et dans l'élaboration des objectifs en collaboration avec la personne atteinte. Pour cette dernière, il s'avère être un instrument de référence très concret dans les actions à prendre pour parvenir aux résultats souhaités. Le PII comprend des stratégies à utiliser et un échéancier pour l'atteinte des objectifs visés. Il fait l'objet d'un engagement personnel de la personne participante à rencontrer les objectifs et permet une prise en charge globale tout en facilitant la concertation interprofessionnelle. Selon les circonstances, le plan est soutenu par des personnes professionnelles spécialisées selon les types d'activités. Il est révisé par l'infirmière-pivot, en collaboration avec la personne participante, soit à toutes les six semaines environ, pendant la période instable de la maladie ou à tous les trois ou six mois selon le calendrier des rencontres. Cette démarche permet d'analyser le résultat de l'intervention, de mesurer l'écart et d'effectuer les meilleurs ajustements possibles au plan de traitement. Elle sert également d'agent stimulant et motivant à la réalisation des objectifs ciblés. La participation des proches est sollicitée et encouragée afin d'obtenir leur soutien à la réussite du traitement de la personne atteinte.

OUTILS D'ENSEIGNEMENT

Un programme d'enseignement efficace s'appuie sur des principes andragogiques et fait appel à la capacité du personnel impliqué dans la démarche d'adapter ses interventions aux particularités de la clientèle, soit des personnes âgées souvent peu scolarisées, avec des problèmes de mémoire et de concentration. Comme l'insuffisance cardiaque est une maladie chronique, débilitante et exigeante quant aux changements de comportements, les personnes qui en sont atteintes ont tendance au découragement et au laxisme face à l'observance du plan de traitement. Pour ces raisons, la clinique d'insuffisance cardiaque encourage la présence des proches à chaque rencontre planifiée avec la personne atteinte pour les motiver et les appuyer dans leur suivi thérapeutique.

Le but d'un tel programme vise l'apprentissage par la clientèle de notions essentielles pour gérer sa maladie. Ainsi, elle pourra apprendre à mieux distinguer les signes d'aggravation de sa maladie et adopter de saines habitudes de vie. Les résultats recherchés sont la prévention de la décompensation et l'autogestion de la maladie. Pour aider la personne intervenante à bien définir et à mesurer les objectifs visés par la personne atteinte, un guide de l'enseignement a été conçu par la Société québécoise d'insuffisance cardiaque (SQIC). Il relate les principaux sujets à aborder avec la clientèle et ses proches, tels les facteurs de risques reliés à la maladie cardiovasculaire, la pratique d'activités physiques selon la tolérance ainsi que le traitement pharmacologique et non pharmacologique. En outre, afin de procurer aux personnes intervenantes des outils de validation de l'enseignement dispensé ou pour identifier les besoins d'apprentissage en matière de connaissance et de contrôle de la maladie, un questionnaire d'évaluation de l'enseignement à la clientèle a été élaboré. Les instruments sont déposés à l'Annexe 6, outil 9.

La nutrition

La nutrition joue un rôle très important dans l'insuffisance cardiaque. La littérature scientifique démontre que c'est par une saine alimentation que les personnes atteintes arrivent à mieux contrôler les facteurs de risque liés à la maladie. Une étude, menée par une équipe de chercheurs du département de cardiologie de l'Université Laval, a démontrée que l'obésité, en particulier l'obésité abdominale, assombrit le diagnostic des individus cardiaques. En effet, l'étude signale qu'un important tour de taille augmenterait le risque de décès de 17 %, d'infarctus de 23 % et d'insuffisance cardiaque de 38 %. Pour aborder cet élément, le rôle de l'infirmière-pivot est très important pour accompagner la personne atteinte à développer des stratégies qui favorisent l'adoption de saines habitudes alimentaires. La restriction de la consommation de sodium et la pratique d'activités physiques font partie des traitements non pharmacologiques essentiels au maintien de l'état de santé. Ces aspects sont régulièrement abordés au cours des interventions d'ordre nutritionnel. Aussi, au cours du processus de la maladie, il survient fréquemment des problèmes de malnutrition, soit par excès (obésité) ou par déficience (dénutrition) alimentaire conduisant à une détérioration de l'état circulatoire. Pour procéder à cette évaluation, l'infirmière-pivot utilise le questionnaire alimentaire, qu'elle demande à la clientèle de compléter, s'il y a lieu de croire à un problème nutritionnel, afin de pouvoir orienter la personne à la ressource spécialisée.

Les médicaments

Selon Santé Canada, l'usage des approches complémentaires et parallèles en santé (ACPS) au Canada a connu une croissance exponentielle ces dernières années. Cette tendance issue des personnes sous traitement pharmacologique, crée de nouveaux défis pour les médecins, car celles-ci peuvent intégrer ou envisager l'usage de traitements parallèles, sans nécessairement en parler à leur médecin. D'ailleurs, un article scientifique révèle qu'il est impératif que les médecins connaissent les divers types de traitements par des ACPS les plus utilisés, pour promouvoir un dialogue ouvert avec leurs patients à ce sujet. Selon ces auteurs, les personnes atteintes d'une maladie grave, chronique ou récurrente sont les plus susceptibles d'utiliser des ACPS. Elles sont également plus enclins à prendre des médicaments sur ordonnance créant ainsi la polypharmacie. La plupart des clientèles qui utilisent des ACPS le font pour compléter leurs soins, et non pour les remplacer, conclut l'article.

Devant la publicité entourant les vertus des produits naturels pour la santé, il est essentiel d'informer notre clientèle des risques liés à l'interaction de certains produits avec la médication d'ordonnance. Étant donné le peu de documentation dans ce domaine et en raison de la polypharmacie chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, nous devrions les inciter à la prudence lors de leur utilisation. Quoique peu exhaustive, une liste de ces produits est présentée dans la section « Outils » à l'Annexe 6. Nous vous proposons de la bonifier au fur et à mesure qu'une nouvelle donnée sera disponible.

Lorsque nous abordons le volet de la médication dans le plan de traitement, il est fréquent de constater la non-observance. Parmi les raisons implorées pour l'expliquer, c'est principalement l'aspect du manque de communication entre le médecin et la personne atteinte qui en est la cause la plus fréquente. La non-observance entraîne un taux de mortalité élevé et un coût frôlant les 9 milliards au Canada. C'est ce qui ressort d'une récente étude, réalisée dans la région de Montréal, où les chercheurs ont développé une approche orientée sur la vulgarisation de l'information et de l'enseignement structuré de la maladie et du traitement dédié à la clientèle.²⁹ Devant cette évidence, l'infirmière-pivot devra redoubler de vigilance afin de s'assurer que la personne atteinte comprenne bien son traitement et sa maladie, et la questionne sur les raisons de la non observance. À titre d'exemple, le coût du produit, les effets indésirables, le délai d'action, le caractère chronique de la maladie, le déni de la maladie et le manque de confiance envers le médecin, les personnes professionnelles ou le traitement sont des raisons d'abandon du traitement soulignent les chercheurs de l'étude.

Le suivi de la médication

L'outil 14 à l'annexe 6 sert au suivi régulier de la médication prescrite. Comme on le sait, l'insuffisance cardiaque est une maladie souvent chronique et seulement une minorité de patients ont la chance de voir leur fonction cardiaque s'améliorer au point de pouvoir cesser un suivi médical spécialisé. Cependant, un suivi clinique régulier et adapté aux besoins de l'individu améliore sa qualité de vie et sa condition cardiaque. Pour obtenir le traitement optimal, le médecin, le cardiologue ou le pharmacien ajuste la médication de la personne atteinte selon l'évolution de son état de santé et aussi de sa réponse au traitement. Parmi les médicaments à surveiller, ce sont les bêta bloqueurs, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les inhibiteurs du récepteur de l'angiotensine II ainsi que les diurétiques qui font l'objet d'un suivi rigoureux, souvent supervisé par un protocole d'administration élaboré par le cardiologue. Le suivi optimisation des médicaments est présenté dans la section « Outils » à l'Annexe 6.

Depuis l'été 2008, un pharmacien de la clinique-mère du CHUS (travaillant à demi-temps) agit en tant que personne-ressource pour toutes les cliniques satellites de la région.

Notes d'évolution

À chaque étape et après chaque rencontre ou intervention téléphonique effectuée auprès de la clientèle, l'infirmière-pivot consigne ses notes au dossier médical. Un exemple du formulaire « Notes d'évolution » est exposé à la section « Outils » à l'Annexe 6.

SERVICES OFFERTS

Les cliniques d'insuffisance cardiaque offrent des services de santé et des services sociaux en interdisciplinarité, sur une base ambulatoire à la population visée par le programme régional de services en santé cardiovasculaire. En raison de la condition de santé cardiovasculaire de cette clientèle, des examens d'investigations cliniques sont fréquemment requis pour décider d'un traitement pharmacologique. Par conséquent, les matinées sont les moments les plus favorables pour recevoir les clientèles. En outre, là où c'est possible, des places de stationnement **devraient** être réservées à proximité de la porte d'entrée des établissements pour leur faciliter l'accès comme c'est le cas à la clinique mère.

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE LA CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE ET LES RÔLES DE CHACUN DES MEMBRES

Les cliniques ont pour fonction d'établir de façon précoce les diagnostics de décompensation cardiaque et d'élaborer un plan thérapeutique. Elles sont dirigées par un médecin responsable du dossier sur l'insuffisance cardiaque et gérées par une infirmière reconnue pour son expertise en cardiologie; la clinique mère est cependant dirigée par un cardiologue. Voici la description de chacun des rôles respectifs des membres de l'équipe. L'infirmière est désignée à titre de personne intervenante pivot.

Infirmière-pivot

Le concept d'intervenant pivot s'appuie sur un besoin de continuité et de concertation dans les services offerts sur un territoire ou dans une communauté. La principale fonction de cette personne consiste en la planification et la coordination du plan de services individualisé (plan d'action) dans le but de répondre aux besoins de la personne atteinte de la maladie, en tenant compte de ses capacités d'apprentissage. Elle est une infirmière ou un infirmier qui évalue les besoins de la personne atteinte et de ses proches et qui s'assure que le réseau répond à ceux-ci. Plus précisément, elle accueille, soutient, accompagne, informe la clientèle et rend possible la continuité entre les interventions des multiples acteurs.

Ce rôle doit s'exercer dans une perspective de renforcement des capacités personnelles des personnes atteintes, à l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire et en collaboration avec les ressources de la communauté. Ainsi, la personne intervenante assure un soutien clinique aux autres professionnels qui sont impliqués dans les soins et les services de leur clientèle commune.

L'infirmière-pivot doit planifier, organiser, coordonner et évaluer les activités concernant la clinique d'insuffisance cardiaque. Elle organise l'horaire des cliniques en tenant compte des priorités qui peuvent survenir soit dans l'évolution de la maladie de la personne atteinte ou dans le processus d'un congé hospitalier précoce. Elle planifie et anime les rencontres périodiques d'équipe. En outre, elle vise à intégrer dans sa pratique les énoncés décrivant divers aspects de l'exercice de sa profession, soit : le partenariat infirmière/personne atteinte; la promotion de la santé; la prévention de la maladie; le processus thérapeutique; la réadaptation fonctionnelle; la qualité de vie et l'engagement professionnel. Toutes ces perspectives de l'exercice de la profession infirmière sont des préoccupations constantes. En présence des clientèles atteintes, elle leur témoigne de la compassion, leur offre une écoute empathique en leur démontrant du respect et de l'encouragement. Elle est l'agent ou l'agente de changement et verra à les accompagner au cours de ce processus. Les paragraphes suivants illustrent de façon plus détaillée la fonction pivot.

Organisation des services

- Coordonner les liens avec les différentes ressources du programme
 - S'assurer que la personne participante ait accès aux ressources mises en place dans le cadre du programme;
 - Être la référence générale de la personne participante dans le programme;
 - Être la référence générale au programme d'insuffisance cardiaque pour les personnes intervenantes de la communauté.

- Faire connaître les ressources du programme à l'ensemble du personnel engagé auprès des clientèles cibles;
- Représenter l'équipe territoriale à la coordination régionale du programme;
- Évaluer les besoins de formation en collaboration avec son chef de service;
- Collaborer à l'harmonisation des outils de liaison et de référence;
- Participer périodiquement à la révision et à la mise à jour des outils : cahiers d'enseignement, documentation remise aux clientèles, formulaires, etc.

Interventions cliniques

- Recevoir les demandes pour le programme
 - Vérifier si la personne correspond aux critères d'admissibilité du programme;
 - Vérifier si les laboratoires et les résultats d'examens sont disponibles au dossier;
 - Recevoir les demandes de transfert en provenance de la clinique-mère du CHUS.
- Établir un contact avec la personne atteinte et amorcer le processus d'intégration au programme
 - Communiquer par téléphone avec elle;
 - L'informer du contenu du programme d'insuffisance cardiaque et du rôle de l'infirmière-pivot et du médecin;
 - Dès la première rencontre, lui demander les autorisations pour le résumé de dossier si nécessaire;
 - Évaluer globalement ses besoins et son intérêt à adhérer au programme;
 - Planifier le premier rendez-vous.
- Élaborer le plan de services individualisé avec la personne atteinte en fonction des besoins de cette dernière et la diriger vers les ressources appropriées
 - Établir un lien de confiance entre elle et la personne atteinte.
 - Compléter la collecte de données.
 - Établir le contrat de suivi spécifique.
 - Amorcer ou compléter l'intervention éducative en tenant compte de ses besoins prioritaires, ce qui consiste à : la sensibiliser aux problèmes de santé cardiovasculaire liés aux facteurs de risque et à sa réalité multifactorielle, la conscientiser sur le contrôle et le pouvoir qu'elle est apte à exercer, réduire son stress engendré par sa maladie et l'aider à définir les conséquences de l'action et de l'inaction.
 - Procéder à l'évaluation clinique : questionnaire sur l'état de santé, mesure des signes vitaux (TA, pouls, température, saturation d'oxygène, auscultation), vérifier le poids et l'observance au traitement tel que le respect de la limite liquidienne, de la diète hyposodée et de la médication. Transmettre les informations recueillies au médecin en présence de la personne atteinte. Selon la situation, procéder à l'épreuve de marche. Consigner toutes les données au dossier.
- Suivi
 - Répondre aux appels téléphoniques de la personne atteinte ou de son proche, s'il y a lieu, ou possibilité de les rencontrer le jour même ou de les orienter le cas échéant vers un service adéquat pour répondre à leurs besoins.
 - Planifier des plages horaires pouvant répondre aux situations prioritaires.

- Administrer des médicaments intraveineux (lasix) sous prescription médicale et surveiller l'état de la personne en réponse au traitement selon le protocole établi dans chaque clinique.
- Assurer le suivi de l'état de santé en clinique et exécuter les soins, le plan thérapeutique et les protocoles en vigueur dans son établissement.
- Visiter la personne participante en cours d'hospitalisation ou lors d'une visite à l'urgence pour l'encourager, la réconforter et vérifier la cause de l'événement et agir sur les facteurs modifiables.
- Vérifier son avancement dans le processus de suivi et adapter le plan d'intervention
 - Par un suivi téléphonique organisé ou lors des rencontres ponctuelles : communiquer avec elle afin de la soutenir dans ses démarches;
 - Proposer des solutions de rechange si l'application du plan initial connaît des difficultés, en utilisant une approche « d'auto prise en charge ».
- Coordonner les liens avec les autres membres de l'équipe du programme
 - S'assurer que les liens entre la personne participante et le personnel du programme se réalisent correctement tout au long du processus;
 - Agir comme un « coach » pour la personne participante (rappels, motivation, atteinte des objectifs, counseling, etc.) en complémentarité avec les autres personnes intervenantes impliquées.
 - Assurer le transfert d'information aux différentes personnes intervenantes concernées, particulièrement aux médecins traitants, aux groupes de médecins de familles (GMF) et aux spécialistes.
- Évaluation
 - Participer au processus de suivi et d'évaluation du programme en complétant et compilant les statistiques d'interventions selon les modèles d'interventions définis dans la région, tout en utilisant la nomenclature spécifique au programme (outil 22).

Infirmier praticien spécialisé en cardiologie (CHUS)

- Coordonner les activités de formation et de développement au niveau régional;
- Visiter les cliniques satellites et soutenir les intervenants-pivots;
- En lien avec l'intervenante-pivot du CHUS, accompagner les intervenant-pivots des cliniques satellites lors de transferts de patients vers ces dernières;
- Assurer le soutien téléphonique pendant les heures ouvrables auprès des cliniques satellites;
- Assurer le suivi de la clientèle plus lourde et instable;
- Améliorer les modes de liaison pour le recrutement et la référence des patients;
- Participer à l'évaluation des cliniques;
- Lien avec le médecin de famille. Information bidirectionnelle.

Cardiologue (clinique mère)

- Reçoit et accepte les demandes d'admission au programme;
- Effectue les examens et l'évaluation initiale;
- Élabore un plan thérapeutique;
- Rencontre en clinique les personnes participantes sur une base régulière;
- Est la personne ressource pour les médecins responsables dans les MRC satellites :

- formation initiale;
- réponse téléphonique;
- publications des protocoles de soins et des évaluations;
- clinique sur rendez-vous pour les personnes participantes des cliniques satellites.

Médecin responsable de la clinique satellite

- Contribue à la promotion de la clinique auprès de ses pairs et dans la communauté;
- Participe aux réunions d'équipe régionale au besoin;
- Assure le lien avec les autres médecins de son territoire et les spécialistes;
- Assure la mise en place du plan d'urgence et le suivi de ce plan;
- Organise, coordonne, planifie les horaires des médecins dédiés à la clinique satellite;
- Fait accepter les règles de soins et ordonnances collectives par le CMDP du CSSS, lesquelles seront fournies par la clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS (celles-ci ont été adoptées par le CMDP du CHUS).

Médecin dédié à la clinique d'insuffisance cardiaque satelliteⁱ

- Agit en tandem avec l'infirmière-pivot;
- Élabore et fait le suivi du plan thérapeutique;
- Rencontre en clinique les personnes participantes sur une base régulière;
- Explique le traitement de la maladie;
- Renforce les comportements modifiés.

Médecin de famille

- Réfère sa clientèle répondant aux critères d'admissibilité à la clinique du CHUS;
- Poursuit le suivi médical et pharmacologique de la personne inscrite à la clinique.
- Dispense son enseignement;
- Communique toute information pertinente aux personnes intervenantes de la clinique insuffisance cardiaque.

Secrétaire médicale (clinique mère)

- Exécute des tâches administratives;
- Accueille les personnes participantes;
- Prépare le dossier pour la clinique;
- Procède à l'ouverture du dossier de la personne participante.

Le programme préconise une approche interdisciplinaire. Ainsi, selon l'évaluation des besoins chez la clientèle, d'autres personnes professionnelles peuvent s'adjoindre aux activités de la clinique sur référence. Leur rôle est décrit ci-dessous.

Service régional en pharmacie desservi par le CHUS

- Offre ses conseils et son enseignement sur l'utilisation, l'administration, les effets secondaires et les interactions médicamenteuses aux cardiologues, aux médecins, aux infirmières et aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, s'il y a lieu;
- Rencontre les nouveaux patients;
- Participe à l'évaluation des dossiers pharmaceutiques.

ⁱ La présence et le rôle seront à préciser en fonction des CSSS selon la réalité de l'organisation de services de chacun. Il pourrait être différent selon qu'ils incluent ou non une mission CH.

Kinésiologue (en référence)

- Prône les bienfaits de l'activité physique et enseigne les saines habitudes de vie;
- Offre aux personnes participantes un programme adapté d'activités physiques;
- Assure la progression de l'entraînement et le suivi selon la prescription de départ ;
- Alimente la motivation et l'observance;
- Enseigne à la personne atteinte les signes et symptômes de l'intolérance à l'effort et l'utilisation de l'échelle de Borg illustrée à l'Annexe 3;
- Participe aux réunions d'équipe au besoin.

Nutritionniste (en référence)

- Évalue les habitudes alimentaires en tenant compte de l'apport hydrique et sodique de la personne et fait la promotion de saines habitudes alimentaires;
- Élabore un plan d'alimentation répondant aux besoins nutritionnels de la clientèle;
- Fait de l'enseignement sur les changements de comportements alimentaires à adopter en regard des problèmes de santé ou des facteurs de risque en présence. Utilise les forces et les compétences de la personne atteinte pour motiver la personne atteinte et son proche à persister dans le changement espéré;
- Offre aux personnes participantes un suivi adapté à leurs besoins;
- Participe aux réunions d'équipe au besoin.

Travailleuse – travailleur social (en référence)

- Fait la promotion de saines habitudes de vie comme la gestion du stress.
- Aide la personne atteinte et sa famille à s'adapter aux changements psychosociaux provoqués par la maladie; à titre d'exemple, la peur de la mort subite, la diminution des capacités fonctionnelles ou le changement dans le rôle social, conjugal ou familial. Parfois, l'évolution de la maladie peut nécessiter une orientation dans un milieu de vie.
- Participe aux réunions d'équipe selon le besoin.

D'autres secteurs d'activités professionnelles complémentaires sont appelés à l'occasion en consultation pour répondre à des besoins plus spécifiques de la clientèle, mentionnons l'inhalothérapie, la physiothérapie et l'ergothérapie.

MÉCANISMES DE LIAISON

Dans le cadre de ce programme, des mécanismes de liaison bien établis doivent exister sur le territoire de la région 05 pour favoriser la communication entre les différents partenaires. Les facteurs facilitant le déroulement de la fonction liaison sont les suivants :

- la connaissance, par tout le personnel impliqué, du programme dans son ensemble (philosophie, objectifs, activités, mécanismes d'accès) qui est un préalable essentiel pour faciliter l'orientation de la personne au programme.
- la prise de conscience, par chacune des personnes intervenantes, du processus global dans lequel elles s'inscrivent et de leur contribution professionnelle.
- l'existence de modalités de communications formelles entre les personnes intervenantes dans l'élaboration et le suivi du plan d'action (à titre d'exemple : lettre aux médecins traitants, feuille sommaire ou autre, et feuille de collecte de données pour le suivi de la personne).
- l'uniformisation des protocoles d'investigation et d'intervention.
- l'uniformisation des outils de référence dans la région. (section « Outils » à l'Annexe 6 : le formulaire de référence suggéré).

Mécanismes existants dans la région 05

La région 05 assure des mécanismes de liaison entre le CHUS et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) par une fiche de continuité depuis 1996. Une récente mise à jour a eu lieu en 2004. Ce processus est fonctionnel et nous poursuivrons avec ce mécanisme pour l'instant.

Cependant, pour référer des clientèles aux cliniques d'insuffisance cardiaque, il faut se rappeler que seuls les médecins seront appelés à le faire compte tenu d'une part, de l'atteinte de la maladie à des niveaux de gravité qui diffèrent et évoluent et, d'autre part, de la confirmation sans équivoque du diagnostic.

- Pour la clinique mère, ce sont les médecins qui font la référence en utilisant le formulaire conçu à cet effet. Un exemplaire est illustré à la section « Outils » à l'Annexe 6;
- Pour les cliniques satellites, les références proviennent de la clinique-mère du CHUS. Un résumé du dossier ainsi qu'un rapport verbal sera effectué;
- D'autres systèmes de liaison sont à venir avec l'avancement de la technologie. Voici les principes directeurs de ce mécanisme de liaison réalisé conjointement par le CHUS et les CSSS de la région 05 :
 - favoriser une communication directe entre les deux types d'établissement afin de minimiser les intermédiaires;
 - planifier de façon précoce le congé d'hôpital;
 - diminuer les délais de prise en charge ou de continuité de soins et services entre les établissements;
 - percevoir la liaison comme une continuité de soins et services déjà amorcés;
 - favoriser l'utilisation de moyens techniques modernes pour faciliter la continuité de soins et services (exemples : télécopieur, informatique);
 - optimiser le respect de la confidentialité;

- mettre en place des mécanismes souples, rapides et simples;
- uniformiser les procédures de liaison (fiche de transmission unique, Bottin des ressources, etc.);
- identifier les personnes de référence sur chaque unité de soins (l'assistante infirmière-chef).

ÉVALUATION DU PROGRAMME

Au-delà de l'évaluation administrative du programme en termes de nombre de patients et de visites, il est de notre devoir de faire l'évaluation scientifique du programme de cliniques d'insuffisance cardiaque, que ce soit pour la clinique en centre tertiaire ou les cliniques satellites. Effectivement, nous croyons beaucoup en l'instauration de cliniques satellites d'insuffisance cardiaque avec supervision médicale par un omnipraticien. Toutefois, le bénéfice clinique d'une telle structure n'est pas démontré et nous devons évaluer cette structure non seulement dans le cadre d'un suivi adéquat de nos patients mais aussi pour faire avancer le niveau de connaissances dans le domaine.

Il est à noter qu'une limite des études voulant évaluer le bénéfice des cliniques d'insuffisance cardiaque est le manque de groupes contrôles considérant que la majorité des patients rencontrés sont invités à être suivis par une telle structure et qu'il serait possiblement inadéquat éthiquement, dans le contexte actuel des connaissances, de ne pas offrir de suivi systématique à une partie des patients.

Tel que mentionné ci-haut, bien qu'il n'est pas envisagé de ne pas exposer une partie des patients au réseau de cliniques d'insuffisance cardiaque, nous voulons évaluer le devenir de nos patients, notamment au niveau du taux d'hospitalisations et de mortalité. Ces informations seront collectées sous la forme d'un registre qui est actuellement en phase d'acceptation par le comité d'éthique de la recherche sur l'humain au CHUS.

Développements futurs

L'emphase sur les développements futurs sera orientée vers la stabilisation de la structure en place au CHUS et vers la mise en place et le développement des cliniques satellites.

Néanmoins, deux aspects pourraient être considérés comme développement à court ou moyen terme. Premièrement, nous pourrions considérer l'implantation d'une liaison avec le service d'admission des centres hospitaliers afin de avoir si un des patients suivis par le réseau de cliniques est hospitalisé pour insuffisance cardiaque et de pouvoir assister à la planification du congé en collaboration avec l'équipe traitante et possiblement pouvoir envisager un congé précoce.

Aussi, encore une fois avec la collaboration du service d'admission et lorsque le réseau des cliniques satellites sera bien implanté, il pourra être envisagé de faire l'évaluation des dossiers des patients qui ne sont pas suivis par la clinique d'insuffisance cardiaque et dont le diagnostic principal concerne une décompensation d'insuffisance cardiaque aiguë. Ces patients pourraient être approchés pour une admission et un suivi à la clinique d'insuffisance cardiaque. Cela devra toutefois se faire suite à l'acceptation d'un protocole en ce sens par les établissements concernés, notamment via leur CMDP.

PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE

Suivi systématique de clientèle

Plusieurs établissements de santé au Québec organisent la prestation des soins et des services de santé aux clientèles spécifiques, exigeant des plans thérapeutiques complexes, autour d'un processus de suivi systématique. Ce dernier se définit comme étant « *un processus de soins en interdisciplinarité qui vise à réaliser l'atteinte d'objectifs de santé en terme de résultats cliniques chez les clientèles spécifiques, et dans un contexte de gestion efficace et efficiente des ressources* ». L'insuffisance cardiaque fait partie des pathologies qui nécessitent la contribution de plusieurs secteurs d'activités et l'utilisation des ressources lourdes en matière de services et de soins de santé. Le suivi systématique comme modèle de prestation de soins et de services de santé pourrait faire l'objet d'une pratique à développer dans la région 05. C'est un processus sur lequel repose des principes de continuité de soins dans un suivi continu du cheminement clinique, peu importe où se trouve la personne atteinte dans le système de santé. C'est en effet une façon d'offrir des services de qualité, de favoriser la collaboration interdisciplinaire et de rencontrer les normes d'efficience.

La mise en œuvre des cliniques d'insuffisance cardiaque dans la région donne l'occasion de percevoir l'organisation des services sur le continuum de la santé et de suivre le cheminement clinique des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Dans ce sens, le suivi systématique correspond au concept de continuité dans la perspective de réseaux intégrés de soins et de services de santé. Il mérite qu'on réfléchisse aux possibilités de sa réalisation et aux avenues qu'il peut offrir dans chaque CSSS.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACPS :	Approches complémentaires et parallèles en santé
CAT :	Clinique d'abandon tabagique
CH :	Centre hospitalier
CHUS :	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CMDP	Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens
DSP	Direction des services professionnels
GMF :	Groupe de médecins de familles
ICC :	Insuffisance cardiaque chronique
IC :	Insuffisance cardiaque
EE :	Épreuve d'effort (Électro cardiogramme à l'effort)
ETT :	Écho cardiaque transthoracique
ETO :	Écho cardiaque transoesophagien
MCV :	Maladie cardiovasculaire
MOS :	Modèle d'organisation de services
MRC :	Municipalité régionale de comté
MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux
NYHA :	New York Heart Association
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PII :	Plan d'interventions individualisé
VUPS :	Vers l'unité pour la santé

ANNEXES

Qu'est-ce qu'un réseau de soins et de services de santé?

Différents auteurs définissent le réseau de soins. Shortell le définit comme « Un réseau d'organisations qui fournissent ou assurent la prestation d'un continuum de services à une population définie et qui accepte la responsabilité clinique et financière des résultats comme de l'état de santé de la population desservie ».

Pour Robinson¹, « C'est un système de communication et de support en « interface » qui va d'un niveau de soins à un autre et où le patient/proche est au centre ». Toujours selon le même auteur, « Le réseau de soins comprend une équipe de soins intégrés où chaque membre contribue au soutien du patient/proche. Ce réseau comporte aussi des services et ressources communautaires ainsi qu'un réseau social étendu. Un « maillage » entre tous ces services et ressources est essentiel ».

Les objectifs d'un réseau de soins intégrés de services sont :

- d'évaluer et d'établir les priorités en matière de besoins de la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque et de ses proches;
- de dispenser et coordonner des services;
- d'améliorer la communication dans tout le réseau.

Ce type de réseau couvre tous les niveaux de soins (primaire, secondaire, tertiaire et de réadaptation) et toutes les dimensions de services (soins aigus, maintien à domicile, soins palliatifs).

Pour y donner suite, une nouvelle façon de faire est proposée. Pour obtenir les résultats voulus, Shortell propose un système qui répondra aux critères suivants :

1. Culture d'une nouvelle gestion : c'est une nouvelle façon de penser, de voir le réseau de soins à travers l'épisode de la maladie cheminant vers le bien-être.
2. Évaluation des besoins de la population : se rapprocher des communautés, tenir compte des démarches, des préférences des personnes.
3. Utilisation d'un système de gestion de soins : intégrer des méthodes d'évaluation des données cliniques, utiliser des protocoles ou cheminements cliniques, dans le but d'assurer une continuité de soins entre les sites et les professionnels et dans un processus continu d'amélioration de la qualité.
4. Gestion de système technologique : évaluation des coûts / bénéfices des techniques alternatives par rapport aux besoins de la population et de l'habileté du système à utiliser la nouvelle technologie; achat / partage de technologies alternatives de traitement à moindre coût.
5. Instauration d'un processus d'amélioration de la qualité : principes et pratiques d'un processus dynamique dans le but de réagir promptement aux circonstances.

6. Utilisation de liens informatiques et de système de récompenses : liens électroniques pour les données cliniques et financières à travers le continuum de soins et système de récompenses de la performance pour encourager la collaboration.

Le réseau intégré de soins et services proposé repose sur ces critères et améliorera l'accessibilité aux services et son efficacité. Un plan de service individualisé, établi par les professionnels en partenariat avec la clientèle, permettra d'éliminer la duplication des services et de prévenir les coupures entre les secteurs.

Stratégie de l'Organisation mondiale de la santé « Vers l'unité pour la santé »²

En 1999, l'Organisation mondiale de la santé a lancé une nouvelle stratégie intitulée « Vers l'unité pour la santé – VUPS » (« Towards Unity for Health-TUFH »). Cette stratégie poursuit les orientations mises de l'avant par une autre stratégie, soit celle de la « Santé Pour Tous » qui a été acceptée par l'ensemble des nations en 1981. Selon cette dernière stratégie, l'ensemble des personnes de la planète doivent avoir la possibilité d'une meilleure santé, santé qui se définit comme un état de bien-être complet sur les plans physique, mental et social.

La stratégie « Vers l'unité pour la santé » s'articule autour de certains éléments clés : répondre aux besoins des personnes, intégrer les services, moduler les pratiques professionnelles, créer des partenariats productifs et mesurer les impacts. Ainsi, l'objectif général de la stratégie est d'améliorer les performances des systèmes de prestation de services de santé pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés en facilitant l'intégration/coordination des services, considérant les implications pour la pratique de la formation professionnelle d'une telle approche, créant des partenariats productifs et durables entre les intervenants-clés (décideurs politiques, gestionnaires de santé, professionnels de la santé, institutions académiques, communautés) et mesurant les impacts d'une telle approche de soins et services.

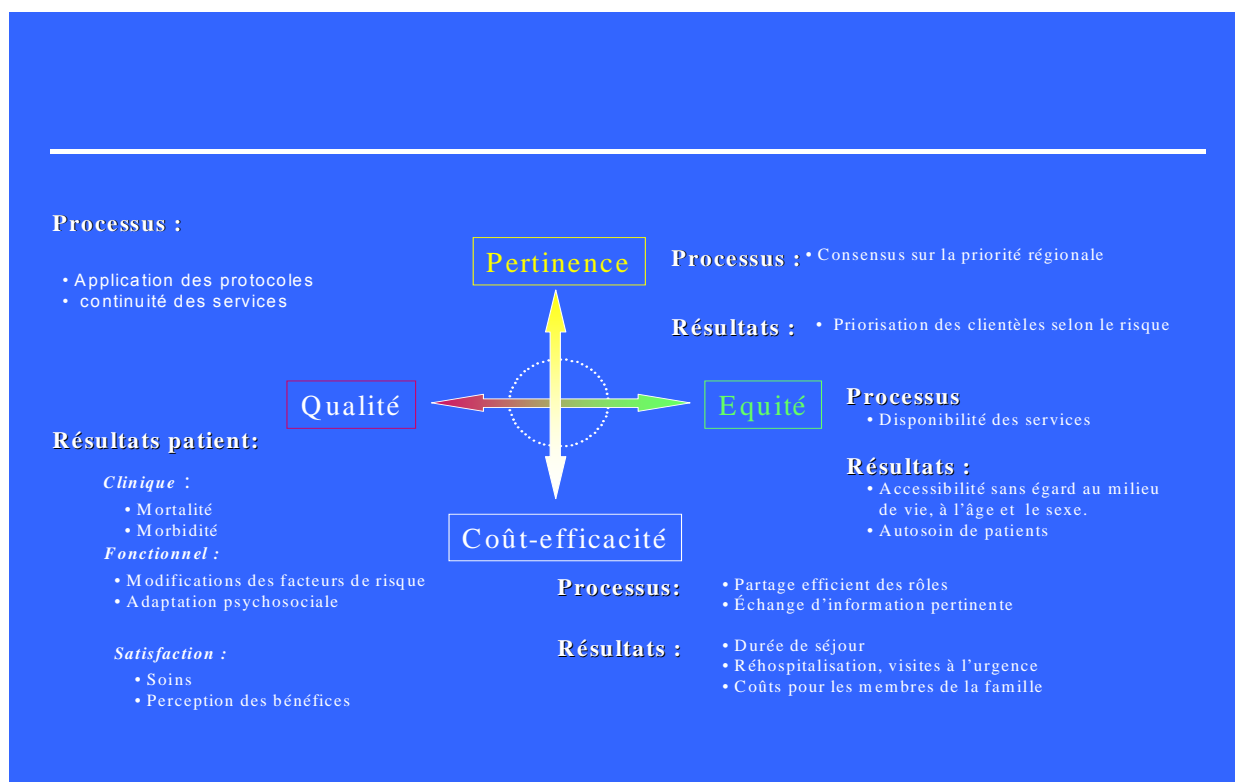
Pour améliorer la santé, des valeurs communes doivent être acceptées par l'ensemble des intervenants. À cet effet, la stratégie « Vers l'unité pour la santé » propose quatre valeurs de référence de base pour diriger les actions. Ces valeurs sont schématisées dans la boussole pour la santé (figure 1). Un équilibre entre ces quatre valeurs est nécessaire pour répondre de façon optimale aux besoins de santé des individus et des populations. La qualité réfère à l'offre et la gestion de soins et services de haut niveau scientifique et en accord avec les normes de pratiques professionnelles. L'équité doit assurer que chacun des membres d'une communauté ait les mêmes opportunités d'amélioration de la santé et de bien-être. La qualité et l'équité sont parfois en contradiction et un équilibre entre ces deux valeurs représente un rêve à la fois nécessaire et réalisable. Par ailleurs, ces deux premières valeurs doivent aussi être confrontées à deux autres, soit la pertinence, i.e. des services offerts selon les priorités, et l'efficacité, i.e. des services qui utilisent de façon optimale les ressources disponibles. Ces deux dernières valeurs représentent l'axe de la réalité auquel les gestionnaires de services de santé sont confrontés. Ce n'est qu'en trouvant un équilibre entre ces quatre valeurs et l'axe du rêve et de la réalité que nous pourrions atteindre de façon optimale les besoins des individus et des communautés.

L'intégration et la coordination des soins et services représentent la première caractéristique de services de santé qui optimisent leur réponse aux besoins. La stratégie VUPS reconnaît quatre éléments majeurs qui permettent d'atteindre cette intégration. La population de référence doit être d'abord bien définie tout comme le territoire où s'appliquent les services de santé. Les soins et services doivent à la fois s'adresser à la santé individuelle et à la santé publique; une complémentarité et une intégration de ces activités sont nécessaires et représentent un point d'entrée majeur pour assurer l'intégration. Idéalement, il devrait exister pour ce territoire et pour cette population un système d'information complet, efficace et utilisé par tous qui permet d'échanger les informations entre les intervenants et qui sous-tend ainsi l'unité de but et d'action de tous et chacun. Finalement, la stratégie VUPS reconnaît que des changements

dans le but d'améliorer la santé pour tous ne peuvent survenir que s'il y a une interaction continue et étroite entre l'organisation des services des soins de santé, la pratique professionnelle et l'éducation professionnelle.

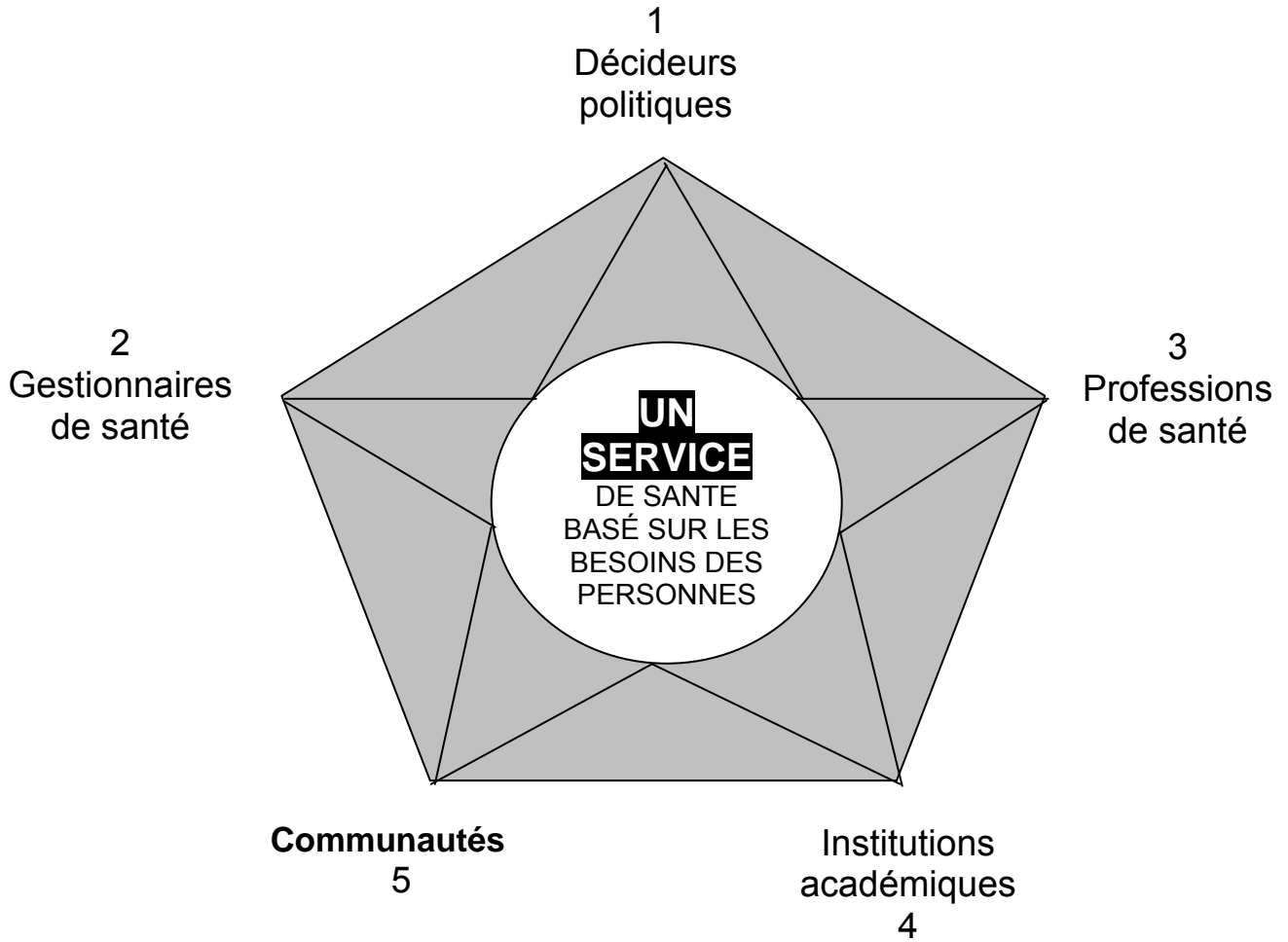
Le défi de la stratégie « Vers l'unité pour la santé » se situe dans le fait qu'elle appelle à une contribution active de l'ensemble des professionnels ou des intervenants en santé. Le pentagone du partenariat présente le réseau des relations possibles entre cinq groupes de partenaires-clés, soit les décideurs politiques, les gestionnaires de la santé, les professions de santé, les communautés et les institutions académiques. Chaque partenaire a ses propres caractéristiques et références, ses forces et contraintes, ses attentes et ses objectifs. L'intérogénéité entre les partenaires peut et doit être transformé dans un partenariat productif, durable et satisfaisant pour l'ensemble, le tout idéalement dans un engagement à long terme. L'unité doit donc être créée sur les deux fronts i.e. à la fois au niveau de l'action et au niveau des acteurs.

La raison d'être de la stratégie VUPS et de tout projet qui utilise cette stratégie comme cadre de référence est d'identifier des leçons qui peuvent servir à d'autres. Il faut donc mesurer l'impact des services de santé en regard des valeurs mises de l'avant, soit la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficacité. Les indicateurs tant dans le processus que dans les résultats peuvent et doivent être identifiés dans le but d'identifier l'impact d'un système de santé en regard de ces valeurs.



Adaptation faite par Nicole Bolduc, Danielle St-Louis et Dr Paul Grand'Maison, avec l'accord de Charles Boelen. (Modifié le 25 octobre 2004)

Pentagone du partenariat

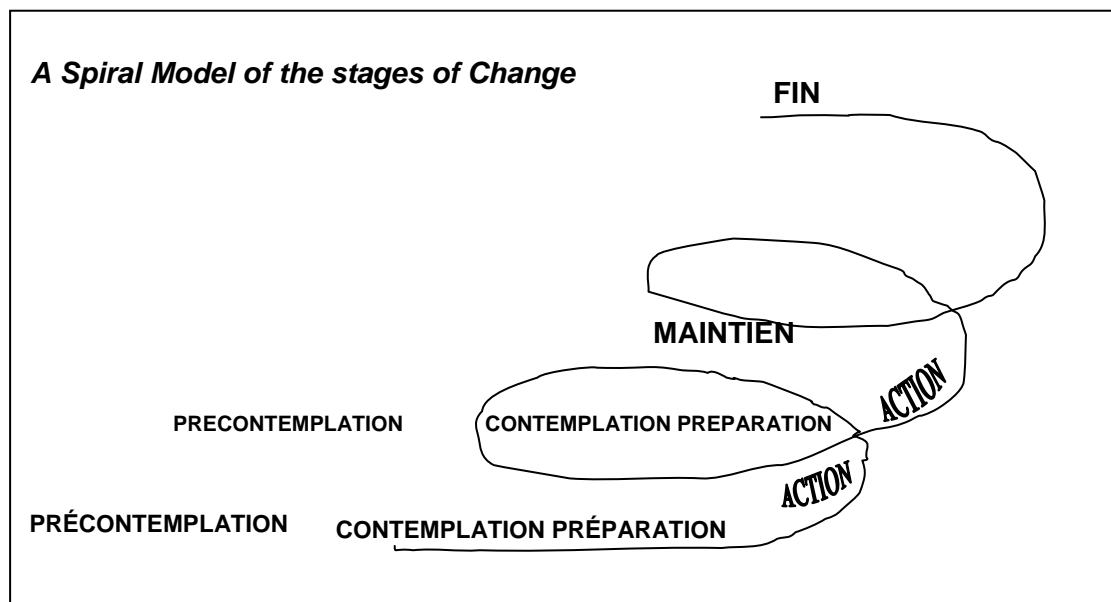


Tiré de : Vers l'unité pour la santé. (2002)

OMS . Document traduit avec l'accord de Charles Boelen par Nicole Bolduc et Paul Grand' Maison. Université de Sherbrooke

Modèle Prochaska

Prochaska³ nous propose une spirale du changement qui nous indique les différentes phases où l'individu se situe. Pour chacune des phases, il propose des interventions d'enseignement et de soutien adaptées.



Tiré de : Prochaska, DiClemente, Norcross (1992)

Ces étapes sont les suivantes :

- la précontemplation : l'individu ne pense pas ou n'est pas prêt à changer un comportement dans un avenir rapproché;
- la contemplation : l'individu considère sérieusement la possibilité de changer un comportement dans moins de six mois;
- la préparation : à cette étape, l'individu considère sérieusement à changer un comportement à l'intérieur d'un mois et a déjà commencé à anticiper certains changements;
- l'action : l'individu modifie activement des habitudes ou son environnement;
- le maintien : l'individu maintient ses nouvelles habitudes de vie. Selon le CACR⁴, le maintien se fait jusqu'à six mois.

La rechute est toujours possible et peut se situer à n'importe quelle étape. Si l'individu rechute, il recommence un nouveau cycle. Il peut à ce moment considérer la situation comme un échec. Alors, il est important que l'infirmière-pivot le revoie et l'aide à prendre conscience des changements qu'il a réussi à faire et aussi que celui-ci analyse sa rechute : Quel événement l'a provoquée? Que fera-t-il la prochaine fois s'il revit la même situation?

Selon cette théorie :

- Les phases de changements sont similaires, qu'on ait affaire à un problème de dépendance, (assuétude) de détresse psychique, de mauvaise alimentation ou autre; il est essentiel que les participants et participantes ainsi que le personnel professionnel comprennent les phases de modification du comportement.
- Les interventions et stratégies dont disposent ceux qui sont dans un processus de changement doivent être adaptées à la phase où il se trouve (par exemple, il est inutile de fournir à un fumeur une information détaillée sur les moyens de s'adapter quand il aura cessé de fumer s'il n'a pas encore pris conscience de l'impact de son comportement sur sa santé).
- Les interventions devraient offrir plusieurs options dont l'entraide, des stratégies individuelles et de groupe ainsi que des actions au niveau de l'environnement et des politiques.

Les intervenants et intervenantes évalueront le degré de préparation au changement des participants et participantes ce qui les aidera à choisir l'approche utile pour faire évoluer ceux-ci dans le processus.

La compréhension des différentes étapes de changement vécu nous aidera par conséquent à définir les modalités d'intervention comme : la formation des groupes, le contenu des enseignements, la fréquence des rencontres, la nature des suivis, etc.

Ce modèle a été validé, entre autres, auprès d'un groupe de personnes âgées de plus de 65 ans ayant subi un événement cardiaque récent⁵. Le but de l'étude était d'évaluer les prédicteurs significatifs à l'adhérence à l'exercice et la validité du modèle.

L'étude a révélé que les prédicteurs les plus significatifs, autant positifs que négatifs, étaient la perception d'autoefficacité, la perception des bénéfices reliés à l'activité physique, le soutien interpersonnel ainsi que la perception des barrières à pratiquer ces activités physiques. Ces prédicteurs comptent pour 50 % de la variance dans les étapes de participation à l'activité physique. Au niveau de la validité, les mesures faites (test, retest, validité de construit, consistance interne) selon les prédicteurs énumérés précédemment et quelques autres qui étaient moins significatifs ont démontré que le modèle était bien supporté ($p < .0001$) Cette étude a aussi démontré que ce modèle peut être appliqué auprès de d'autres clientèles de gens âgés.

Plusieurs auteurs⁶⁻⁷ ont utilisé récemment ce modèle qui est utilisé très fréquemment au niveau de la réadaptation cardiaque.

Selon le modèle, la quantité d'informations transmises et les changements qui en découleront sont en fonction de leur engagement et de leur niveau de motivation. Selon les auteurs, « toute activité que l'on initie pour modifier notre pensée ou comportement est un processus de changement »⁸.

Approche optimale

Vue du patient Vue des intervenants Vue des gestionnaires

Approche optimale vue du patient et de ses proches

- Celle qui est centrée sur ses besoins non seulement sur ses besoins médicaux mais aussi psychologiques et sociaux;
- Celle qui informe dans un langage et dans des formes accessibles sur la maladie, son traitement, les approches et services;
- Celle qui donne accès à une gamme de services continus, adaptés selon les stades d'évolution de la maladie;
- Celle qui utilise les approches préventives, pharmacologiques et non pharmacologiques les plus à jour;
- Celle qui réduit les conditions défavorables à la prise en charge et qui favorise la qualité de vie;
- Celle qui l'accompagne de façon simple et proactive dans le dédale des cheminements cliniques et administratifs;
- Celle qui rend accessibles les équipements nécessaires;
- Celle qui stabilise (pour le malade et le cas échéant, pour ses proches) les conditions psychologiques et sociales aiguës (dépression, difficultés d'adaptation, etc.).

Approche optimale vue des intervenants directs

- Celle qui offre des conditions optimales d'exercice sur les plans professionnel, informationnel, technologique et condition de travail;
- Celle qui fournit un cadre général d'intervention, une vision d'ensemble où chacun identifie clairement sa contribution attendue;
- Celle qui fournit au bon moment, les bonnes informations pour prendre les décisions professionnelles;
- Celle qui soutient la mise à jour des connaissances.

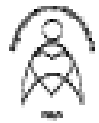
Approche optimale vue des gestionnaires

- Celle qui permet l'accessibilité, la réponse aux besoins, la continuité dans chaque région du Québec;
- Celle qui utilise de façon efficiente les ressources (les bonnes personnes qui font les bonnes choses, au bon moment et avec les bonnes ressources);
- Celle qui permet qu'on puisse évaluer l'effet des interventions tant sur la santé des malades que sur le système de soins, et ainsi, rapidement ajuster l'intervention et programmes en conséquence.

Protocoles

Avis : L'application des protocoles demeure sous la juridiction de chaque établissement. Il faut, à cet effet, vérifier l'entérinement de ces actes avant de procéder à l'application des protocoles proposées dans ce document.

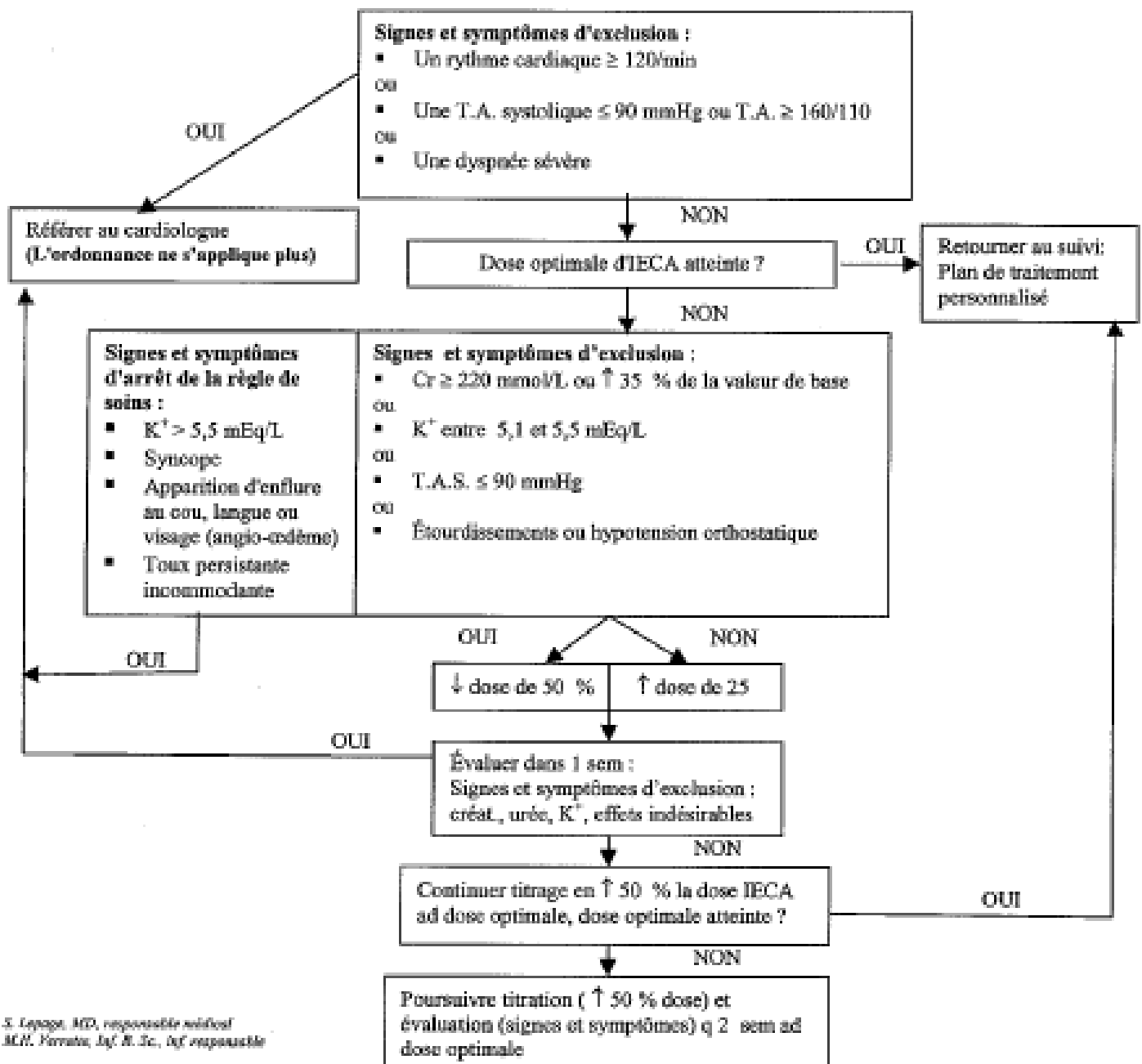
Cependant, pour obtenir la collaboration de la clinique-mère, il est essentiel d'observer les protocoles suggérés par le D^r Serge Lepage, adopté par le CMDP du CHUS. Le CMDP de chacun des établissements doit également les adopter.



Ordonnance pour l'ajustement d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II (IECA) dans l'insuffisance cardiaque

Traitement optimal d'IECA

IECA	Initial	Optimal
Captopril (<i>Capoten</i>)	6,25 mg – 12,5 mg tid	50 mg tid
Énalapril (<i>Lasotec</i>)	2,5 mg bid	10 mg bid
Lisinopril (<i>Prinivil/Zestril</i>)	5 mg die	35 mg die
Ramipril (<i>Altace</i>)	1,25 mg bid	5 mg bid





Hôtel-Dieu

Clinique d'insuffisance cardiaque

Ordonnance pour l'ajustement des bêtabloqueurs dans l'insuffisance cardiaque

Traitement optimal des bêtabloqueurs

Bêtabloqueurs	Initial	Optimal
Carvédilol (<i>Coreg</i>)	3,125 mg bid	25 mg bid
Métoprolol (<i>Lopresor</i>)	6,25 mg bid	100 mg bid
Bisoprolol (<i>Monacor</i>)	1,25 mg die	10 mg die

Un de ces signes :

- Un rythme cardiaque $\geq 120/\text{min}$ ou $\leq 60/\text{min}$
- Une T.A. systolique ≤ 90 ou T.A. $\geq 160/110$
- Jugulaires distendues
- Poids modifié depuis 2 sem $\pm 1,5$ kg
- Œdème M.L. > traces
- Râles, dyspnée, orthopnée, bronchospasme

OU

changements au niveau IECA et diurétiques au cours des deux dernières semaines

OUI

NON

Référer au cardiologue
(L'ordonnance ne s'applique plus)

Dose optimale d'IECA ou dose stable prescrite tolérée

NON

Cf règle de soins des IECA

OUI

T.A.S. ≥ 90 mmHg
OU
F.C. $\geq 60/\text{min}$ au repos

OUI

Dose optimale atteinte ?

Carvédilol (*Coreg*) 25 mg bid
Métoprolol (*Lopresor*) 100 mg bid
Bisoprolol (*Monacor*) 10 mg die

NON

OUI

Retour au suivi :
Au plan de traitement personnalisé

Doubler la dose
Revoir dans 2 sem.



Ordonnance de Lasix (furosémide) p.o.

- I. a) Protocole :** Ajustement du furosémide au programme interdisciplinaire d'insuffisance cardiaque.
- b) Applicable par :** Infirmières bachelères en cardiologie à l'intérieur de la clinique d'insuffisance cardiaque.
- c) Applicable pour :** Aux patients inscrits à la clinique d'insuffisance cardiaque.

II. Indication :

En se basant sur les valeurs de poids quotidien du patient, évaluer le gain pondéral. Déterminer par l'histoire du patient, si le gain pondéral est dû à une surcharge liquidienne. Si tel est le cas, ajuster la dose du furosémide selon le tableau suivant jusqu'à ce que le patient soit revenu à son poids normal puis réduire la dose de furosémide à la dose initiale.

III. Si le gain pondéral est supérieur à 2.2 kg (5 lb) :

- a) Et le patient est asymptomatique suivre le tableau.
- b) Et le patient est symptomatique, le référer au cardiologue de la clinique.

IV. Faire contresigner la modification de dosage par le cardiologue dans les 48 h. Il évaluera la pertinence d'une visite médicale ou d'un bilan biochimique.

V. Tableau :

Dose de furosémide prescrite		Dose temporaire de furosémide
20 mg die	→	40 mg die
40 mg die	→	60 mg die
60 mg die	→	80 mg die
40 mg a.m. et 20 mg p.m.	→	40 mg bid
80 mg die	→	120 mg die
40 mg bid	→	80 mg a.m. et 40 mg p.m.
120 mg die	→	160 mg die ou 80 mg bid
160 mg die	→	200 mg die ou 120 mg a.m. et 80 mg p.m.

Date : _____

Signature du médecin : _____

Clinique d'insuffisance

Protocole d'utilisation de la spironolactone

INDICATIONS

1. Patient de classe NYHA III - IV dans les six derniers mois, stabilisé depuis ≥ 6 semaines, F.E. < 40 %
2. Patient de classe NYHA I-IV hypokaliémique
 - ▶ Tout patient doit recevoir une dose optimale d'IECA ou d'ARA avant de débiter
 - ▶ Les patients ne recevant pas d'IECA ou d'ARA ne devraient pas recevoir de spironolactone

CRITÈRES D'EXCLUSION

1. Créatinine ≥ 220 $\mu\text{mol/L}$
2. Kaliémie $\geq 5,1$ mmol/L

POSOLOGIE

1. Pour débiter $\text{K}^+ < 5,1$ mmol/L , créatinine ≤ 220 μmol
2. Spironolactone 12,5 mg die
3. Augmenter à 25 mg die après 1 semaine si bien toléré
4. Augmenter à 50 mg die après 8 semaines si la défaillance progresse

LABORATOIRE

K^+ Urée créatinine	} } }	q 2 sem x 6 puis q mois x 3 puis q 3 mois ensuite	} } }	Si état stable ou aucun changement à la médication diurétique, IECA ou ARA
------------------------------------	-------------	---	-------------	--

K^+

$\text{K}^+ < 5,1$ mmol/L → posologie idem

$\text{K}^+ 5,1 - 5,4$ mmol/L → ↓ dose 50 % ou donner dose aux deux jours

$\text{K}^+ 5,5$ mmol/L → suspendre temporairement et réévaluer

Créatinine

Si créatinine de départ ≥ 160 : contrôler q sem x 2 sem

Si créatinine 220-350 $\mu\text{mol/L}$ et/ou si créatinine > 100 % du niveau prétraitement :

- ▶ considérer ↓ dose de furosémide si possibilité de cause de déshydratation
- ▶ cesser la spironolactone x 1 sem.
- ▶ évaluer dans 1 sem pour ajuster la dose de spironolactone ou la cesser définitivement

Si créatinine > 350 $\mu\text{mol/L}$: cesser spironolactone

GUIDE DE PRIORITÉ DANS LA PRISE DE RENDEZ-VOUS

<i>Priorité</i>	<i>Risques</i>	<i>Suivi à domicile</i>
1	<p>Situation de crise.</p> <p>Risque d'hospitalisation imminente si pas de service.</p>	<p>Semaine 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vu le lendemain matin de la référence. ▪ Visite deux fois par semaines ou PRN <p>Semaine 2 et suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visite une fois par semaine ou PRN
2	<p>Situation de crise potentielle.</p> <p>Risque d'hospitalisation à très court terme si pas de service.</p>	<p>Semaine 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visite deux fois par semaine ou PRN <p>Semaines 2,3, 4 et suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visite une fois par semaine ou PRN
3	<p>Pas de crise ou de danger appréhendé.</p> <p>Peu de risque d'hospitalisation.</p> <p>Milieu peut compenser temporairement.</p>	<p>Semaines 1, 2, 3, 4 et suivantes :</p> <p>Visite une fois par semaine au besoin.</p>
4	<p>Faible risque de détérioration prévisible.</p> <p>Milieu peut compenser temporairement.</p>	<p>Semaine 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visite une fois par semaine ou PRN <p>Semaines 2,3,4 et suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visite une fois aux deux semaines ou PRN.

NB. La priorité de la prise en charge sera faite selon ce guide ou selon le jugement des intervenants et intervenantes.

Source : Suivi systématique de la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque. Hôpital BMP-P55



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE SHERBROOKE — *Hôtel-Dieu*



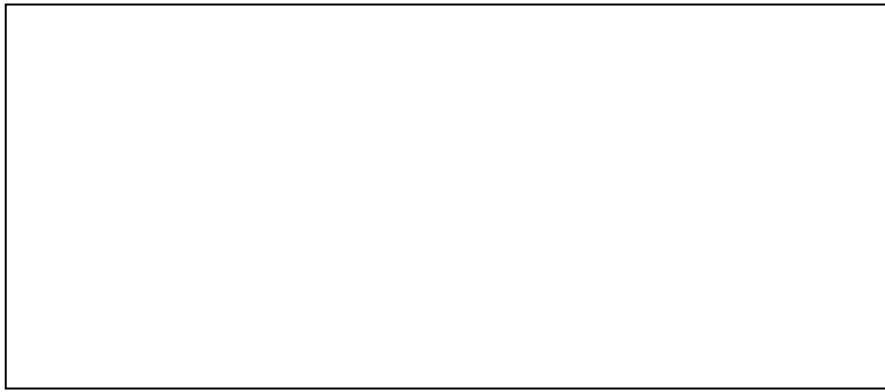
PROCÉDURE POUR LE TEST DE MARCHÉ

1. *Prendre la tension artérielle et le pouls au repos, le patient étant en position assise depuis environ dix minutes. Inscrire si douleur ou dyspnée.*
2. *Le patient doit marcher sur une période de 6 minutes. Vous devez :*
 - a) *ne manifester aucun encouragement afin de ne pas influencer la performance;*
 - b) *informer le patient du temps restant à chaque minute;*
 - c) *vérifier la possibilité d'arrêt en position debout;*
 - d) *si vous constatez que l'arrêt nécessite de s'asseoir, le test est terminé. Calculer la distance et le temps, inscrire la raison de l'arrêt (DRS, dyspnée ++, douleur);*
 - e) *ne pas marcher avec le patient;*
 - f) *utiliser un parcours plat, exempt d'obstacle, sur une distance de 25 à 50 mètres maximum.*
3. *Après 6 minutes de marche :*
 - *calculer la distance parcourue;*
 - *prendre la tension artérielle et le pouls immédiatement et inscrire l'état du patient (dyspnée, douleur, fatigue).*

Outils

La très grande majorité des outils présentés dans ce document sont produits sur CD Rom. Ils sont élaborés par l'équipe du CHUS. Le CHUS nous donne accès à tous les outils. Cependant, si vous choisissez de les utiliser, nous vous prions de respecter la source.

Outil 1 :	Demande d'inscription (formulaire de référence) Clinique-mère
Outil 2 :	Évaluation initiale des soins infirmiers (collecte de données)
Outil 3 :	Plan de service individualisé
Outil 4 :	Suivi téléphonique
Outil 5 :	Test de marche
Outil 6 :	Avis de participation au Programme d'insuffisance cardiaque
Outil 7 :	Carnet de rendez-vous
Outil 8 :	Guide de surveillance pour la personne participante (CD).
Outil 9	Guide d'enseignement pour la clientèle atteinte (Mieux vivre avec l'insuffisance cardiaque)
Outil 10	Guide de vérification de l'enseignement dispensé
Outil 11	Questionnaire alimentaire (CD)
Outil 12 :	Liste des produits naturels (interaction médicamenteuse)
Outil 13 :	Calcul des risques pour la santé cardiovasculaire : cibles à atteindre
Outil 14	Suivi des médicaments
Outil 15	Notes d'évolution
Outil 16	Échelle de Borg
Outil 17 :	Questionnaire de satisfaction de la clientèle
Outil 18	Prescription de laboratoire (CD)
Outil 19	Évaluation de la satisfaction clientèle (CD)
Outil 20	Indicateurs de performance
Outil 21	Guide de discussion pour aborder le médicament avec un nouveau patient
Outil 22	Guide de discussion pour aborder le médicament avec un patient connu
Outil 23	Nomenclature
Outil 24	Modèle proposé pour le fonctionnement de la clinique
Outil 24	Vision C+ - Logiciel permettant l'intervention du cardiologue à distance



Outil 1

Demande d'inscription à la Clinique d'insuffisance cardiaque

Critères d'admission

- A. Le patient doit avoir un diagnostic d'insuffisance cardiaque avec FeVG < 40% ou avoir nécessité une hospitalisation pour insuffisance cardiaque avec surcharge volémique pulmonaire ou systémique si la FEVG est plus de 40 %.
- B. Le patient doit accepter de participer au programme.
- C. L'investigation de l'étiologie de l'insuffisance cardiaque doit être complétée et ne pas nécessiter de traitement invasif (autre l'implantation potentielle future d'un défibrillateur ou resynchronisateur).
- D. Le patient doit être référé par un médecin et accepté par un cardiologue de l'équipe de la clinique d'insuffisance cardiaque.

Étiologie de la maladie :

FEVG : _____

Classe fonctionnelle de la NYHA : _____

Ordonnance pouvant être appliquée en attente de la première visite médicale à la clinique

- Initiales Ordonnance collective pour optimisation des bêta-bloqueur CLIN-IC-01
_____ Nom du Bêta-bloqueur prescrit : _____
- Initiales Ordonnance collective pour optimisation des IECA CLIN-IC-02
_____ Nom de l'IECA prescrit : _____

La demande doit être envoyée à la clinique d'insuffisance cardiaque par télécopieur au : 819-822-6723

Référé par : _____

date : _____

Accepté par : _____

date : _____

Refusé par : _____

date : _____

Raison du refus : _____

Logo

Évaluation initiale

Date : _____ Évaluation

Date : _____ Révision

Tél. pour relance :

Réseau de soutien

Médecin référant : _____ Médecin de famille : _____

CSSS : _____ Pharmacie : _____

Service communautaire : _____

Soutien familial adéquat tél. : _____Environnement adapté _____Ressources financières adéquates _____AVQ pas de limitation:

LIMITATIONS : spécifiez : _____

Déplacement pour venir à la clinique adéquat _____Langues parlées _____ lues : _____ Problèmes de lecture Problèmes cognitifs _____Travaille présentement _____**Bilan de santé**

Antécédents cardiaques : _____

Interventions _____

Examens diagnostiques, échocardiaque : _____

F.E. : _____ Classe NYHA : _____

 DRS/NTG Orthopnée DPN Fatigue/AVQ Étourdissements Palpitations

T.A. : _____ Pls : _____ Rythme : _____ Râles

 D GJugulaires : _____ Œdème MI ___ D ___ G B₃ : _____ Hépto : _____

Dyspnée :

 à l'effort à monter un escalier à pas normal, 100 mètres (300 pieds) à son propre rythme, 100 mètres (300 pieds) à s'habiller, se laver et manger au repos**ÉVALUATION INITIALE DES SOINS INFIRMIERS**

Médication

<i>Allergie :</i>			

Connaissance de sa maladie

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Connaît sa limite liquidienne | <input type="checkbox"/> Comprend sa maladie |
| <input type="checkbox"/> Connaît les principes d'une saine alimentation | <input type="checkbox"/> Comprend sa médication |
| <input type="checkbox"/> Connaît les sources de sodium et s'en alimente de façon très pauvre | <input type="checkbox"/> Prévient, reconnaît et traite les exacerbations de l'insuffisance cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Connaît ses limites physiques et sait gérer ses activités / repos | <input type="checkbox"/> Respecte les recommandations / prescriptions des professionnels |

Habitudes de vie

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Tabagisme _____ |
| <input type="checkbox"/> Alcool _____ |
| <input type="checkbox"/> Drogue _____ |
| <input type="checkbox"/> Exécute des activités/exercices _____ |
| _____ |
| _____ |

État psychologique

- | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> La personne dit ressentir : | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Agressivité | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Négation |
| <input type="checkbox"/> Acceptation de la famille : | <input type="checkbox"/> Difficulté de compréhension | <input type="checkbox"/> Motivation | | |
| <input type="checkbox"/> Besoin d'évaluation : | <input type="checkbox"/> Échelle de dépression de Beck | <input type="checkbox"/> Inventaire de l'anxiété de Beck | | |
| <input type="checkbox"/> Craintes, préoccupations _____ | | | | |

Résumé du profil

Besoins d'enseignement

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enseignement sur la médication | <input type="checkbox"/> Limite liquidienne |
| <input type="checkbox"/> Contrôle des habitudes de consommation | <input type="checkbox"/> Réadaptation /exercice physique |
| <input type="checkbox"/> Alimentation | <input type="checkbox"/> Prévention, reconnaissance et traitement des exacerbations |

Besoins spécifiques de soutien

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maintien à domicile _____ | <input type="checkbox"/> Travailleuse sociale _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinésiologue _____ | <input type="checkbox"/> Diététiste _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychiatre _____ | <input type="checkbox"/> Pharmacien _____ |
| <input type="checkbox"/> Médecin de famille _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Informations remises

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brochure Vivre au quotidien avec l'IC | <input checked="" type="checkbox"/> Guide de surveillance pour le patient | <input checked="" type="checkbox"/> Guide d'alimentation |
| <input type="checkbox"/> Dépliant cœur en deuil | <input checked="" type="checkbox"/> Brochure guide d'exercice | <input type="checkbox"/> Autres |

Vaccins

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Influenza date : _____ | <input type="checkbox"/> Pneumocoque date : _____ |
|---|---|

Signature : _____

2006-04-27-Madore D:\Data\regr_cardiopulmonaire\CI Ins

cardiaque\Evaluation_initiale.doc

PROGRAMME EN SANTÉ CARDIOVASCULAIRE VOLET INSUFFISANCE CARDIAQUE

PLAN DE SERVICE INDIVIDUALISÉ

- 1) *Inscrire la date de l'élaboration et des révisions du PSI effectuées.*
- 2) *Cochez dans la case «PSI/révisé» lorsque l'intervention est réalisée.*
- 3) *Identifiez la personne de l'entourage qui accompagne la personne atteinte. (épouse, fille Ève).*

Date	Membre de son entourage	PSI / révisé	Personne intervenante pivot (signature)

RÉFÉRENCES

Inscrire la date de la demande, le nom et la fonction de la personne demandée en référence en précisant l'objet de la demande. (Exemple : référence à la nutritionniste pour problème de dénutrition liée au dégoût de la nourriture suite à diète sans sel, sans gras.)

Date	Nom	Fonction	Problème lié à :

Objectif général :

Facteurs de risque modifiables :

Diabète - HTA- Stress - Tabagisme -
 Obésité - Hypercholestérolémie - Sédentarité -

- ① Cocher le ou les facteur(s) de risque identifié (s) lors de la collecte de donnée.
- ② De concert avec la personne atteinte, définir le besoin à combler.
- ③ Déterminer ensemble le résultat souhaité.
- ④ Inscrire dans la case « Résultat » le chiffre correspondant à la capacité exprimée par la personne atteinte à réaliser l'objectif visé. (10 étant la très grande conviction de réussir).
- ⑤ Choisir ensemble les moyens concrets et réalistes pour parvenir au changement souhaité.
- ⑥ Identifier dans la case « Moyens » l'étape « Prochaska » situant la personne atteinte dans sa prise en charge de sa maladie. (1 à 5) Légende ci-dessous.
 - 1. **Précontemplation** : aucune intention de modifier ce comportement.
 - 2. **Contemplation** : intention de modifier ce comportement dans les 6 prochains mois
 - 3. **Préparation** : a l'intention de modifier ce comportement dans le prochain mois.
 - 4. **Action** : a déjà modifié ce comportement
 - 5. **Maintien** : a modifié ce comportement depuis plus de 6 mois
- ⑦ Il est conseillé de débiter par de petits objectifs facilement réalisables pour encourager la personne dans son cheminement à adopter de saines habitudes de vie et lui démontrer sa capacité à le faire.

Date	Besoins identifiés	Résultat attendu de l'intervention /capacité de réussir (1 à 10)	Moyens / interventions Étape Prochaska (1 à 5)
		Capacité de réussir	Étape du changement :
		Capacité de réussir	Étape du changement :
		Capacité de réussir	Étape du changement :
		Capacité de réussir	Étape du changement :
		Capacité de réussir	Étape du changement :

Échéancier :

- Déterminer avec la personne atteinte, l'échéancier réaliste de la réussite de l'intervention (exemple : d'ici un mois ou inscrire la date)

Résultat atteint / non atteint / pourquoi :

- Cette étape sert à analyser l'écart entre le résultat attendu et le résultat obtenu. À titre d'exemple, il permet de vérifier si l'intervention est appropriée, de revoir les moyens utilisés, de faire du renforcement, d'examiner la capacité de l'individu à réaliser l'objectif visé. Si le résultat est atteint, cochez la case et passez à un autre objectif. Les interventions de maintien du changement de comportement peuvent toutefois être pertinentes, il faut en tenir compte lors de l'analyse. Cette étape est tout à fait indiquée pour favoriser l'empowerment auprès de la personne atteinte et son entourage.

Ajustements :

- Il s'agit ici de discuter avec la personne atteinte du « Comment » arriver à persister dans le changement amorcé, de l'utilisation de stratégies diverses ou de passer à un autre objectif.

Signature de la personne atteinte	Date	Signature de la personne atteinte	Date

ÉC Héancier	RÉSULTAT ATTEINT / NON ATTEINT: POURQUOI ?	AJUSTEMENT A FAIRE
	Atteint <input type="checkbox"/>	
	Atteint <input type="checkbox"/>	
	Atteint <input type="checkbox"/>	
	Atteint <input type="checkbox"/>	
	Atteint <input type="checkbox"/>	

SUIVI TÉLÉPHONIQUE - CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUEⁱⁱ

DATE							
SYSTEME RESPIRATOIRE							
Toux							
Expectoration							
Essoufflement							
Repos							
Effort							
DPN ⁱⁱⁱ							
Orthopnée							
Changement de la voix							
ELIMINATION							
(Edème : → Jambes							
• Abdomen							
• Chevilles							
(Mictions) ⇄							
Nycturie ▲ la nuit							
Gain de poids							
> 1,4 à 2,3 kg en 24 h (3 à 5 lbs)							
ou 2 à 3 kg en 1 sem (>5 lbs)							
SYSTEME DIGESTIF							
Nausée							
Vomissements >24h							
Diarrhée >24h							
Alimentation ▼							
SYSTEME NEUROLOGIQUE							
Fatigue extrême							
Faiblesse (changement)							
Étourdissement → Subit							
• Après la prise de médicament							
Insomnie : → Difficulté à s'endormir							
• Difficulté respiratoire							
SYSTEME CARDIAQUE							
DRS (douleur rétro-sternale)							
Palpitations							
PSYCHOLOGIQUE							
Moral							
Anxiété							
Dépression							
S'éveille tôt le matin							
Cauchemars							
SIGNES CLINIQUES DÉCELABLES AU TÉLÉPHONE							
Essoufflement							
Respiration sifflante							
Toux							
Voix éteinte							
Confusion							
Voir note au dossier (✓)							
Intervenante pivot (initiales)							

ⁱⁱ Document préparé par Hôpital Sacré-Cœur de Montréal (Programme clinique d'insuffisance cardiaque), 1999.ⁱⁱⁱ DPN dyspnée paroxystique nocturne.

PROGRAMME RÉGIONAL EN INSUFFISANCE CARDIAQUE

TERRITOIRE : _____

Le _____

Objet : Programme d'intervention en insuffisance cardiaque : Participation au suivi en clinique pour la personne atteinte d'insuffisance cardiaque.Docteur,
Docteure,Monsieur, Madame, _____, date de naissance _____
est inscrit(e) à la clinique d'insuffisance cardiaque. Nous avons élaboré en collaboration avec cette personne un contrat de service qui vise l'amélioration de sa qualité de vie. La démarche suivante est entreprise :

- CAT (Centre d'abandon du tabagisme)
- Programme d'activités physiques
- Objectifs poursuivis
 - nutrition
 - psychosocial
 - pharmacologie
 - gestion du stress
 - adaptation à la maladie
 - observance de la limite liquidienne

Les différentes personnes qui interviennent auprès de cette clientèle sont : le médecin désigné à la clinique et une infirmière ou un infirmier. Selon les besoins identifiés, soit : en nutrition, en travail social, en pharmacologie et en kinésithérapie; une demande de service est acheminée vers ces domaines spécifiques. Par ailleurs, la surveillance clinique de cette clientèle est soutenue par le cardiologue et le personnel de la clinique mère du CHUS.

Par cette lettre, nous souhaitons vous faire connaître l'existence de notre programme et vous offrir notre soutien, au besoin.

N'hésitez pas à communiquer avec nous pour toute question concernant ce programme au numéro de téléphone suivant :

Recevez, Docteur, Docteure, mes salutations distinguées.

Signature de la personne intervenante pivot

Téléphone : _____ Courriel : _____

c. c. _____

Programme en santé cardiaque

Clinique d'insuffisance cardiaque

Outil 7

À quel endroit vous présenter pour des examens ?

Électrocardiogramme : _____

Écho cardiaque : _____

Radiographie des poumons : _____

RENDEZ-VOUS CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

! Médecin : _____
! Radiographie des poumons : _____
! Prise de sang : _____
! ECG : _____
! Holter : _____
! Épreuve d'effort : _____
! Écho cardiaque : _____
! Infirmière : _____
! Autre : _____
Date : _____

! Médecin : _____
! Radiographie des poumons : _____
! Prise de sang : _____
! ECG : _____
! Holter : _____
! Épreuve d'effort : _____
! Écho cardiaque : _____
! Infirmière : _____
! Autre : _____
Date : _____

! Médecin : _____
! Radiographie des poumons : _____
! Prise de sang : _____
! ECG : _____
! Holter : _____
! Épreuve d'effort : _____
! Écho cardiaque : _____
! Infirmière : _____
! Autre : _____
Date : _____

RENDEZ-VOUS CHUS ou HÔTEL-DIEU

Cardiologue _____
 Radiographie des poumons : _____
 Prise de sang : _____
 ECG : _____
 Épreuve d'effort : _____
 Écho cardiaque : _____
 Infirmière : _____
 Autre : _____
Date et lieu : _____

Cardiologue _____
 Radiographie des poumons : _____
 Prise de sang : _____
 ECG : _____
 Épreuve d'effort : _____
 Écho cardiaque : _____
 Infirmière : _____
 Autre : _____
Date et lieu : _____

Cardiologue _____
 Radiographie des poumons : _____
 Prise de sang : _____
 ECG : _____
 Épreuve d'effort : _____
 Écho cardiaque : _____
 Infirmière : _____
 Autre : _____
Date et lieu : _____

RENDEZ-VOUS

CHUS Hôtel-Dieu

Mibi Effort : _____
 Mibi Persantin : _____
 Autre : _____

Mibi Effort : _____
 Mibi Persantin : _____
 Autre : _____

Mibi Effort : _____
 Mibi Persantin : _____
 Autre : _____

**RENDEZ -VOUS CLINIQUE
D'INSUFFISANCE CARDIAQUE**

Y Médecin : _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Holter : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Date : _____

Y Médecin : _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Holter : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Date : _____

Y Médecin : _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Holter : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Date : _____

RENDEZ -VOUS CHUS ou HÔTEL DIEU

Y Cardiologue _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Date et lieu : _____

Y Cardiologue _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Date et lieu : _____

Y Cardiologue _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Date et lieu : _____

**RENDEZ -VOUS CLINIQUE
D'INSUFFISANCE CARDIAQUE**

Y Médecin : _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Holter : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Y Date : _____

Y Médecin : _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Holter : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Y Date : _____

Y Médecin : _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Holter : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Y Date : _____

RENDEZ -VOUS CHUS ou HÔTEL DIEU

Y Cardiologue _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Y Date et lieu : _____

Y Cardiologue _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Y Date et lieu : _____

Y Cardiologue _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Y Date et lieu : _____

**RENDEZ -VOUS CLINIQUE
D'INSUFFISANCE CARDIAQUE**

Y Médecin : _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Holter : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Date : _____

Y Médecin : _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Holter : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Date : _____

Y Médecin : _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Holter : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Date : _____

RENDEZ -VOUS CHUS ou HÔTEL DIEU

Y Cardiologue _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Date et lieu : _____

Y Cardiologue _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Date et lieu : _____

Y Cardiologue _____
Y Radiographie des poumons : _____
Y Prise de sang : _____
Y ECG : _____
Y Épreuve d'effort : _____
Y Écho cardiaque : _____
Y Infirmière : _____
Y Autre : _____
Date et lieu : _____

**MIEUX VIVRE AVEC
L'INSUFFISANCE CARDIAQUE**

**GUIDE D'ENSEIGNEMENT POUR
LA CLIENTÈLE ATTEINTE
D'INSUFFISANCE CARDIAQUE**

**Nouvelle version 2006 disponible à la société québécoise d'insuffisance
cardiaque (SQinsuffisance cardiaque)**

LISTE DES PRODUITS NATURELS INTERACTION MÉDICAMENTEUSE

PRODUIT NATUREL	PRESCRIPTION	INTERACTION
Griffe du diable	Digoxine	Augmente l'effet de la digitale jusqu'à 10 fois
Millepertuis	Contraceptifs oraux	Minimise son efficacité hémorragie utérine
Millepertuis	Cyclosporine (immunosuppresseur)	Minimise son efficacité
Millepertuis	Digoxine	↑ l'élimination de la Digoxine et minimise son efficacité
Tisane : muguet, laurier – rose, doigt de la vierge	Digoxine	Toxicité avec le médicament
Senné	Digoxine	
Cascara (très fréquents dans la préparation de produits naturels)		Diarrhée et désordres électrolytiques favorisant l'apparition de toxicité secondaire à la Digoxine.
Millepertuis Dong quai Ginseng Ail Ginko biloba	Warfarine	↑ métabolisme de la Warfarine, ↓ significativement les effets thérapeutiques de l'anticoagulant en diminuant l'agrégation plaquettaires et ↑ le risque de saignement et d'hémorragie.
Ginseng	Insuline et hypoglycémisants oraux	Augmente l'effet
Echinacée	Amiodarone	Effets potentiellement hépatotoxiques
Pamplemousse Jus	Antihypertenseur Bloqueurs canaux calciques Quinidine Amiodarone Statines	Augmente les effets anti hypertenseur Augmente la concentration sérique du médicament (durée de 72 heures) sauf avec le diltiazem Retarde l'absorption et inhibe le métabolisme de la quinidine. Inhibe la formation du principal métabolite de l'amiodarone Augmente la concentration sérique de 10 à 20 fois
Réglisse	Antihypertenseur Inhibiteurs de l'enzyme de l'angiotensine(ICEA) Antagonisme du récepteur de l'angiotensine II Bloqueurs calciques Bloqueurs adrénergiques Digoxine Diurétiques thiazides et de l'anse Épargneurs du potassium	Tend à induire une hypokaliémie et une rétention sodée. Si > 100g ou plus de deux bâtons, peut interférer avec le traitement antihypertenseur et ICEA.
Vitamine C	Propranolol Quinidine	Diminue l'absorption et le métabolisme de premier passage du propranolol. ↑ l'excrétion du médicament et inhibe son action

Calcul des risques pour la santé cardiaque : cibles à atteindre

Facteurs à considérer	Calcul des risques	Cibles à atteindre
Tabagisme	1 cigarette ou + par jour	0 cigarettes
Hypertension	TA systolique > 140 mmHg ou TA diastolique > 90 mmHg ou traitée par un médicament	Domicile : < 135/85 Diabète : < 130/80 Insuffisance cardiaque : < 140/90 Néphropathie : < 130/80
Dyslipidémie	HDL : ≤ 1,0 mmol/L LDL : ≥ 2,6 mmol/L TG : > 2,0 mmol/L CT : > 4,0 mmol/L	HDL femme : ≥ 1,0 mmol/L HDL homme : ≥ 1,0 mmol/L LDL-C : ≤ 2,6 mmol/L Chol. total/HDLC : < 4 mmol/L TG : < 2 mmol/L
Diabète	Glycémie à jeun : > 6 Hyperglycémie provoquée après 2 h (75 g glucose) ≥ 11,1 mmol/L	Glycémie à jeun : entre 4 et 6 ≤ 11,0
Indice de masse corporelle (IMC)	IMC > 27 : obésité Entre 25-27 : embonpoint	Entre 18,15-24,9 kg/m ²²
Obésité abdominale	Homme : tour de taille : > 102 cm Femme : tour de taille : > 88 cm	Homme : < 102 Femme : < 88
Mesure taille-hanche	Homme : > 0,9 Femme : 0,8	Homme : > 0,9 Femme : 0,8
Sédentarité	Faire moins de 4 séances de 30 min. d'activité physique modérée par semaine ³⁻⁴	≥ 4 séances de 30 min. modérées en aérobie Dyspnée selon échelle de Borg : 4-6
Stress	Ensemble de perturbations biologiques et psychiques provoquées par une agression quelconque sur un organisme (Larousse)	↓ stresser ↓ perception du stress (travail, problème familial, maladie, etc.)

² Recommandations 2008 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension.

³ Santé Canada (1998), GUIDE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE CANADIEN, Ottawa, Santé Canada, Gouvernement du Canada, 1 p.

⁴ Kino-Québec (1998), QUANTITÉ D'ACTIVITÉ PHYSIQUE REQUISE POUR EN RETIRER DES BÉNÉFICES POUR LA SANTÉ, Québec, Ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec, 27 p.

Échelle de perception de l'effort (Borg)



Niveau de l'effort	Intensité de l'exercice
0	Rien du tout
0,5	Très très facile
1	Très facile
2	Facile
3	Moyen
4	Un peu difficile
5	Difficile
6	Plus difficile
7	Très difficile
8	
9	Très très difficile
10	Maximum



Rédigé par Elisabeth Turgeon, 2004

Adapté de : Borg G.A. *Psycho-physical basis of perceived exertion.* Med. & Science in Sport Exercise. 1982; vol 14(5):377-81

**SATISFACTION CLIENTÈLE AU PROGRAMME RÉGIONAL
EN INSUFFISANCE CARDIAQUE**

Bonjour,

Après un certain temps passé à la clinique d'insuffisance cardiaque nous souhaitons recevoir vos commentaires sur les services que vous avez reçus de la part des membres de l'équipe. Nous sommes convaincus que votre participation à répondre à ce court questionnaire guidera nos actions à l'amélioration des services. Si vous disposez de quelques instants, s'il vous plaît, répondez aux questions suivantes et retournez le questionnaire dans l'enveloppe pré-adressée. Il est entendu que l'anonymat est respecté. Cependant, si vous désirez recevoir des réponses à vos questions prière de noter vos coordonnées dans l'espace « commentaires ».





Merci et bonne continuation dans les changements apportés pour améliorer votre santé cardiovasculaire

Les membres de l'équipe de soins et de services de santé de la clinique en insuffisance cardiaque.

Évaluation globale du programme régional d'intervention en insuffisance cardiaque^{vii}

Veillez encadrer votre degré de satisfaction par rapport aux sujets suivants en encerclant le chiffre approprié à votre satisfaction :

1 étant PAS DU TOUT SATISFAISANT et **4** TRÈS SATISFAISANT

L'enseignement reçu par les membres de l'équipe m'a permis de:	Pas du tout 	Peu 	Moyennement 	Très 
• Mieux comprendre ma maladie	1	2	3	4
• Mieux comprendre mon rôle dans la prise en charge de ma maladie	1	2	3	4
• Mieux comprendre les raisons de suivre mes traitements	1	2	3	4
• Changer certains de mes comportements	1	2	3	4
• Connaître l'importance d'une alimentation saine et équilibrée	1	2	3	4
• Savoir reconnaître les signes d'aggravation des symptômes de la maladie	1	2	3	4
• Savoir quand me présenter à la salle d'urgence	1	2	3	4
• m'adapter à ma condition de santé	1	2	3	4
• améliorer ma qualité de vie	1	2	3	4
De façon générale, vous avez apprécié les:				
• rencontres individuelles avec l'infirmière ou l'infirmier du programme	1	2	3	4
• rencontres avec le médecin de la clinique	1	2	3	4
• relances téléphoniques	1	2	3	4
Vous souhaitez poursuivre le suivi de votre état de santé à la clinique	1	2	3	4

Nommez deux points forts du programme :

Nommez deux points à améliorer dans le programme :

^{vii} Document adapté du questionnaire de satisfaction clientèle, Hôpital Sacré-Cœur Montréal (Clinique d'insuffisance cardiaque).

INDinsuffisance cardiaque**ATEURS DE PERFORMANCE**

Satisfaction de la clientèle personne atteinte et entourage (Questionnaire)

Adhérence de la clientèle au programme

Qualité de vie : souhait de la clientèle ;« Qualité versus quantité » (Questionnaire)

Test à la marche (Début du programme et à 12 mois)

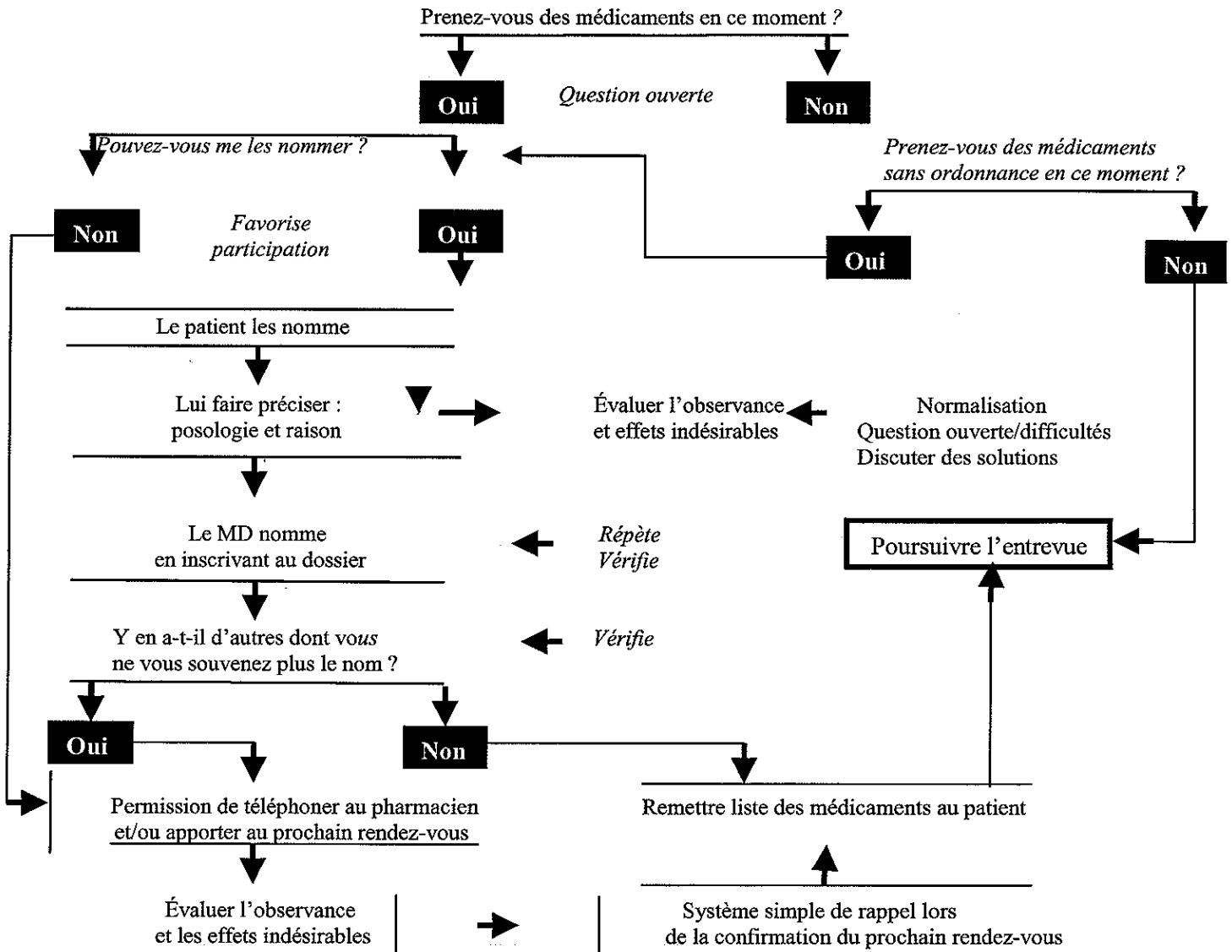
Diminution des hospitalisations

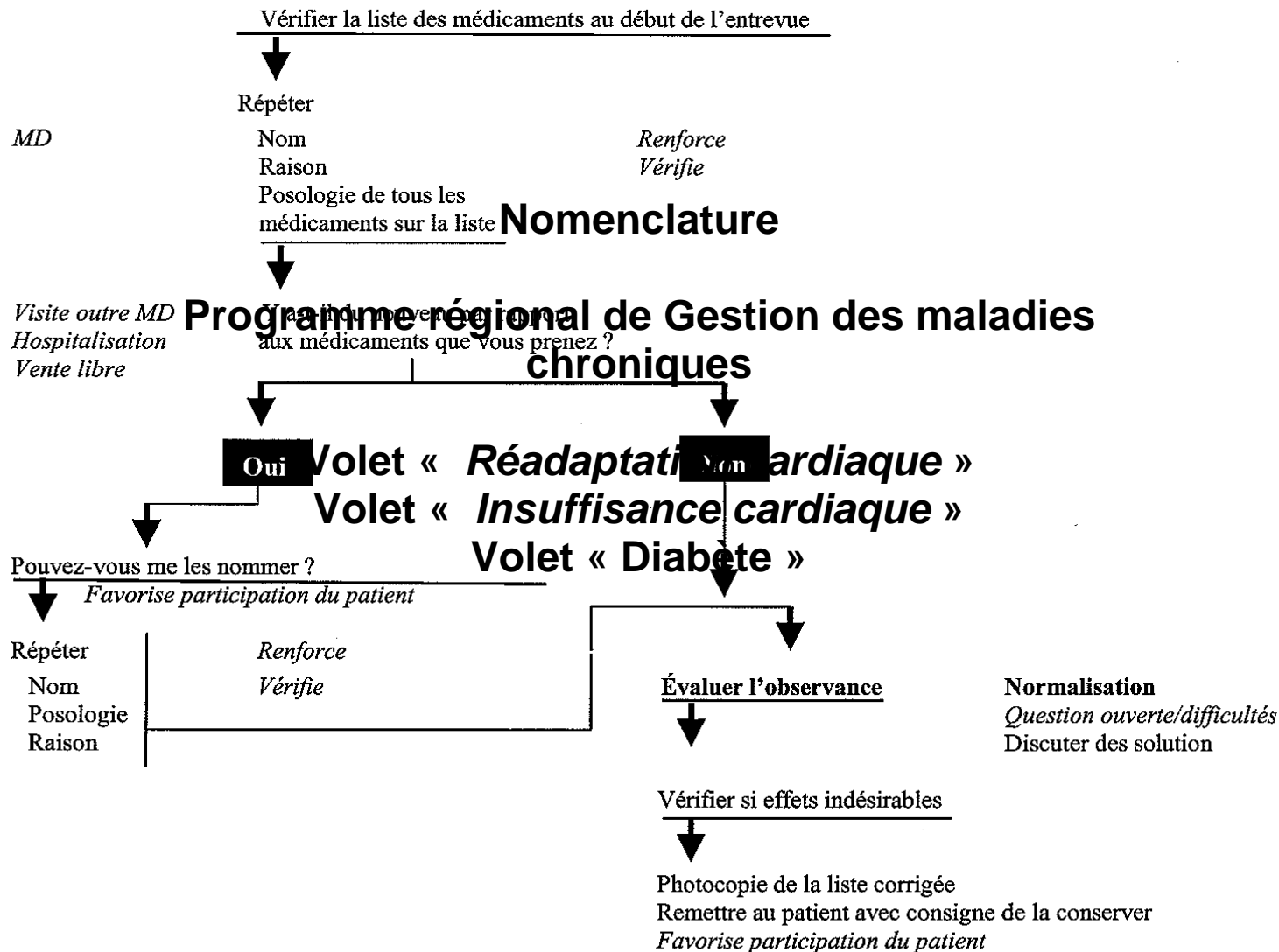
Diminution des visites à l'urgence

Diminution de la durée de séjour hospitalier

Modification des facteurs de risque (Changement dans les habitudes de vie)

GUIDE DE DISCUSSION POUR ABORDER LE MÉDICAMENT AVEC UN NOUVEAU PATIENT





14 JANVIER 2005
RÉVISION JUIN 2005
RÉVISION FÉVRIER 2006
RÉVISION JUILLET 2006
RÉVISION AVRIL 2007 ET AVRIL 2008

Résumé du Programme GESTION DES MALADIES CHRONIQUES en Estrie

Avec l'adoption du Programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques, chaque CSSS doit mettre en place un mécanisme de concertation et de coordination entre les différents partenaires du réseau local de services (RLS). Le modèle estrien est grandement inspiré du modèle « Expanded Chronic Care Model » fréquemment utilisé dans la gestion des maladies chroniques. Il vise, en plus d'une approche intégrée des maladies chroniques dans l'organisation du système de santé, l'autogestion ainsi que le développement des habiletés et capacités personnelles des individus. L'emphase est mise sur la participation active des personnes pour l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie et la gestion personnelle de leur condition. Une équipe interdisciplinaire en prévention et gestion des maladies chroniques, composée minimalement d'infirmières, de nutritionnistes et de kinésiologues, offre des services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques tels le diabète et les maladies cardiovasculaires. Pour les activités du Réseau MPOC, elles sont habituellement assurées par l'inhalothérapeute du CSSS. Dans ce guide nous ne décrivons pas les activités du Réseau MPOC. Vous trouverez ci-dessous les trois volets : Réadaptation cardiaque, Insuffisance cardiaque et Diabète.

Programme de réadaptation cardiaque

Le programme s'adresse à une clientèle connue pour cardiopathie ischémique. Il vise à améliorer la santé cardiovasculaire et la qualité de vie des personnes atteintes, à les aider à récupérer et à prévenir d'autres événements cardiaques. Le programme, d'une durée de 12 semaines intensives, offre des rencontres individuelles et de groupe (activité physique) ainsi que des activités ponctuelles éducatives (conférences). Le programme contribue à la modification de comportements à risque et de facteurs nuisibles à la santé. À la fin du programme, un suivi téléphonique par l'infirmière (à 6 semaines, 3, 6 et 12 mois) permettra d'évaluer les nouveaux besoins et, si nécessaire, définir avec le participant de nouvelles stratégies de changements de comportements. Le suivi médical est assuré par le médecin de famille du participant.

Clinique d'insuffisance cardiaque

La clinique d'insuffisance cardiaque a pour but d'offrir à la personne atteinte des services en cliniques ambulatoires le plus près possible de son domicile i.e. dans son CSSS. Il s'agit d'un programme d'enseignement et de suivi individualisé adapté à la condition médicale de la personne atteinte. Il sera offert, selon les besoins de la personne, la classe d'insuffisance cardiaque (classes 1 à 4) et le type d'établissement (avec ou sans urgence 24/7). Les objectifs du programme sont de favoriser l'autogestion de la santé et de la maladie de la personne atteinte et ses proches, améliorer sa qualité de vie et réduire les consultations à l'urgence et les hospitalisations. L'infirmière soutiendra la personne dans l'atteinte d'objectifs réalistes à court terme dans le changement de ses habitudes de vie. Au besoin, une référence sera faite à la nutritionniste ou autre professionnel de l'équipe interdisciplinaire. Le suivi médical est assuré par le médecin de famille de l'utilisateur. Un médecin désigné dans les établissements avec une urgence 24/7 assurera des disponibilités.

Clinique de suivi et d'enseignement pour les diabétiques

La clinique a pour but d'offrir à la personne atteinte des services en cliniques ambulatoires le plus près possible de son domicile i.e. dans son CSSS. Les objectifs du programme sont de favoriser l'autogestion de la santé et de la maladie par la personne atteinte et ses proches et l'amélioration de sa qualité de vie. Il s'agit d'un programme d'enseignement et de suivi individualisé adapté à la condition médicale de la personne atteinte. Celle-ci sera invitée à participer à des activités ponctuelles éducatives (conférences) concernant, entre autres, l'alimentation et les bienfaits de l'activité physique sur sa condition de diabétique. L'infirmière soutiendra la personne dans l'atteinte d'objectifs réalistes à court terme dans le changement de ses habitudes de vie. Au besoin, une référence sera faite à la nutritionniste ou autre professionnel de l'équipe interdisciplinaire. Le suivi médical est assuré par le médecin de famille du participant.

INTRODUCTION

Afin de permettre une bonne validation du programme régional de gestion des *maladies chroniques*, certains codes ont été retenus parce qu'ils s'appliquent de façon appropriée dans ce programme. Par ailleurs, d'autres codes du Cadre normatif pourraient aussi convenir, selon les besoins de l'utilisateur.

L'utilisation de ces codes va permettre, à la fin de chacune des périodes de validation du programme, de donner un portrait plus juste et comparable d'un CSSS à l'autre.

Le document est séparé par chapitre :

Section 1 : Activités de l'intervenant-intervenante -pivot

Section 2 : Activités des autres intervenants (nutritionniste, kinésiologue, psychosocial)

Section 3 : Activités de groupe

Annexe 1 : Extraction des données

Annexe 2 : Historique de la nomenclature

SECTION 1 : Activités de l'intervenant pivot en suivi individuel

Ces activités sont inscrites au Centre d'activités 6307.

1.1 Sous-programme

Programme *Gestion des maladies chroniques*

1.2 Type d'intervention

1Intervention individuelle

1.3 Raisons d'intervention

1304 Obésité
1305 Diabète, excluant ; Diabète gestationnel (2705)
1308 Troubles du métabolisme, incluant : hyperlipidémie, hypertriglycéridémie, hyperlipoprotéïnémie
1801 Hypertension
1802 Cardiopathies ischémiques (incluant : MCAS, angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde, etc.).
1807 Autres formes de cardiopathies, incluant : insuffisance cardiaque, cardiomyopathie⁵.

1.4 Actes

6000 Démarches pour l'utilisateur
6050Poursuite de la démarche
6500Action d'évaluation et de réévaluation
6533⁶Évaluation visite initiale programme régional de gestion des maladies chroniques
6550Poursuite d'évaluation ou de réévaluation
6700 Action d'observation et de suivi (physique, psychique, psychosocial)
7050 Action éducative et préventive reliée aux saines habitudes de vie
7200 Action éducative et préventive au plan psychosocial
7300 Action éducative et préventive d'enseignement en santé physique
9002 Action de concertation, plan d'intervention (PI) (CLSC seulement)
9003Action de concertation, plan de services individualisés (PII)

⁵ Pour le programme gestion des maladies chroniques, le code est utilisé pour insuffisance cardiaque seulement

⁶ Ce code a été créé régionalement pour ces programmes et sera utilisé par l'infirmière du CSSS lors de la première rencontre d'évaluation avec l'utilisateur. Pour la réadaptation cardiaque, ce sera après le résultat de la stratification.

1.5 Profil de l'intervention

194 Suivi systématique Diabète (programme de gestion des maladies chroniques)
196 Services aux usagers en réadaptation cardiaque
197 Services aux usagers en insuffisance cardiaque
Relié au code normalisé 192 Autres services de santé physique

1.6 Mode d'intervention

En présence de l'utilisateur

1Rencontre

2Communication téléphonique

En l'absence de l'utilisateur

4Communication téléphonique

1.7 Lieu d'intervention

100 Au CLSC

1.8 Suivi

100 Aucun suivi sans référence formelle

200 Aucun suivi avec référence formelle interne

300 Aucun suivi avec référence formelle externe

301 Aucun suivi avec référence formelle au centre hospitalier

302 Aucun suivi avec référence formelle au centre de réadaptation

400 Suivi sans référence formelle

500 Suivi avec référence formelle interne

600 Suivi avec référence formelle externe

601 Suivi avec référence formelle au centre hospitalier

602 Suivi avec référence formelle au centre de réadaptation

SECTION 2 : INTERVENTIONS DES AUTRES INTERVENANTS EN SUIVI INDIVIDUEL (NUTRITIONNISTE, KINÉSIOLOGUE, INTERVENANT PSYCHOSOCIAL)

Ces activités sont inscrites aux sous-centres d'activités de l'intervenant

2.1 Sous-programme

Celui habituel de l'intervenant (note pour le kinésiologue ce sera le sous-programme *Gestion des maladies chroniques relié au sous centre d'activité 6307*)

Pour la nutritionniste le sous-programme sera relié au sous-centre d'activités 7112

Pour l'intervenant psychosocial le sous-programme sera relié au sous-centre d'activités 6562

2.2 Type d'intervention

1 Intervention individuelle

2.3 Raisons d'intervention

1304 Obésité
1305 Diabète, excluant ; Diabète gestationnel (2705)
1308 Troubles du métabolisme, incluant : hyperlipidémie, hypertriglycémie, hyperlipoprotéinémie
1801 Hypertension
1802 Cardiopathies ischémiques (incluant : MCAS, angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde, etc)
1807 Autres formes de cardiopathies, incluant : insuffisance cardiaque, cardiomyopathie.⁷

2.4 Actes

6500 Action d'évaluation et de réévaluation
6550 Poursuite d'évaluation ou de réévaluation
6920 Action éducative et préventive reliée aux activités physiques et récréatives
7000 Action éducative et préventive en alimentation et nutrition
7040 Action à caractère diététique
7050 Action éducative et préventive reliée aux saines habitudes de vie
7700 Action à caractère psychosocial
8100 Action de réadaptation et réintégration sociale

⁷ Pour le programme gestion des maladies chroniques, le code est utilisé pour insuffisance cardiaque seulement

2.5 Profil de l'intervention

194 Suivi systématique Diabète (programme de gestion des maladies chroniques)
196 Services aux usagers en réadaptation cardiaque
197 Services aux usagers en insuffisance cardiaque
Relié au code normalisé 192 Autres services de santé physique

2.6 Mode d'intervention

En présence de l'utilisateur

1 Rencontre

2 Communication téléphonique

2.7 Lieu d'intervention

100 Au CLSC

2.8 Suivi

Il appartient à l'infirmière-pivot d'assurer la coordination des services et les références pour chacun des usagers inscrit au programme. De ce fait, les autres intervenants n'utiliseront que les codes suivants en intervention individuelle :

100 Aucun suivi sans référence formelle

400 Suivi sans référence formelle

SECTION 3 : Activités de groupe

Deux types d'activités de groupes sont possibles dans ce programme :

1. des **ateliers de groupe** d'éducation et de réadaptation (activités physiques) qui constituent des interventions de groupe
2. des **conférences** offertes aux usagers et leurs proches qui constituent des « activités ponctuelles normalisées »

3.1 Les **ateliers de groupe** réalisés dans le cadre du programme sont des interventions de groupe en activités physiques, pour lesquelles chaque participant doit être inscrit. Le nombre et le rythme des ateliers est déterminé et les thèmes abordés à chaque atelier le sont aussi.

Ces ateliers sont habituellement sous la responsabilité de l'intervenant kinésologue. La présence de l'infirmière-pivot est obligatoire.

3.1.1 Sous-programme

Programme *Gestion des maladies chroniques*

3.1.2 Type d'intervention

4Intervention de groupe

3.1.3 Raison d'intervention

1304 Obésité
1305 Diabète, excluant ; Diabète gestationnel (2705)
1308 Troubles du métabolisme, incluant : hyperlipidémie, hypertriglycéridémie, hyperlipoprotéïnémie
1801 Hypertension
1802 Cardiopathies ischémiques (incluant : MCAS, angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde, etc.).
1807 Autres formes de cardiopathies, incluant : insuffisance cardiaque, cardiomyopathie.⁸

3.1.4 Actes

8100Action de réadaptation et réintégration sociale

⁸ Pour le programme gestion des maladies chroniques, le code est utilisé pour insuffisance cardiaque seulement

3.1.5 Profil de l'intervention⁹

194 Suivi systématique Diabète (programme de gestion des maladies chroniques)
196 Services aux usagers en réadaptation cardiaque
197 Services aux usagers en insuffisance cardiaque
Relié au code normalisé 192 Autres services de santé physique

3.1.6 Lieu de l'intervention

100au CLSC
500.....dans les locaux d'un organisme communautaire ou d'un groupe du milieu
600.....dans un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux
900.....autres lieux

3.1.7 Nombre de participants – groupe

Cette donnée est obligatoire.

Inscrire le nombre total de participant au groupe, c'est à dire le nombre de personnes auprès de qui vous êtes intervenu.

3.1.8 Suivi

400 Suivi sans référence formelle

3.1.9 Nombre d'intervenants associés

Dans le cadre de ce programme, d'autres professionnels peuvent être associés à chacun des ateliers prévus au programme. **Il est nécessaire d'indiquer le nombre d'intervenants associés** lors de chacun des ateliers.

À partir de février 2008, le CSSS-IUGS a modifié son offre de services et présente maintenant les services énumérés plus haut en groupe ouvert. Afin de respecter le cadre normatif I-CLSC, le CSSS-IUGS utilisera la nomenclature suivante :

Activité ponctuelle de groupe normalisée

Raison 1 : 5500

Raison 2 et/ou 3: 1304, 1305, 1308, 1801, 1802 ou 1807

Acte 1 : 6920

Acte 2 : 8100

⁹ Utiliser le profil de la problématique de la majorité des participants

3.2 Activités ponctuelles de groupe

Des conférences sont aussi prévues au programme, à l'intention des usagers et leurs proches.

Ces rencontres sont offertes par l'équipe du programme et portent sur différents sujets en lien avec la santé cardiovasculaire et les facteurs de risque. Elles seront saisies comme des « activités ponctuelles normalisées d'éducation systématique ». Il n'est donc pas requis de s'inscrire pour participer à ces rencontres et le nombre de participants peut varier d'une rencontre à l'autre.

N.B. Un seul intervenant saisira les données pour chacune des rencontres même si plusieurs intervenants sont présents.

3.2.1 Sous-programme

Programme Gestion des maladies chroniques ou celui habituel de l'intervenant pour les nutritionnistes ou les travailleurs sociaux

3.2.2 Type d'activité ponctuelle

4 Activité ponctuelle de groupe

3.2.3 Raison de l'activité ponctuelle

5500 Prévention - éducation

Raison 2 ou 3 (non obligatoire)

1304 Obésité
1305 Diabète, excluant ; Diabète gestationnel (2705)
1308 Troubles du métabolisme, incluant : hyperlipidémie, hypertriglycéridémie, hyperlipoprotéïnémie
1801 Hypertension
1802 Cardiopathies ischémiques (incluant : MCAS, angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde, etc.).
1807 Autres formes de cardiopathies, incluant : insuffisance cardiaque, cardiomyopathie.^x

^x Pour le programme gestion des maladies chroniques, le code est utilisé pour insuffisance cardiaque seulement

3.2.5 Profil de l'activité ponctuelle^{xi}

194 Suivi systématique Diabète (programme de gestion des maladies chroniques)

196 Services aux usagers en réadaptation cardiaque

197 Services aux usagers en insuffisance cardiaque

Relié au code normalisé 192 Autres services de santé physique

3.2.6 Mode de l'activité ponctuelle

5 Groupe - activité d'éducation systématique

3.2.7 Lieu de l'activité ponctuelle

100 au CLSC

500 dans les locaux d'un organisme communautaire ou d'un groupe du milieu

600 dans un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux

900 autres lieux

3.2.8 Nombre de participants à l'activité ponctuelle

Cette donnée est obligatoire.

Inscrire le nombre total de participant au groupe, c'est à dire le nombre de personnes auprès de qui vous êtes intervenu.

3.2.9 Suivi

100 Aucun suivi sans référence formelle

^{xi} Utiliser le profil de la problématique de la majorité des participants.

ANNEXE 1 : Extraction des données

Nombre de nouveaux usagers distincts

Nombre total d'interventions pour ces nouveaux usagers

Nombre moyen d'intervention par nouvel usager

Nombre d'interventions de groupe (activité physique)

Nombre moyen de participants aux interventions de groupe

Nombre d'activités ponctuelles de groupe (conférence)

Nombre moyen de participants aux activités ponctuelles de groupe

Annexe 2 : Historique de la nomenclature

La version 2007 permet les mises à jour suivantes :

Préciser les profils 196 Réadaptation cardiaque ou 197 Insuffisance cardiaque

Préciser l'utilisation du code 6533 : Évaluation visite initiale programmes réadaptation cardiaque ou insuffisance cardiaque, 1.5 page 2

La version 2008 permet les mises à jour suivantes :

Bonifier l'utilisation du code 6533 (page 4)

Préciser les ateliers de groupe à Sherbrooke dans le respect du cadre normatif (page 9)

Ajouter le volet diabète et modifier la nomenclature pour couvrir toutes les modalités de services. La nomenclature existante prévue pour le programme régional de services en santé cardiovasculaire est modifiée pour intégrer la gestion des maladies chroniques et définir les volets Réadaptation cardiaque, Insuffisance cardiaque et diabète.

Et fut acceptée à la rencontre régionale du cadre normatif I-CLSC du 8 avril 2008

CLINIQUES SATELLITES EN INSUFFISANCE CARDIAQUE

MODÈLES PROPOSÉS

Fonctionnement en avant-midi	<ul style="list-style-type: none"> • Permet l'accès au plateau technique : tests de contrôle sanguins, radiographies, écho cardiaque, électrocardiogramme • Permet d'interpréter les résultats et de poser un traitement approprié le jour même • Permet l'accès au médecin, au cardiologue, au service de pharmacologie • Permet d'organiser des rendez-vous avec ceux-ci, parfois la journée même
Chaque CSSS détermine le nombre de jours/ services en clinique d'insuffisance cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter par une demi-journée : le temps de recruter la clientèle • Déterminer la même journée de la semaine (ex. : les mardis ou mercredis AM) : plus facile pour le personnel infirmier et médical de s'ajuster
<p>Chaque CSSS par l'entremise du DSP nomme une responsabilité médicale pour chaque jour de fonctionnement de la clinique. Rémunération par AMG (activités médicales particulières)</p> <p>Exemple : le médecin à l'hospitalisation ou à l'urgence pour certains CSSS</p> <p>Exemple : le médecin nommé et dédié à la clinique en AM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Connaît les médecins et leurs intérêts • Connaît le fonctionnement de l'organisation des services • Connaît les locaux appropriés <ul style="list-style-type: none"> • En début AM, voit les clientèles de la clinique • L'infirmière de la clinique sait que le médecin est sur place et organise sa clinique en conséquence (planifie enseignement en PM et clientèle instable en AM) <ul style="list-style-type: none"> • Tâche pourrait être connexe à une autre fonction en PM : tapis roulants, voit des clientèles à son bureau ou à la clinique externe en PM, etc.

Tableaux statistiques

Tableau 1 : Nombre d'hospitalisations en courte durée pour insuffisance cardiaque par MRC de résidence et par centre hospitalier résidents de l'Estrie (2005-2006)

MRC DE RÉSIDENCE	CENTRE HOSPITALIER								TOTAL
	Pavillon Argyll-IUGS	CHUS-Fleurimont	CHUS-Hôtel-Dieu	Pavillon Youville-IUGS	Memphrémagog	Asbestos	Mégantic	Hors région	
Granit	0	1	0	0	0	0	33	6	40
Asbestos	0	5	0	0	0	47	0	1	53
Haut-Saint-François	0	16	19	0	0	0	1	0	36
Val-Saint-François	1	42	9	0	0	0	0	3	55
Ville de Sherbrooke	0	125	165	0	3	0	0	2	295
Coaticook	0	15	7	0	0	0	0	0	22
Memphrémagog	0	18	4	0	77	0	0	3	102
TOTAL	1	222	204	0	80	47	34	15	603

Source : Fichier MedÉcho.

Note : Insuffisance cardiaque (cim9=428)

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
 Service de surveillance publique et de l'évaluation
 Michel Carbonneau
 12 août 2008

Tableau 2 : Nombre de patients uniques hospitalisés en courte durée en Estrie pour insuffisance cardiaque (CIM9 = 428) selon leur territoire de résidence 2005-2006

Territoire de résidence	Nombre de patients
MRC du Granit	26
MRC d'Asbestos	43
MRC du Haut-Saint-François	24
MRC du Val-Saint-François	32
MRC de la Ville de Sherbrooke	222
MRC de Coaticook	21
MRC de Memphrémagog	82
Estrie	450
Hors région	24
Total	474

Source : Fichier MedÉcho

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
 Service de surveillance de la santé publique et de l'évaluation
 Michel Carbonneau
 13 août 2008

Tableau 3 : Nombre de consultations à l'urgence pour insuffisance cardiaque (CIM-9 = 428) par MRC de résidence et MRC de l'établissement résidents de l'Estrie, 2004

MRC de résidence	MRC DE L'ÉTABLISSEMENT							Total
	Granit	Asbestos	Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	MRC hors Estrie	
Granit n	79			4			6	89
% rangée	88,8			4,5			6,7	100,0
% colonne	100,0			0,8			18,8	10,4
Asbestos n		86		6			1	93
% rangée		92,5		6,5			1,1	100,0
% colonne		95,6		1,1			3,1	10,8
Haut-Saint-François n				48				48
% rangée				100,0				100,0
% colonne				9,0				5,6
Val-Saint-François n			4	50			5	59
% rangée			6,8	84,7			8,5	100,0
% colonne			100,0	9,4			15,6	6,9
Ville de Sherbrooke n		4		384	1	2	7	398
% rangée		1,0		96,5	0,3	0,5	1,8	100,0
% colonne		4,4		72,2	12,5	1,8	21,9	46,3
Coaticook n				22	6			28
% rangée				78,6	21,4			100,0
% colonne				4,1	75,0			3,3
Memphrémagog n				18	1	112	13	144
% rangée				12,5	0,7	77,8	9,0	100,0
% colonne				3,4	12,5	98,2	40,6	16,8
Total : n	79	90	4	532	8	114	32	859
% rangée	9,2	10,5	0,5	61,9	0,9	13,3	3,7	100,0
% colonne	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	10,0	100,0	100,0

Source : Fichier des consultations médicales de la RAMQ, 2004.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
 Service de surveillance de la santé publique et de l'évaluation
 Michel Carboneau
 Novembre 2005

LISTE DES RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

CORMIER, L., LEPAGE, S., VERRETTE, M-H. Clinique d'insuffisance cardiaque et de réadaptation. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Québec. Mai 2003.

Réseau local de soins et de services intégrés : Maladies chroniques / habitudes de vie. Pour un continuum de services de la prévention à la réadaptation. Document de travail. Pour amorcer une réflexion commune. Régie régionale de la santé et services sociaux. Estrie. Août 2003.

Initiative d'un groupe de cardiologue du Québec. Vers une approche intégrée de soins et de services optima aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Rapport final. Mai 2000.

ANIQUE DUCHARME. L'insuffisance cardiaque : pour aller au cœur du problème! Le Clinicien. Août 2000.

Monographie sur : *Les maladies chroniques en Estrie* document no 1 : Les maladies cardiovasculaires. Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec. Estrie (2004)

APR-DRG, 1994-1995; à 2000-2001.

Programme régional de services en santé cardiovasculaire. Agence de développement de réseaux locaux et de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. Mai 2004.

RSSS. Estrie. Modélisation et déploiement de cliniques d'insuffisance cardiaque. Juillet 2000.

GODBOUT, C., OIIQ : *Évaluation et suivi de la personne souffrant d'insuffisance cardiaque*. Activité de formation à l'intention des infirmières appelées à exercer au sein des groupes de médecine de famille ou en première lignes. Hôpital Laval Québec, Automne 2004 tiré de Beaglehole, R., Bomita, R., Kjellstrom, T. (1994). *Éléments d'épidémiologie*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

BOELEN, Charles. *Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.

BOLDUC, N. et autres. *Le programme intégré en santé cardiaque Sherbrooke/Sherbrooke (PISC-SE) : un engagement Vers l'unité pour la santé*. Faculté de médecine comme Centre collaborateur de l'OMS, Centre de formation continue, Sherbrooke, 2001, p. 34-38.

PROCHASKA, J.O. J.C. NORCROSS, J.C., Dinsuffisance cardiaque LEMENTE, C.C. *Changing for good*, New York : Avon Books, 1994.

BECKER, M.H. The Health Belief Model personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 1975

SWAIL, S.H. ET SOUTHARD, B.H. *Motivating and Empowering patients for self-learning*, tiré de Wenger N.K, Smith, L.K. Froelicher, E.S., et Comos, P.M. *Cardiac rehabilitation : a Guide to Practice in the 21th Century*, New York : Decker inc., 1999, p.137-383.

LEFTCOURT, H.M. (1966). *Internal-external control of reinforcement*. *A review Psychological Bulletin*, 1966, 65, 206-220.

BANDURA, A. Self –Efficacy : Towards a fying theory of behavioral change. Psychological Review, 1977, 84,191-215.

JOHNSTONE, David E., et autres. Rapport de la conférence consensuelle de la société canadienne de cardiologie. Canadian Journal Cardiologie. Vol 10 no 6, août 1994.

BARIL, L., VERRETTE, M.H., RIVARD, L. Clinique d'insuffisance cardiaque et de réadaptation. Document de travail présenté à la Régie Régionale de Sherbrooke. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Mai 2003.

Réseau Canadien de Cliniques d'Insuffisance Cardiaque Chronique (Cinsuffisance cardiaqueC). La prise en charge de l'insuffisance cardiaque en clinique. London (Ontario).

CHUS. Clinique d'insuffisance cardiaque. Octobre 2005.

UNITÉ THÉRAPEUTIQUE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE. Club cœur et santé. CH Pontoise France. Avril 2005

BROUILLETTE, DENIS. SIMON, de DENUS. Les produits naturels et l'insuffisance cardiaque. Bulletin officiel de la société Québécoise d'insuffisance cardiaque Vol 1. No.2 Décembre 2004

RÉGIE RÉGIONALE DE SANTÉ ET DE SERVinsuffisance cardiaqueES SOCIAUX DE QUÉBEC. Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques pour les régions de Québec et du Saguenay – Lac-Saint-Jean. : dans le cadre d'un réseau intégré de soins et de services à l'échelle locale pour les personnes en perte d'autonomie. Mars 2001

Programme québécois de lutte contre le cancer . Plan d'action 2004-2007. Agence de développement de réseaux locaux et de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. Québec, 21 juin 2004

L'équipe de gestion pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Programme de soins en interdisciplinarité du suivi systématique de la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque. CSSS La Pommeraie sites Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins et les CLSC et CHSLD. Mai 2003.

Médicaments et produits de santé. Santé Canada site Internet . Mars 2005.

Paediatric & Child Health 2005, 10(4) : 236-241.

L'actualité médicale. Le journal du médecin. Vol.26 no 31. Septembre 2005

L'actualité médicale. Le journal du médecin. Vol. 26 no 11. Mars 2005

LOCONG, AInsuffisance cardiaqueE. RUEL, DANIELLE. (2003) Guide des interactions médicaments, nutriments et produits naturels. Les Presses de l'Université Laval

-
- ¹. ROBINSON, K.R. Envisioning a Network of Care for At-Risk Patients after Myocardial Infarction, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 1999, 14 (1), 75-78.
 - ². BOELEN, CHARLES., GRAND'MAISON, PAUL., SCHOFIELD, A, BOLDUC, Ninsuffisance cardiaqueOLE. *La stratégie l'Organisation Mondiale de la Santé Vers l'Unité pour la santé*. Faculté de médecine de Sherbrooke comme Centre collaborateur de l'OMS. Centre de formation continue, Faculté de médecine, Sherbrooke, (2001), p. 28-33.
 - ³. Prochaska, J.O. Norcross, J.C., DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good*, New York : Avon Books.
 - ⁴. CANADIAN ASSOCIATION OF CARDIAC REHABILITATION. *Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Cardiovascular Disease Prevention*, première édition, 1999, Winnipeg, CARC.
 - ⁵. HELLMAN, E.A. Use of the stages of changes in exercise adherence model among older adults with a cardiac diagnosis, *Journal of Cardiopulmonary and Rehabilitation*, 1997, 17 (3), 145-155.
 - ⁶. HOULIHAN, G.D. The Evaluation of the « Stages of change » model for use in counselling client's undergoing predictive testing for Huntington's disease, *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 29 (5), 1137-1143.
 - ⁷. JACOBSON, K.L., D.P. SHROEDER, T.A. JACOBSON. *Patient education and compliance*, tiré de Branch, W.I., Alexander, R.W., Schlant, R.C., Hurst, J.W., *Cardiology in Primary Care*, 2000, U.S.A. The McGraw-Hill Companies.
 - ⁸. PROCHASKA, J.O., J.C. NORCROSS, C.C. Dinsuffisance cardiaqueLEMENTE. *Changing for good*, 1994, New York, Avon Books.

RÉFÉRENCES RELATIVES À L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Beaudoin, Danielle et coll. *Vivre au quotidien avec l'insuffisance cardiaque*. Hôpital Laval, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie. (1997, révisé 2001), Québec

Béland, Andrée. *Mieux vivre avec l'insuffisance cardiaque. Un guide pour le client et sa famille*. (2000), Hôpital du Saint-Sacrement. Québec

The 2002/2003 Canadian Cardiovascular Society Consensus Guideline Update for Diagnosis and Management of Heart Failure (site Web :www.ccs.ca)

Fondation des maladies du cœur. *Une affaire de cœur*. Téléphone (514) 871-1551 ou 1 800 567-8563 (Gratuit).

Site internet : www.inscardiaque.com