

Trajectoire de soins et services pour la clientèle en réadaptation cardiaque de l'Estrie

Sous-comité Maladies chroniques

Juin 2011

Membres du sous-comité maladies chroniques ayant collaboré à la rédaction

Carine Fortin, CSSS de la MRC-de-Coaticook
Docteure Irma Clapperton, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Jean-Dominic Rioux, CHUS
Jeanne Dion, CSSS de la MRC-de-Coaticook
Joanne Roy, CSSS du Val-St-François
Francine Boulanger, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Josianne Desnoyers, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Linda Cormier, CHUS
Mario Duplin, CHUS
Mireille Fortin, CSSS du Haut-St-François
Nancy Beaulieu, CSSS de Memphrémagog
Docteur Paul Farand, CHUS
Docteure Raymonde Vaillancourt, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Docteure Suzanne Gosselin, CSSS-IUGS
Docteur Serge Lepage, CHUS
Sylvie Lirette, CSSS du Granit
Sylvie Quenneville, CSSS des Sources

Les membres de la Table de travail régionale sur la trajectoire de soins et services pour la clientèle en réadaptation cardiaque ont également été consultés :

Carl Fortier, CHUS
Chantal Carrier, CSSS du Granit
Sylvie Dubé, CSSS du Granit
Pierrette Couture, CSSS Memphrémagog,
Diane Duranleau, CSSS du Haut-Saint-François
Louise Éthier, CSSS de la MRC-de-Coaticook
Lyne Roussel, CSSS du Val-Saint-François
France St-Cyr, CSSS des Sources
Anne-Marie Gagné, CSSS-IUGS
Sylvie Hinse, CSSS-IUGS

Collaboration

Sylvie Laforest, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

* Le féminin est utilisé pour alléger le texte, et ce, sans préjudice pour le sexe masculin.

Table des matières

1.	Mise en contexte	4
1.1	Cheminement clinique.....	4
1.2	Trajectoire de soins et services.....	4
2.	Buts du programme réseau de réadaptation cardiaque.....	4
3.	Objectifs du programme	5
4.	Critères d'admissibilité	5
4.1	Personnes souffrant de maladie coronarienne athérosclérotique	6
4.2	Personnes souffrant d'insuffisance cardiaque.....	6
4.3	Personnes souffrant de diabète	6
4.4	Personnes ayant deux facteurs de risque de maladie coronarienne athérosclérotique.....	6
5.	Rôles et responsabilités des partenaires	7
5.1	Agence	7
5.2	CHUS	8
5.3	CSSS.....	8
6.	Rôles et responsabilités des différents intervenants.....	9
6.1	Cardiologue responsable du CHUS	9
6.2	Médecin répondant du CSSS (ou médecin désigné)	9
6.3	Médecin traitant (md de famille ou spécialiste)	10
6.4	Infirmière pivot du CSSS et du CHUS :	10
6.5	Infirmière clinicienne pivot du CHUS : rôle régional	11
6.6	Kinésiologue.....	11
6.7	Nutritionniste	12
6.8	Intervenant psychosocial.....	12
7.	Trajectoire de soins et services.....	13
	ANNEXES	15
	Annexe 1 : Obtention d'une FEVG pour la réadaptation.....	17
	Annexe 2 : Contrôler les facteurs de risque modifiables d'atteintes vasculaires athérosclérotique dans le cadre du programme de réadaptation cardiaque.....	18
	Annexe 3 : Faire le suivi des examens de laboratoire dans le cadre du programme de réadaptation cardiaque	21
	Annexe 4 : Lettre de suivi des facteurs de risque	26
	Annexe 5 : Organisation des références des personnes admises au programme de réadaptation cardiaque au sein des CSSS par les infirmières-pivot advenant un problème médical nécessitant une attention non-urgente	28

1. Mise en contexte

Le présent document vise à clarifier le cheminement clinique ainsi que la trajectoire de soins et services pour la clientèle présentant une maladie coronarienne ou des facteurs de risque importants et qui est admissible au programme de réadaptation cardiaque. Celui-ci est dispensé par chaque CSSS de l'Estrie ainsi qu'au CHUS.

1.1 Cheminement clinique

Le cheminement clinique se définit comme l'ensemble des meilleures pratiques cliniques, basées sur les données probantes, pour chaque clientèle cible ainsi que les différentes étapes du cheminement de la personne (diagnostic → au suivi/maintien), dans la perspective d'une approche commune et harmonisée des soins et services. Le cheminement clinique est décrit essentiellement à l'intérieur du cadre de référence régional en réadaptation cardiaque.

1.2 Trajectoire de soins et services

La trajectoire de soins et services est la hiérarchisation et la stratification des soins et services de première, deuxième et troisième lignes afin de déterminer la contribution de chacun dans une approche interdisciplinaire et interétablissements. Pour ce faire, il faut tenir compte de l'intensité et de la complexité des soins et services, des volumes de personnes à desservir en fonction du maintien et du développement de l'expertise clinique des équipes soignantes de chaque établissement.

2. Buts du programme réseau de réadaptation cardiaque

- Améliorer l'accessibilité aux soins de santé;
- Assurer aux patients une approche et des interventions basées sur les données probantes les plus récentes et les dernières lignes directrices en cardiologie et en réadaptation cardiaque;
- Rétablir les meilleures conditions physiologiques et psychologiques des personnes atteintes de la maladie cardiaque et les soutenir dans leur changement de comportement tant au niveau des habitudes de vie que des facteurs de risque;
- Assurer une prise en charge des patients par une équipe interdisciplinaires;
- Permettre à un malade cardiaque de récupérer le maximum de capacité fonctionnelle par l'exercice physique et par les mesures de prévention secondaires reconnues comme susceptible d'améliorer le pronostic à long terme, et ainsi retarder la perte d'autonomie;
- Assurer le soutien nécessaire aux proches des malades en agissant sur les facteurs de risque;
- Réduire le taux de mortalité chez les malades cardiaques;
- Assurer un suivi médical et infirmier optimal chez le malade cardiaque et les individus à haut risque d'en développer.

3. Objectifs du programme

La réadaptation cardiaque constitue une partie importante d'un plan de traitement efficace pour freiner l'évolution de la maladie, améliorer ou restaurer une capacité fonctionnelle optimale des patients porteurs de pathologies cardiovasculaires et, par le fait même, améliorer la qualité de leur vie. Ces bénéfices sont principalement retrouvés chez les patients dont l'adhésion au programme est bonne. Les objectifs du programme sont :

- améliorer la santé cardiovasculaire des participants;
- augmenter les connaissances de la personne et de sa famille sur la maladie cardiaque et les facteurs de risque;
- favoriser l'adoption de saines habitudes de vie;
- améliorer la condition physique;
- augmenter la confiance en soi et la sensation de bien-être;
- améliorer la qualité de vie;
- permettre un retour à une vie socioprofessionnelle la plus normale possible;
- amener la personne à se prendre en main face à sa maladie et ses facteurs de risques.

Pour la personne participante :

- maintenir son niveau d'autonomie l'améliorer si possible;
- viser la cessation tabagique;
- améliorer ses habitudes alimentaires;
- augmenter sa pratique régulière d'activités physiques;
- augmenter son observance aux traitements pharmacologiques et non pharmacologiques par une meilleure compréhension de la maladie;
- améliorer son profil lipidique par une saine alimentation;
- diminuer sa circonférence abdominale;
- abaisser son indice de l'IMC lorsque plus grand que 26;
- améliorer le contrôle de sa tension artérielle selon les cibles établies;
- améliorer la prise en charge de son diabète par un contrôle glycémique optimal.

4. Critères d'admissibilité

Les personnes suivantes sont admissibles :

1. personnes souffrant de maladie coronarienne athérosclérotique;
2. personnes souffrant d'insuffisance cardiaque;
3. personnes souffrant de diabète;

4. personnes ayant deux facteurs de risque de maladie coronarienne athérosclérotique.

Une priorisation est effectuée en fonction de la condition médicale de la clientèle selon les critères déterminés ci-dessous ainsi qu'en fonction des listes d'attente pour chaque établissement participant.

L'ordre de priorisation est le suivant :

4.1 Personnes souffrant de maladie coronarienne athérosclérotique

La plus grande partie de la population ciblée est composée des personnes souffrant de maladie coronarienne athérosclérotique. À noter que la portion concernant le programme d'entraînement doit débuter plus de quatre semaines après un événement coronarien instable.

L'identification des usagers avec maladie coronarienne athérosclérotique se fait, notamment, à partir des interventions ou diagnostics suivants : angine clinique, examen de stratification non-invasif montrant la présence d'une maladie coronarienne athérosclérotique (ECG d'effort, stress-échographie, Mibi-Persentin ou d'effort), coronarographie avec lésions de plus de 50 %, angioplastie coronarienne, chirurgie de revascularisation coronarienne, antécédent d'infarctus, d'angine ou de syndrome coronarien aigu.

4.2 Personnes souffrant d'insuffisance cardiaque

La clientèle avec insuffisance cardiaque est celle admissible à être suivie par une clinique d'insuffisance cardiaque de notre région, soit les usagers avec insuffisance cardiaque systolique et FEVG moins de 40 % ou bien avec insuffisance cardiaque d'autres étiologies ayant eu besoin d'être hospitalisés pour un épisode d'insuffisance cardiaque décompensé.

4.3 Personnes souffrant de diabète

La clientèle souffrant de diabète de type I ou II.

4.4 Personnes ayant deux facteurs de risque de maladie coronarienne athérosclérotique

Les personnes ayant deux facteurs de risque de maladie coronarienne parmi les suivants :

- maladies vasculaires athérosclérotiques périphériques (MVAS) ;
- hypertension artérielle (TA de plus de 140/90) ;
- dyslipidémie (selon les recommandations en prévention primaire) ;
- tabagisme actif ;
- antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce (homme moins de 45 ans et femme moins de 55 ans) ;
- âgé de plus de 75 ans ;

- obésité (IMC plus de 30 ou tour de taille de plus de 102 cm (homme), de plus de 88 cm (femme).

Par ailleurs, les personnes admises devront accepter de participer activement au programme et :

- Avoir un suivi médical actif (pour certains CSSS, les personnes sans suivi médical sont acceptées);
- Démontrer les capacités d'apprentissage requises pour participer au programme;
- Démontrer la motivation à s'engager dans une démarche de réadaptation incluant minimalement un volet du programme;
- Avoir un état clinique stable;
- Participer à une évaluation complète et une stratification du risque.

Les proches des personnes atteintes constituent également une clientèle importante pour le programme. Ils sont invités à être présents lors des rencontres avec l'infirmière et à participer aux conférences. Ceux-ci ne sont toutefois pas admis aux activités physiques compte tenu des espaces souvent très restreints des lieux physiques.

Admission au programme

L'admission au programme de réadaptation se fait via les CSSS. Les demandes de stratification qui seront reçues directement par le programme du CHUS seront renvoyées au CSSS respectif du patient. Pour la majorité des CSSS, la stratification sera réalisée par un cardiologue du CHUS qui déterminera le lieu où se fera le programme (CSSS vs CHUS) en fonction de la condition de la personne et des ressources du CSSS. Pour certains CSSS qui ont les ressources nécessaires, l'épreuve d'effort sera réalisée sur place, de même que le reste du programme de réadaptation.

5. Rôles et responsabilités des partenaires

5.1 Agence

- Élaborer les orientations régionales;
- S'assurer de l'implantation du modèle adopté;
- Contribuer à lever les obstacles rencontrés dans l'actualisation des mesures retenues;
- Soutenir le développement ou la consolidation des partenaires intersectoriels;
- Assurer le suivi de la gestion du programme services généraux : prévention et gestion des maladies chroniques;
- S'assurer de la tenue des travaux nécessaires au développement du programme-service (trajectoires cliniques, modélisation des services, etc.) et y participer.

5.2 CHUS

- Assurer le leadership régional dans l'élaboration du programme cadre en réadaptation cardiaque, le cheminement clinique et les trajectoires de soins, en partenariat avec les CSSS;
- Collaborer avec les CSSS à l'élaboration de stratégies visant à recruter les patients visés par le programme de réadaptation;
- Offrir un programme d'enseignement complet sur la réadaptation cardiaque par une équipe interdisciplinaire;
- Assurer l'évaluation, le traitement, le suivi et la réadaptation spécialisée pour les situations complexes;
- Offrir des services ambulatoires spécialisés pour les problématiques complexes;
- Offrir et rendre disponible l'expertise conseil à la première ligne (équipes locales des CSSS, professionnels des GMF, etc.);
- Offrir le service d'évaluation et de consultation pour la stratification du risque coronarien à l'exercice et la prescription d'exercices;
- S'assurer de la disponibilité « coaching » des intervenants aux centres référents;
- Proposer de la formation continue et une mise à jour des outils;
- Collaborer avec les partenaires à l'approche intégrée de soins et services pour la clientèle atteinte d'une maladie cardiaque;
- Collaborer au PII (Plan d'interventions individualisé).

5.3 CSSS

- S'assurer que les personnes éligibles de son territoire aient accès à un programme de réadaptation cardiaque;
- Mettre en place une équipe interdisciplinaire dédiée, responsable de la prise en charge des facteurs de risque associés à la maladie cardiaque athérosclérotique;
- Recueillir les inscriptions au programme des patients de son territoire et demande, si nécessaire, les stratifications auprès du CHUS;
- Assurer l'évaluation, le traitement, le suivi et la réadaptation pour les situations non complexes. Certains CSSS peuvent procéder à l'entraînement de patients stratifiés à risque élevé à condition que le ratio intervenant par patient pour cette clientèle soit respecté. De plus, ces intervenants doivent être formés en RCR et à l'utilisation d'un défibrillateur semi-automatique, ce dernier devant être disponible sur les lieux de l'entraînement;
- Intégrer, harmoniser et consolider les services en fonction du programme adopté régionalement et selon le modèle retenu et les adapte lors des révisions du programme;
- Élaborer, en étroite collaboration avec le CHUS, les trajectoires cliniques à mettre en place;
- Assurer un guichet d'accès aux services de première ligne et aux services spécialisés de deuxième ligne ainsi que l'accompagnement de la personne et de ses proches;

- Assurer, avec une approche de continuum de services, la liaison et l'intervention conjointe avec ses partenaires locaux, principalement avec les professionnels exerçant dans la communauté (médecins, pharmaciens, etc.), les organismes et organisations de la communauté et avec les services de deuxième ligne;
- Instaurer et consolider la fonction d'intervenant pivot responsable de coordonner le plan d'interventions individualisé;
- Mettre de l'avant des stratégies de communication et de mobilisation afin de susciter la participation de la communauté médicale de son territoire et de concrétiser un réel continuum de services en réadaptation cardiaque (incluant des rôles et responsabilités définis dans la trajectoire clinique élaborée en réadaptation cardiaque).

6. Rôles et responsabilités des différents intervenants

6.1 Cardiologue responsable du CHUS

- Assurer le leadership dans l'élaboration du contenu du cadre de référence du programme de réadaptation cardiaque et dans la détermination des indicateurs de suivi;
- Assurer un soutien auprès des médecins répondants dans les CSSS;
- Agir en tant qu'expert médical au sein du programme;
- Encadrer la procédure de stratification et de prescription d'exercices, tant pour le CHUS que pour les CSSS qui font cette activité
- Évaluer la condition médicale des cas complexes;
- Établir un plan de traitement des cas complexes;
- Assurer le suivi médical et pharmacologique des cas complexes;

6.2 Médecin répondant du CSSS (ou médecin désigné)

- Assurer un soutien aux intervenants du programme de réadaptation cardiaque;
- Assurer le lien avec les autres médecins et spécialistes, si nécessaire;
- Participer à l'élaboration et à la mise à jour des plans d'urgence pour la clientèle, ainsi qu'à la formation requise pour les intervenants;
- Participer à l'évaluation du programme;
- Contribuer à la promotion du programme dans la communauté et auprès de ses pairs;
- Pour certains CSSS, collaborer au processus de stratification par la réalisation d'épreuves d'effort et l'obtention d'une FEVG, le cas échéant.

6.3 Médecin traitant (md de famille ou spécialiste)

- Évaluer la progression de la maladie cardiaque;
- Ajuster le plan de traitement individuel du patient;
- Poursuivre le suivi médical et pharmacologique;
- Évaluer et ajuster le traitement requis pour le contrôle des facteurs de risque modifiables de la maladie coronarienne athérosclérotique;
- Encourager la participation de la personne au programme.

6.4 Infirmière pivot du CSSS et du CHUS :

- Recevoir les demandes d'inscription, établir le contact avec la personne et amorcer le processus d'intégration au programme;
- Évaluer la situation globale de santé du participant incluant l'histoire de santé, la condition physique, la condition mentale (cognitif, perceptuel, émotif), les facteurs de risque associés à la progression de la maladie cardiaque, l'environnement physique, social et culturel du participant et finalement, ses capacités d'apprentissage;
- Compléter le portrait de la situation clinique du patient en consultant sa famille et ses proches et en relevant les résultats des épreuves de laboratoire pertinentes;
- Déterminer un plan de traitement infirmier et assurer le suivi clinique personnalisé;
- Initier des mesures diagnostiques au besoin selon ordonnance collective (à venir et à déterminer);
- Communiquer les constats de son évaluation à l'équipe interdisciplinaire;
- Référer le patient à d'autres professionnels de la santé du réseau au besoin;
- Rédiger un plan d'intervention individualisé avec l'équipe interdisciplinaire et en assurer la coordination;
- Coordonner consultations et examens requis pour la stratification du risque et la prescription d'exercices;
- Planifier rencontre avec le médecin du programme pour la réalisation de l'épreuve d'effort de stratification et évaluation médicale;
- Assurer la continuité des services et des traitements nécessaires au patient;
- Intervenir rapidement lors de détérioration clinique du patient au cours du programme de réadaptation;
- Assurer les liens avec les médecins traitants des patients;
- Soutenir la motivation et la participation active du patient au programme;
- Évaluer les résultats du plan de traitement et la réduction des risques associés à la maladie cardiaque du patient au cours du suivi;
- Ajuster traitement pharmacologique (statines) au besoin selon ordonnance collective;
- Coordonner et animer activités éducatives du programme en collaboration avec

les autres intervenants de l'équipe interdisciplinaire;

- Fournir périodiquement les statistiques locales des références au programme.

6.5 Infirmière clinicienne pivot du CHUS : rôle régional

En plus de son rôle d'infirmière pivot de la clinique de réadaptation cardiaque du CHUS, l'infirmière clinicienne du CHUS a la responsabilité de :

- Prendre en charge les patients du territoire présentant des problèmes de soins complexes et assurer évaluation, suivi, coordination des tests et traitements tel que décrit précédemment;
- Agir en tant qu'expert et personne-ressource en soins infirmiers de réadaptation cardiaque auprès des infirmières pivot des CSSS et au sein du Programme du CHUS;
- Participer à l'élaboration des outils cliniques en collaboration avec les intervenants du CHUS et des CSSS;
- Participer à la formation et le maintien des compétences des infirmières pivot des CSSS;
- Participer à la promotion et à l'évaluation du programme.

6.6 Kinésologue

- Évaluer la condition physique des participants;
- Élaborer un programme d'exercices individualisé selon la condition médicale et la condition physique du participant;
- Élaborer un programme d'activités éducatives et un programme d'exercices de groupe et en assurer l'animation;
- Effectuer le suivi de la condition physique du participant et en évaluer la progression;
- Promouvoir les bienfaits de l'activité physique;
- Participer à la promotion et à l'enseignement des saines habitudes de vie;
- Participer au suivi systématique des participants;
- Collaborer à l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire des participants et l'ajuster selon évolution du participant;
- Assurer un rôle d'expert auprès de l'équipe.

Selon les ressources disponibles à la clinique du CHUS et dans les cliniques satellites, ces professionnels pourraient être mis à contribution :

6.7 Nutritionniste

- Évaluer l'état nutritionnel du participant;
- Déterminer le plan de traitement nutritionnel;
- Assurer le suivi individuel du participant pour qui un plan de traitement nutritionnel a été déterminé;
- Déterminer les stratégies d'intervention et assurer le suivi de manière à adapter et à modifier le plan de traitement nutritionnel selon la condition de la personne et la réponse au traitement;
- Élaborer et offrir un programme d'activités éducatives qui vise la promotion de la santé et la prévention des maladies par de saines habitudes de vie et de saines habitudes alimentaires;
- Assurer un rôle d'expert au sein de l'équipe interdisciplinaire.

6.8 Intervenant psychosocial

- Procéder à l'évaluation psychosociale des participants;
- Évaluer le réseau social et de soutien des participants;
- Identifier les difficultés d'adaptation des participants et des membres de leurs familles;
- Identifier les difficultés émotives, comportementales, sociales ou financières des participants;
- Établir un plan de services individualisé (PSI) au besoin;
- Assurer le suivi psychosocial des participants et ajuster le PSI selon l'évolution de la situation;
- Soutenir l'adaptation à la maladie;
- Soutenir la motivation et la participation de l'individu et de sa famille au programme de réadaptation;
- Encourager l'observance au plan de traitement;
- Promouvoir la santé et la prévention des maladies par de saines habitudes de vie (gestion du stress, adaptation à la maladie, etc.);
- Assurer un rôle d'expert au sein de l'équipe multidisciplinaire.

Actuellement, il n'y a pas de poste attribué à la clinique du CHUS pour un intervenant pouvant couvrir ce secteur d'activités. Les demandes sont acheminées au CSSS du territoire de la personne. Par ailleurs, l'organisation de l'offre de services psychosociaux pour la clientèle du programme de réadaptation cardiaque peut varier selon les CSSS.

7. Trajectoire de soins et services

Référence au programme	
- Unité de soins du CHUS - Cliniques médicales et GMF - Autres professionnels de la santé - Personnes elles-mêmes	Demande d'admission au programme de réadaptation cardiaque (PRC) aux CSSS.
Prise de contact	
L'infirmière pivot du CSSS ou du CHUS	Vérification de l'admissibilité, collecte de données, évaluation et élaboration du plan d'interventions individualisé fait avec la personne et sa famille, incluant la planification des investigations et traitements complémentaires, s'il y a lieu. Vérification de la présence d'une mesure récente de la fonction systolique cardiaque. Si cette mesure n'est pas disponible, vérifier s'il y a lieu d'effectuer cette mesure (annexe 1). Participation à la révision du contrôle des facteurs de risque et des conditions associées (annexe 2). Effectue le suivi des examens de laboratoire nécessaires au programme (annexe 3). Acheminement de l'information pertinente à l'infirmière-pivot responsable du suivi ainsi qu'au médecin traitant (annexe 4).
Stratification du risque	
Cardiologue du CHUS ou médecin désigné pour certains CSSS	Stratification du risque par la réalisation d'une épreuve d'effort (protocole de Cornell) (au moins quatre semaines après un infarctus du myocarde). Prescription d'exercices avec fréquence cardiaque cible. Révision du contrôle des facteurs de risque et des conditions associées et modification du traitement si indiqué.
Équipe interdisciplinaire du CHUS ou du CSSS	Réalisation des évaluations complémentaires requises, du programme de conférences et de remise en forme (12 semaines). Suivi systématique de la personne pendant 12 mois et acheminement de l'information pertinente au médecin traitant.
Cardiologue ou médecin traitant	L'infirmière-pivot lui dirige l'utilisateur en cas de questionnement ou de complication durant le programme. Protocole suggéré (annexe 5).

* Les documents des annexes 2,3 et 4 sont à titre d'exemple uniquement et doivent (pour l'instant) être adoptés par le CMDP ou autres instances de chacun des centres. D'autres documents pourront être ajoutés, au besoin.





ANNEXES

Annexe 1 : Obtention d'une FEVG pour la réadaptation

A) Chez toutes les personnes avec, comme raison d'inclusion au programme, une maladie coronarienne ou une insuffisance cardiaque, il faut s'assurer qu'une mesure de FEVG est disponible selon une des modalités suivantes :

- échographie cardiaque ou ventriculographie isotopique dans les cinq dernières années;
- MIBI ou ventriculographie radiologique (faite en hémodynamie) dans les deux dernières années.

S'assurer de la présence d'une nouvelle mesure de la FEVG après un infarctus du myocarde.

Si aucune valeur n'est disponible selon les modalités décrites ci-dessus, une échographie cardiaque devra être effectuée (via une ordonnance collective, au besoin).

B) Chez toutes les personnes avec, comme raison d'inclusion au programme, un diabète ou deux facteurs de risque (donc des personnes sans MCAS ou insuffisance cardiaque) :

Vérifier si la personne a une mesure de FEVG selon un des critères suivants :

- échographie cardiaque ou ventriculographie isotopique dans les cinq dernières années;
- MIBI ou ventriculographie radiologique dans les deux dernières années.

Si aucune valeur n'est disponible selon les modalités décrites ci-dessus et que la personne effectue une capacité fonctionnelle de moins de cinq mets à l'ECG d'effort de stratification, une échographie cardiaque (ou une autre modalité fournissant une FEVG) devra être obtenue avant de débiter la portion entraînement du programme de réadaptation.

Annexe 2 : Contrôler les facteurs de risque modifiables d'atteintes vasculaires athérosclérotique dans le cadre du programme de réadaptation cardiaque

ORDONNANCE COLLECTIVE

INF-

ÉMETTEUR :			
APPROUVÉ PAR :			
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :		DATE DE RÉVISION PRÉVUE :	
DATE DE RÉVISION :			
CODE DE CLASSIFICATION :	ADM-316-06		
ORIGINAL SIGNÉ PAR :			

CETTE ORDONNANCE COLLECTIVE REMPLACE LE NUMÉRO	ÉMIS LE
--	---------

ORDONNANCES COLLECTIVES

Une ordonnance collective est une ordonnance établie par règlement du CMDP à l'effet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements sans attendre d'ordonnance médicale individuelle chez les bénéficiaires de catégories déterminées dans cette ordonnance et le cas échéant, selon le protocole ou la méthode de soins desquels elle relève. L'ordonnance collective ne s'applique pas si elle entre en contradiction avec une ordonnance individuelle.

PERSONNES HABILITÉES À EXÉCUTER L'ORDONNANCE

Infirmières du programme de réadaptation cardiaque.

ACTIVITÉS RESERVÉES DE L'INFIRMIÈRE

- 1) Faire le suivi des facteurs de risque modifiables;
- 2) Orienter les ressources vers les ressources disponibles.

GROUPES DE PERSONNES OU SITUATION CLINIQUE VISÉE PAR L'ORDONNANCE

Personnes inscrites au programme de réadaptation cardiaque.

INDICATIONS

Effectuer le suivi et la gestion des facteurs de risque modifiables de maladies vasculaires athérosclérotiques des patients inscrits et participants au programme de réadaptation.

CONTRE-INDICATIONS

Patient refusant le suivi proposé.

PROCÉDURE

- 1) L'infirmière complète l'évaluation clinique prévue dans le cadre du programme de réadaptation cardiaque. Les patients orphelins de médecin omnipraticien doivent être référés au mécanisme d'accès au médecin de famille.

Obésité, sédentarité et diabète

- 2) L'infirmière encourage le patient à adhérer et maintenir sa participation aux programmes de réadaptation et à maintenir de saines habitudes de vie. Elle réfère au besoin le patient aux différentes ressources disponibles, par exemple, clinique d'obésité et/ou de diabète, etc. Le suivi des paramètres sanguins associés à ces conditions sont gérés par les ordonnances collectives concernant le suivi des examens de laboratoire et celles gérant la prescription et l'ajustement des médicaments (hypoglycémifiants oraux et insuline).

Dyslipidémie

- 3) Le suivi des paramètres sanguins associés à ces conditions sont gérés par les ordonnances collectives concernant le suivi des examens de laboratoire et celles gérant la prescription et l'ajustement des médicaments pour le traitement des dyslipidémies.
- 4) La lettre d'information au médecin traitant pour les facteurs de risque non contrôlés peut être utilisée pour faire le lien avec le médecin traitant si nécessaire.

Hypertension artérielle

- 5) Les cibles de contrôle de la tension artérielle sont une tension artérielle de moins de 140/90 (130/80 si diabète) en clinique et de moins de 135/85 (125/75 si diabète) à domicile. Advenant que la cible n'est pas rejointe plus de 50 % du temps, le patient doit être référé à son médecin traitant omnipraticien. Dans le cas d'un patient orphelin de médecin omnipraticien, il faut référer le patient à son interniste ou cardiologue traitant. Dans le cas d'un patient orphelin de tout médecin, le médecin responsable du programme de réadaptation cardiaque doit être avisé.
- 6) La lettre d'information au médecin traitant pour les facteurs de risque non contrôlés peut être utilisée pour faire le lien avec le médecin traitant, si nécessaire.

Usage des produits du tabac

- 7) Tous les patients faisant usage des produits du tabac doivent être encouragés à cesser et référés si pertinent aux ressources disponibles notamment les centres d'abandon du tabac.
- 8) Dans la situation d'un patient désirant utiliser des thérapies de remplacement de la nicotine, ce dernier doit être référé à un pharmacien de la région afin de faire appliquer

la prescription collective de la Directrice de la santé publique autorisant les pharmaciens de la région à prescrire des thérapies de remplacement de la nicotine.

- 9) Dans la situation d'un patient désirant faire usage des autres thérapies de remplacement de la nicotine (bupropion et varénicline), ce dernier doit être référé à son médecin traitant omnipraticien. Dans le cas d'un patient orphelin de médecin omnipraticien, il faut référer le patient à son interniste ou cardiologue traitant. Dans le cas d'un patient orphelin de tout médecin, le médecin responsable du programme de réadaptation cardiaque doit être avisé. L'ordonnance pharmaceutique externe pour l'arrêt du tabagisme peut être utilisée.

ANNEXES :	ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE EXTERNE POUR L'ARRÊT DU TABAGISME MODÈLE DE LETTRE DE SUIVI AU MÉDECIN TRAITANT DES FACTEURS DE RISQUE PAS CONTRÔLÉS CIBLES DE CONTRÔLE DES FACTEURS DE RISQUE
-----------	--

MOTS CLÉS :	FACTEURS DE RISQUE, OBÉSITÉ, DIABÈTE, DYSLIPIDÉMIE, TABAGISME, HYPERTENSION ARTÉRIELLE
-------------	--

DIFFUSÉ À :	
-------------	--

Annexe 3 : Faire le suivi des examens de laboratoire dans le cadre du programme de réadaptation cardiaque

ORDONNANCE COLLECTIVE
INF-

ÉMETTEUR :			
APPROUVÉ PAR :			
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :		DATE DE RÉVISION PRÉVUE :	
DATE DE RÉVISION :			
CODE DE CLASSIFICATION :	ADM-316-06		
ORIGINAL SIGNÉ PAR :			

CETTE ORDONNANCE COLLECTIVE REMPLACE LE NUMÉRO	ÉMIS LE
--	---------

ORDONNANCES COLLECTIVES

Une ordonnance collective est une ordonnance établie par règlement du CMDP à l'effet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements sans attendre d'ordonnance médicale individuelle chez les bénéficiaires de catégories déterminées dans cette ordonnance et le cas échéant, selon le protocole ou la méthode de soins desquels elle relève. L'ordonnance collective ne s'applique pas si elle entre en contradiction avec une ordonnance individuelle.

PERSONNES HABILITÉES À EXÉCUTER L'ORDONNANCE

Infirmières du programme de réadaptation cardiaque.

ACTIVITÉS RESERVÉES DE L'INFIRMIÈRE

- 1) Prescrire les examens de laboratoire nécessaires pour le suivi des patients du programme de réadaptation cardiaque;
- 2) Analyser les résultats des examens de laboratoire demandés;
- 3) Effectuer le suivi nécessaire des examens de laboratoire.

GROUPES DE PERSONNES OU SITUATION CLINIQUE VISÉE PAR L'ORDONNANCE

Personnes inscrites au programme de réadaptation cardiaque.

INDICATIONS

Effectuer le suivi des examens de laboratoire des patients inscrits et participants au programme de réadaptation.

CONTRE-INDICATIONS

Patient refusant le suivi proposé.

PROCÉDURE

- 1) L'infirmière complète l'évaluation clinique prévue dans le cadre du programme de réadaptation cardiaque.
- 2) L'infirmière vérifie si elle a accès aux derniers résultats de laboratoire du patient. Dans le cas contraire, elle fait signer par le patient la demande d'autorisation de transmettre les renseignements pour le centre où les laboratoires seront analysés.
- 3) L'infirmière doit s'assurer qu'un bilan sanguin a été effectué au cours des 3 mois précédant le début de la participation du patient au programme de réadaptation cardiaque. Ce bilan doit minimalement comprendre un bilan lipidique complet à jeun (CT, LDL, HDL, TG) et une glycémie à jeun. Si ces éléments ne sont pas disponibles, un nouveau bilan de base complet est demandé.
- 4) Le bilan de base complet pour un patient inscrit au programme de réadaptation cardiaque comprend une formule sanguine complète (FSC) et les dosages suivants : la créatinine sérique, les électrolytes sériques (Na, K), la créatine kinase sérique (CK), l'alanine aminotransférase sérique (ALT), un bilan lipidique complet à jeun (CT, LDL, HDL, TG), une glycémie à jeun. Le bilan de base est prescrit sur la feuille « Prescription pour examens sanguins » en annexe en cochant les laboratoires nécessaires.
- 5) Les patients inscrits au programme de réadaptation cardiaque doivent avoir le bilan de base complet à 3 mois du début du programme (à la fin des sessions supervisées d'entraînement physique) à 6 mois, 12 mois et 24 mois. La prescription se fait aussi sur la feuille « Prescription pour examens sanguins » en annexe. L'infirmière tente de faire concorder les dates d'examens sanguins de la présente ordonnance collective avec celles prescrites pour les autres bilans sanguins du patient.
- 6) L'infirmière s'assure d'obtenir les résultats des laboratoires sanguins dont elle a fait la demande par le biais de la présente ordonnance collective. Dans le cas où elle n'a pas obtenu les résultats 6 semaines après la date prévue du prélèvement, elle rejoint à une reprise le patient afin de savoir si ce dernier a été faire ses prélèvements.
- 7) L'infirmière procède à l'analyse des résultats selon le guide « Gestion des résultats de laboratoire des patients qui participent au programme de réadaptation cardiaque » et effectue les interventions en conséquence.

ANNEXES :	FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DES EXAMENS SANGUINS, FORMULAIRE DE GESTION DES RÉSULTATS DE LABORATOIRE DES PATIENTS QUI PARTICIPENT AU PROGRAMME DE RÉADAPTATION CARDIAQUE
-----------	---

MOTS CLÉS :	RÉADAPTATION CARDIAQUE, LABORATOIRES, EXAMENS SANGUINS, BILANS
-------------	--

DIFFUSÉ À :	
-------------	--



Programme de suivi maladies chroniques
Réadaptation-diabète-obésité
- Prescription pour examens sanguins -

CONSIGNES À SUIVRE

Toujours apporter cette feuille lorsque vous allez au centre de prélèvement.

Si vous changez de médecin, bien vouloir le préciser lors de votre visite au centre de prélèvement.

Toujours respecter les dates prévues pour les **visites**.

Toujours respecter la période de jeûne à partir de 20 h 00 la veille jusqu'au moment du prélèvement pour les examens marqués « à jeûn ». Si vous devez être à jeûn, vous pouvez prendre vos médicaments pour votre cœur avec de l'eau comme à l'habitude, mais vous devez retarder la prise des médicaments pour le diabète ou l'insuline jusqu'au repas.

Date : _____

Nom : _____

DN : _____

☐ FSC complète

☐ Créatinine, K⁺, Na,

☐ ALT, CK

☐ CT, HDL, LDL et triglycérides (à jeûn)

☐ Glycémie sérique à jeun

☐ Apo B

☐ INR

☐ HbA1c

☐ Hyperglycémie provoquée 2 heures (à jeûn)

☐ Microalbuminurie sur miction et analyse U

☐ TSH

☐ Calcium, phosphore, albumine

☐ 25 OH vitamine D

☐ Autre _____

Md prescripteur : _____

Envoyer une copie des résultats au médecin traitant du patient : Dr(e) _____.

☐ Transmettre une copie par télécopieur au Centre de réadaptation cardiopulmonaire au : 819-822-6723 si patient inscrit au programme de réadaptation.

☐ Transmettre une copie à l'Unité métabolique ambulatoire au : 819-822-6727 si patient suivi par un endocrinologue ou par le Centre de diabète de l'Estrie.

Visite #1 : (/ /)
(début de programme)

Visite #2 : (/ /)
(post 3 mois)

Visite #3 : (/ /)
(post 6 mois)

Visite #4 : (/ /)
(post 12 mois)

Visite #5 : (/ /)
(post 24 mois)

Gestion des résultats de laboratoire des patients qui participent au programme de réadaptation cardiaque

Les ordonnances collectives de suivi des laboratoires chez les patients insuffisants cardiaque, les ordonnances de prescriptions ou d'ajustement des médicaments dans le cadre du contrôle de la tension artérielle, du diabète ou des dyslipidémies proposent aussi des suivis des laboratoires. Ces derniers protocoles ont préséance sur le présent.

FSC	Hb : - Aviser si diminution de plus de 15 % ou si moins de 100 g/L de novo. - si le résultat est la première valeur disponible, aviser si moins de 110 g/L et/ou si moins de 120 g/L avec VGM de moins de 80. Gb : - Aviser si moins de 3.0 ou plus de 14.0 de novo. Plq : - Aviser si diminution de plus de 30 % ou si moins de 80 de novo. - Si le résultat est la première valeur disponible, aviser si moins de 120.
Créatinine	- Aviser si hausse de plus de 20 % de la dernière valeur disponible - Si premier résultat disponible : aviser si la Clcr est à moins de 60 cc/min.
Na	- Aviser si Na moins de 132. - Aviser si Na plus de 149.
K	- Aviser si K moins de 3.5. - Aviser si K plus de 5.2.
ALT	- Aviser si plus de 3 x la limite supérieure de la normale. Si le patient utilise des statines ou des fibrates, demander au patient de les suspendre jusqu'à son prochain suivi médical.
CK	- Aviser si plus de 5 x la limite supérieure de la normale. - Si le patient utilise une statine ou un fibrate et qu'il se plaint de myalgies, lui demander de les suspendre jusqu'à son prochain suivi médical.
Lipides	Ces recommandations s'appliquent pour les patients souffrant d'un diabète ou bien d'une maladie vasculaire athérosclérotique (cardiaque ou périphérique) LDL - Si LDL est à plus de 2.0 mmol/L et rapport CT/HDL à plus de 4.0, orienter pour un suivi. TG - Si plus de 4.0, orienter pour un suivi. Référer pour un suivi tous les patients qui ont une valeur de LDL soit plus de 5,0 ou bien qui n'est pas calculable.

Pour les laboratoires qui précèdent, qui aviser ou vers qui diriger le patient?

Patient avec MD famille

- aviser le MD de famille

Patient sans MD famille mais avec cardiologue, endocrinologue ou interniste traitant

- aviser ce spécialiste (idéalement via sa secrétaire).

Patient sans MD de famille, sans interniste, endocrinologue ou cardiologue traitant

- aviser le médecin responsable du programme des maladies chroniques concerné dans le CSSS ou centre hospitalier du patient.

Glycémie

Si connu diabétique (s'assurer que prise de sang faite à jeun)

- Si plus de 16 mmol/L ou moins de 4 mmol/L, l'infirmière du programme doit contacter le patient et vérifier le contrôle global du diabète. Une hyperglycémie ou hypoglycémie répétée justifie une réévaluation du traitement par le médecin traitant ou une consultation au Centre de jour du diabète de l'Estrie si le patient n'a pas de médecin traitant.

Si pas connu diabétique (s'assurer que prise de sang faite à jeun)

- Si plus de 5,6 mmol/L aviser médecin traitant et référer le patient au programme de diabète local.
- Si plus de 16 mmol/L, aviser médecin traitant ou programme diabète local pour accélérer la visite.
- Si plus de 27 mmol/L, aviser médecin traitant ou Centre de jour du diabète de l'Estrie pour rendez-vous urgent, s'il n'est pas possible d'obtenir un rendez-vous urgent, référer le patient à une clinique sans rendez-vous ou à l'urgence.
- Prévoir une HbA1C lors des prochains bilans.
- Prévoir une microalbuminurie sur miction au prochain bilan.

HbA1C

Si connu diabétique

- si plus de 9,0 %, aviser le médecin traitant ou endocrinologue traitant. Si pas de médecin traitant, référer le patient au Centre de jour du diabète de l'Estrie.

Si pas connu diabétique

- si plus de 6,0%, aviser le médecin traitant ou endocrinologue traitant, et si pas de médecin traitant, référer au programme diabète local.

Sherbrooke, le _____.

Docteur _____.

Objet : Suivi des facteurs de risque

Patient(e) _____.

Docteur,

Une personne que vous suivez participe actuellement au programme de réadaptation cardiaque CHUS-Actif.

Ce programme comprend des conférences sur la gestion des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires ainsi qu'un programme d'introduction à la pratique de l'activité physique.

Avec la présente, nous vous transmettons les résultats les plus récents de mesures de certains des facteurs de risque (HTA, Dyslipidémie) de votre patient(e).

Vous constaterez que ces dernières mesures sont hors des cibles habituellement visée. Nous vous laissons une copie des cibles de traitement en annexe.

En tant que médecin traitant, nous vous laissons le soin d'assurer le suivi des facteurs de risque modifiables des patients dont vous avez la charge. D'un autre côté, l'équipe des cardiologues du CHUS assure la prise en charge des facteurs de risque des patients du programme de réadaptation cardiaque qui font leur programme de réadaptation au CHUS qui n'ont pas de médecin de famille.

En espérant que ces renseignements vous seront utiles, nous vous prions d'accepter, Docteur, mes plus sincères salutations.

Pour les intervenants du Programme CHUS-ACTIF

Paul Farand, MD MSC FRCPC
Cardiologue responsable

*Document destiné à l'utilisateur et au médecin
Traitant pour assurer le suivi*

Suivi	Cibles de traitement	Suggestions de traitement
DYSLIPÉDÉMIE	LDL-C < 2,0 mmol/L Cholestérol total/HDL- C < 4,0 mmol/L TG < 1,7 mmol/L CK, ALT et AST à 3 mois, puis 6 mois et par la suite annuel, plus fréquemment si association <u>Profil lipidique :</u> 8 à 12 semaines après congé hôpital et ensuite annuellement	Statine à doses nécessaires pour atteindre les cibles Si cibles non atteintes ou intolérance, considérer ajout de : ☐ Ezetimibe ☐ Fibrate ☐ Niacine à action prolongée
ANTIPLAQUETTAIRE	ASA	<u>Durée :</u> à vie si patient avec MCAS-MVAS
HYPERTENSION ARTÉRIELLE	TA < 140/90 mmHg – en bureau	TA < 130/80 mmHg si diabétique ou IRC avec protéinurie 1g/24 h
TABAGISME	Viser abstinence complète	<u>Médication anti-tabagisme</u> <u>Centres anti-tabagiques du CSSS</u>
DIABÈTE	HbA1c : Acceptable si < 7% Idéal si < 6% évaluer risque-bénéfice	Diète HGO Insulinothérapie
OBÉSITÉ	Tour de taille : Homme : < 94-102 cm Femme : < 80-88 cm	Viser une perte de poids de 5-10% sur un an
SÉDENTARITÉ	Encourager la pratique régulière d'activité physique via programme de réadaptation cardiaque si disponible	<u>30 min/jour ou 210 min/semaine</u> <u>Podomètre 10000 pas/jour</u> 100 pas = ≈ 10 minutes
ALIMENTATION	Se référer au Guide alimentaire canadien	Site web : www.santecanada.qc.ca/guidealimentaire Nutritionniste
Formulaire inspiré de celui du docteur Poirier de l'Institut Universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)		

Annexe 5 : Organisation des références des personnes admises au programme de réadaptation cardiaque au sein des CSSS par les infirmières-pivot advenant un problème médical nécessitant une attention non-urgente

Attention

Si besoin d'une attention **urgente**, rejoindre le médecin traitant de la personne ou le médecin désigné pour ce milieu de réadaptation (CSSS ou CHUS). Si incapacité de rejoindre un médecin, il faut référer la personne à l'urgence.

Personnes suivies par un médecin de famille

- Si détérioration clinique, test anormal ou contrôle sous-optimal des facteurs de risque modifiables, faire revoir plus tôt par son médecin traitant via une demande à la secrétaire du médecin concerné;
- Si détérioration clinique, test anormal et impossibilité de référence dans un délai raisonnable à son médecin traitant, faire voir par le médecin désigné du CSSS si possible, selon les modalités convenues localement;
- Référence par le médecin de famille traitant, au besoin, au médecin spécialiste.

Personnes suivies par un cardiologue ou un interniste et qui n'ont pas de médecin de famille

- Si problématique en lien avec le problème cardiaque (détérioration clinique, test anormal) ou besoin d'un suivi médical plus régulier, effectuer une demande de consultation via la secrétaire du médecin concerné, cardiologue ou interniste.

Personnes n'ayant aucun médecin traitant pour sa condition cardiaque (md de famille, cardiologue ou interniste)

- Référer au mécanisme d'accès au médecin de famille de son CSSS;
- Si la situation clinique requiert une intervention médicale plus rapide, référer vers les services de soins sans rendez-vous médicaux. Pour certains CSSS, la personne pourra être référée vers le médecin désigné, selon les modalités convenues localement.