



**PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE  
D'IDENTIFICATION, DE DIAGNOSTIC ET DE PRISE EN CHARGE  
DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE**

**Révision en cours**

**Groupe de recherche Université de Montréal / Université McGill  
et  
Régie Régionale de Montréal-Centre**

**2001**

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre (514-286-5604)

~~Prix : 4,00 \$ ; 25,00 \$ pour la série complète~~

Également disponible dans le site Internet de la Régie régionale de Montréal-Centre dont l'adresse est : [www.santemontreal.qc.ca/documentation](http://www.santemontreal.qc.ca/documentation)

---

Les protocoles ont été réalisés en 1999-2000 et ont été révisés dans la présente version en mai 2001. Le nouveau processus de révision actuellement en cours vise les objectifs suivants : Mise à jour des données scientifiques et des conditions d'application; Clarification des rôles et responsabilités des intervenants et des médecins incluant la délégation d'actes; Amélioration des mécanismes de communication MD-Gestionnaire de cas.

© Groupe de recherche Université de Montréal / Université McGill et Régie Régionale de Montréal-Centre, 2001

« L'utilisation des outils, conçus pour la région de Montréal-Centre, est interdite à moins d'entente préalable avec la RRSSMC »

ISBN : 2-89510-068-3 (Protocoles - série)

ISBN : 2-89510-075-6

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2002.

## TABLE DES MATIÈRES

1.	PROBLÉMATIQUE.....	3
2.	BUT.....	3
3.	OBJECTIFS .....	4
4.	DOCUMENTS À CONSULTER .....	4
5.	LISTE DES TABLEAUX.....	5
6.	LISTE DES ANNEXES.....	5
7.	IDENTIFICATION DES PATIENTS ATTEINTS D’INSUFFISANCE CARDIAQUE, DES INTERVENANTS IMPLIQUÉS ET DES INTERVENTIONS, PAR LE GESTIONNAIRE DE CAS/PROFESSIONNELS DE L’ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE .....	6
8.	PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DE L’INSUFFISANCE CARDIAQUE	7
	TABLEAUX 1 à 4.....	9 à 12
	ANNEXE 1 - CARNET DU PATIENT .....	13
	ANNEXE 2 - PARTNERS IN CARE EDUCATION MAP - CONGESTIVE HEART FAILURE..	14
	ANNEXE 3 - FEUILLE SOMMAIRE DE SUIVI DU PROTOCOLE D’INSUFFISANCE CARDIAQUE.....	15
	ANNEXE 4 - ARTICLES DE RÉFÉRENCE .....	16

## 1. PROBLÉMATIQUE

- Un diagnostic principal ou associé d'insuffisance cardiaque (IC) a été enregistré pour 14% des hospitalisations en 1997-1998 chez les résidents de Montréal- Centre âgées de 65 ans et plus ;
- Dans l'île de Montréal, le taux moyen d'hospitalisation pour les personnes âgées de 65 ans et plus atteintes d'IC a augmenté de 26% au cours des années 90 ;
- Près de 40% des patients hospitalisés avec un diagnostic d'IC seront réadmis dans les 12 mois avec le même diagnostic ;
- Le taux de mortalité après cinq ans atteint presque 50%, ce qui donne à ces patients une espérance de vie inférieure à celle des victimes de plusieurs cancers ;
- Il est important de faire la distinction entre les deux types d'IC (diastolique ou systolique) car elle influe sur la prise de décisions cliniques ;
- Les facteurs de rechutes les plus fréquents sont : l'observance inadéquate aux traitements, l'hypertension mal contrôlée, les autres problèmes cardiaques et les infections ;
- Une intervention interdisciplinaire gérée par l'infirmière peut améliorer la qualité de vie des patients et réduire le taux d'hospitalisation et les coûts médicaux ;
- Les bienfaits des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) diminuent la mortalité, améliorent la classe fonctionnelle et diminuent l'incidence d'apparition d'IC symptomatique ainsi que du nombre d'hospitalisations qui y sont associées ;
- Comme les personnes atteintes d'IC sont hospitalisées fréquemment, les conséquences pour l'individu affecté ainsi que pour son entourage ne se limitent pas aux répercussions biologiques et physique associées à la maladie; elles ont aussi des aspects psychologiques et sociaux.

## 2. BUT

Assurer une prise en charge adéquate des usagers souffrant d'insuffisance cardiaque qui se traduira par :

- le contrôle et le soulagement optimal des symptômes
- le maintien ou l'amélioration des capacités fonctionnelles
- l'amélioration de la sensation de bien-être et la qualité de vie

Soutenir les aidants naturels et prévenir leur épuisement

### 3. OBJECTIFS

Par des actions concertées interdisciplinaires et interétablissements

de la personne âgée et de la personne soutien  
du médecin de famille et du cardiologue  
du gestionnaire de cas  
des autres intervenants de l'équipe de soins  
des consultants rattachés au SIPA (gériatre)  
des professionnels des autres services spécialisés (ex. :clinique d'insuffisance cardiaque) :

- Identifier la clientèle atteinte d'IC ;
- identifier les professionnels impliqués auprès de la personne (première ligne, services spécialisés) et préciser la contribution de chacun, avec une attention particulière aux zones de chevauchement ;
- Préciser les traitements médicamenteux et non médicamenteux appropriés ;
- Procurer une intervention éducative visant l'apprentissage de l'observance du traitement pharmacologique et non pharmacologique ;
- Procurer une intervention éducative visant l'intervention appropriée lors de l'apparition de signes et symptômes de détérioration ;
- Intégrer les aidants dans la prise en charge et dépister et prévenir leur épuisement ;
- Maximiser le suivi de première ligne (médical, soins infirmiers, nutrition), en lien avec le suivi spécialisé ;
- Contrôler les facteurs de risque.

### 4. DOCUMENTS À CONSULTER

American Geriatrics Society. Heart Failure : Evaluation and Treatment of Patients with Left Ventricular Systolic Dysfunction. JAGS 1998; 46(4) : 525-529.

Ducharme, Anique. La défaillance cardiaque. Le Médecin du Québec 1999; 34(10) :55-69.

McAlister, Finlay A. et al. The Treatment and Prevention of Coronary Heart Disease in Canada : Do Older Patients Receive Efficacious Therapies ? JAGS 1999; 47(7) :811-819.

Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique. Services pour l'insuffisance cardiaque à Montréal-Centre- Vers une gestion intégrée. Vol 4, no 2, mars 2000.

Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique et Association des Médecins Omnipraticiens de Montréal (Avril 1999). Prévention en pratique médicale- Insuffisance cardiaque. Direction de la santé publique.

Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique (2000). Carnet « L'insuffisance cardiaque- J'ai du cœur et j'y tiens ». Direction de la santé publique.

Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique (1999). Les réseaux des services de santé de première ligne : le cas des services dispensés aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dans le Sud-Ouest de Montréal, rapport descriptif. Direction de la santé publique.

Rich, Michael W. et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. The New England Journal of Medicine 1995; 333(18) : 1190-1195.

Stewart, Simon et al. Effects of a Home-Based Intervention Among Patients With Congestive Heart Failure Discharged From Acute Hospital Care. Arch Intern Med 1998; 158 : 1067-1072.

Venner, Gail, Solitro- Seelbinder, Jeanne. Team management of congestive failure across the continuum. J Cardiovasc Nurs 1996; 10(2) : 71-84.

Vinson, M. et al. Early Readmission of Elderly Patients With Congestive Heart Failure. JAGS 1990; 38(12) : 1290-1295.

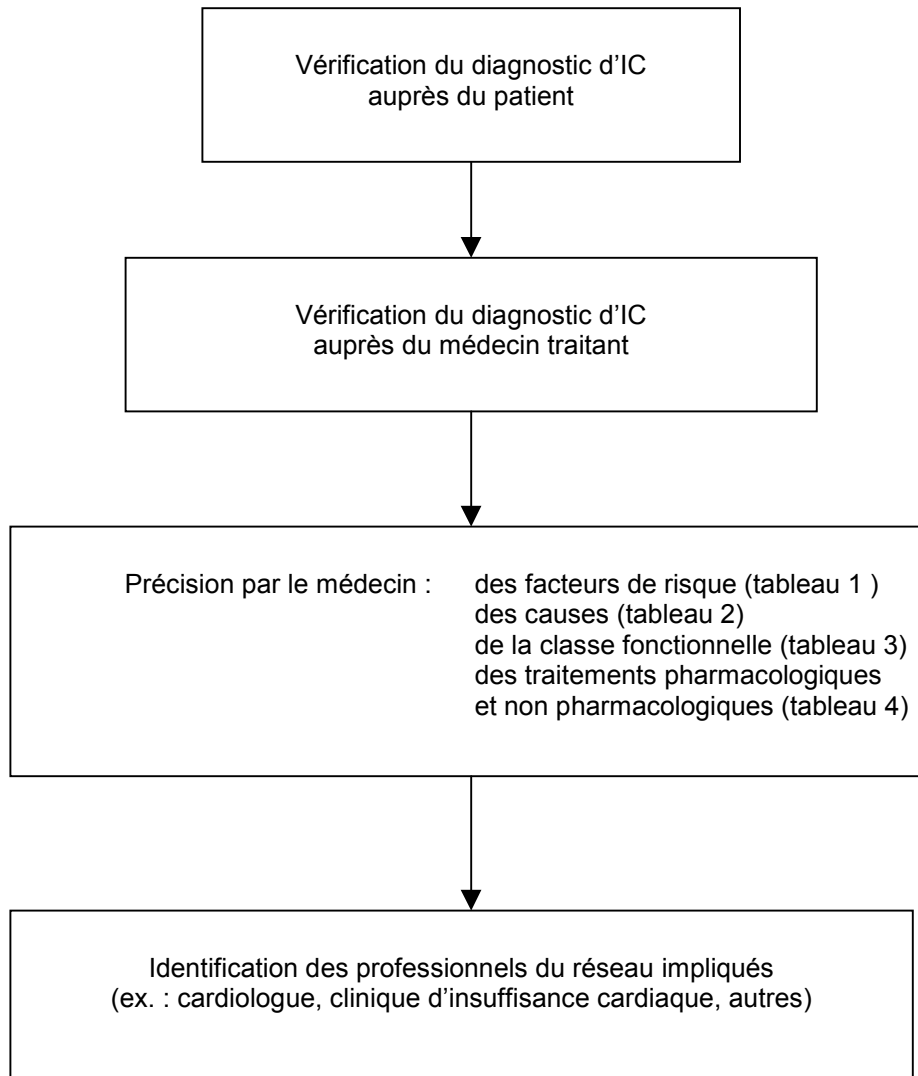
## 5. LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	:	Les facteurs de risque de l'insuffisance cardiaque
Tableau 2	:	Causes de dysfonction systolique ventriculaire gauche
Tableau 3	:	Classification fonctionnelle de l'insuffisance cardiaque
Tableau 4	:	Traitement pharmacologique – posologie et coûts

## 6. LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	:	Carnet du patient
Annexe 2	:	Partners in Care Education Map : Congestive Heart Failure
Annexe 3	:	Feuille sommaire de suivi du protocole d'insuffisance cardiaque
Annexe 4	:	Articles de référence

**7. IDENTIFICATION DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE, DES INTERVENANTS IMPLIQUÉS ET DES INTERVENTIONS, PAR LE GESTIONNAIRE DE CAS/PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE**



## 8. PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

- Traitement pharmacologique (tableau 4)
  - Traitement non pharmacologique :
    - diète
    - restriction liquidienne
    - exercice, conservation de l'énergie
    - gestion du stress
  - Suivi des paramètres physiologiques
  - Éducation du patient et de l'aidant sur :
    - la maladie
    - les symptômes
    - la médication
    - la diète
    - l'exercice
    - la conservation de l'énergie
    - la réduction du stress
  - Épuisement des aidants
  - Référence au personnel spécialisé
- 

### Traitement pharmacologique

- ◆ Révision et ajustement par le médecin traitant
- ◆ Au besoin, le cardiologue, le pharmacien ou le gériatre sont consultés

### Traitement non pharmacologique

- ◆ Le médecin traitant, de concert avec les autres professionnels (cardiologue, gériatre, ergothérapeute, infirmière, diététiste, physiothérapeute), intervient pour favoriser la mise en place du traitement approprié :
  - la restriction liquidienne
  - la diète
  - l'exercice et les méthodes de conservation de l'énergie
  - les méthodes de réduction du stress

**Suivi des paramètres physiologiques**

- ◆ suivi clinique : T.A., prise de poids, autres
- ◆ suivi paraclinique : laboratoire
- ◆ le carnet « L'insuffisance cardiaque- J'ai du cœur et j'y tiens » (Direction de la Santé publique, 2000) sert à enregistrer certains résultats (annexe 1)

**Éducation du patient et de l'aidant**

- ◆ on vise l'apprentissage par le patient grâce à l'enseignement fait par le professionnel
- ◆ le but est :
  - l'observance du traitement non pharmacologique et pharmacologique
  - l'intervention appropriée lors de l'apparition de signes et symptômes de détérioration
- ◆ le contenu :
  - 80% du contenu doit être directement relié aux habiletés spécifiques (limite liquidienne, poids, diminution de l'apport sodique, évaluation de la symptomatologie et intervention appropriée, médication et respect des rendez-vous)
  - 20% consacré à des informations de physiologie ou des conseils spécifiques facilitant la compréhension de la maladie
- ◆ le carnet « L'insuffisance cardiaque- J'ai du cœur et j'y tiens » (Direction de la Santé publique, 2000) est un outil d'apprentissage adapté à la clientèle âgée (mise en page, lisibilité, contenu relié à des habiletés, etc.) (annexe 1)
- ◆ divers outil d'enseignement existent (exemple « Partners in Care for Congestive Heart Failure » Harrison, 1998 ) (annexe 2 ).
- ◆ L'utilisation du même outil par les services de première ligne et la clinique spécialisée en IC du secteur est souhaitable

**Épuisement de l'aidant**

- ◆ information
- ◆ groupe d'entraide
- ◆ Cf protocole sur les aidants naturels

**Référence au personnel spécialisé**

- ◆ Indication : pour le patient dont l'état demeure précaire malgré un traitement maximal avec les agents traditionnels
- ◆ Les centres sont dotés d'un personnel expérimenté dans l'IC grave, ont accès aux traitements pharmacologiques expérimentaux, disposent d'appareils d'assistance mécanique et ont un programme de transplantation

## TABLEAU 1

Les facteurs de risque de l'insuffisance cardiaque
Hypertension artérielle
Hypertrophie ventriculaire gauche
Diabète
Dyslipidémies
Obésité
Tabagisme
Sédentarité
Facteurs psychosociaux et non modifiables

*Tiré de : Direction de la santé publique. Prévention en pratique médicale- Insuffisance cardiaque. Avril 1999.*

TABLEAU 2

<b>Causes de dysfonction systolique ventriculaire gauche</b>	
<p><b><u>Fréquentes</u></b></p> <p>Maladie cardiaque artérioscléreuse (MCAS)*            Hypertension artérielle*            Valvulopathie* : insuffisance aortique, mitrale            Cardiomyopathie dilatée idiopathique</p>	<p><b><u>Plus rares</u></b></p> <p><b>Agents infectieux</b> : viraux, bactériens, fongiques            Fièvre rhumatismale aiguë  <b>Affections infiltrantes*</b> : amyloïdose, hémochromatose, sarcoïdose  <b>Intoxication</b> : héroïne, cocaïne, alcool*, amphétamines, doxorubicine, cyclophosphamide, sulfonamides, plomb, arsenic, cobalt, phosphore, éthylène glycol  <b>Carences nutritionnelles</b> : protéines, thiamine, sélénium  <b>Déséquilibre électrolytiques</b> : hypocalcémie, hypophosphatémie, hyponatrémie, hypokaliémie  <b>Maladies du collagène</b> : lupus, arthrite rhumatoïde, sclérodermie, polyarthrite noueuse, vascularite d'hypersensibilité, maladie de Takayasu, polymyosite, maladie de Reiter  <b>Troubles endocriniens et métaboliques</b> : diabète, thyroïdopathie (hypo et hyperthyroïdie), hypoparathyroïdie, phéochromocytome*, acromégalie            Tachycardie* : tachycardie supraventriculaire incessante ou fibrillation auriculaire à réponse ventriculaire rapide            Rarement : syndrome hyperéosinophilique, cardiopathie postpartum, syndrome d'apnée du sommeil, maladie de Whipple, déficit en L-carnitine, sida</p>
* Causes potentiellement réversibles	
<b>Cause de dysfonction diastolique</b>	
<p>MCAS : ischémie            Hypertension artérielle            Hypertrophie ventriculaire gauche :                cardiopathie hypertrophique ou secondaire d'une sténose aortique            Vieillesse normale : diminution de la compliance ventriculaire            Diabète            Dysfonction systolique du ventricule gauche            Péricardite constrictive            Cardiopathie restrictive/infiltrante :                amyloïdose, hémochromatose</p>	
Tiré de : Ducharme, Anique. <i>La défaillance cardiaque</i> . <i>Le Médecin du Québec</i> 1999; 34(10) :56-57.	

TABLEAU 3

<b>Classification fonctionnelle de l'insuffisance cardiaque</b> (New York Heart Association)
<b>CLASSE I</b> Aucune limitation : un niveau d'exercice ordinaire ne cause pas de fatigue indue, de dyspnée ou de palpitations.
<b>CLASSE II</b> Limitation physique légère : généralement, la personne est confortable, mais un niveau d'exercice ordinaire résulte en de la fatigue, des palpitations, de la dyspnée ou de l'angine.
<b>CLASSE III</b> Limitation physique modérée « marked » : de nombreuses activités quotidiennes résultent en de la fatigue, des palpitations, de la dyspnée ou de l'angine.
<b>CLASSE IV</b> Limitation physique sévère : les symptômes (fatigue, palpitations, dyspnée et angine) sont présents en permanence et augmentent en intensité avec l'activité physique.

TABLEAU 4

Traitement pharmacologique – posologie et coûts			
Posologie			
Vasodilatateurs	Dose d'attaque	Objectif	Coûts*
IECA			
Captopril (Capoten <sup>TM</sup> )	6,25 t.i.d.	50 mg t.i.d.	17,75 – 57,30 \$
Énalapril (Vasotec <sup>®</sup> )	2,5 mg b.i.d.	10 mg b.i.d.	47,50 – 64,60 \$
Fosinopril (Monopril <sup>TM</sup> )	10 mg <i>die</i>	20 mg <i>die</i>	23,73 – 28,50 \$
Lisinopril (Zestril <sup>®</sup> , Prinivil <sup>®</sup> )	2,5 mg <i>die</i>	10 mg <i>die</i>	25,20 – 36,20 \$
Perindopril (Coversyl <sup>®</sup> )	2 mg <i>die</i>	4 mg <i>die</i>	18,00 – 22,50 \$
Quinapril** (Accupril <sup>TM</sup> )	10 mg <i>die</i>	40 mg <i>die</i>	24,60 \$
Ramipril (Altace <sup>®</sup> )	2,5 mg <i>die</i>	10 mg <i>die</i>	22,50-28,50 \$
β-bloquants			
Carvédilol** (Coreg <sup>TM</sup> )	3,125 b.i.d.	25 mg b.i.d.	87,20 \$
Amlodipine (Norvasc <sup>MC</sup> )	5 mg <i>die</i>	10 mg <i>die</i>	44,20 – 62,20 \$
Losartan** (Cozaar <sup>®</sup> )	25 mg <i>die</i>	50 mg <i>die</i>	40,00 \$
Hydralazine	10 mg q.i.d./	75 mg q.i.d./	25,78 – 78,94 \$
(Apresoline <sup>®</sup> )/dinitrate	5 mg t.i.d.	40 mg t.i.d.	
d'isosorbide (Isordil <sup>®</sup> )			
* Coût par patient par mois, en utilisant un générique lorsque cela est possible.			
** Coût identique, peu importe la dose.			
Tiré de : Ducharme, Anique. <i>La défaillance cardiaque</i> . <i>Le Médecin du Québec</i> 1999; 34(10) : 66.			

**ANNEXE 1**

**CARNET DU PATIENT**

(Direction de la santé publique, Régie régionale de Montréal-Centre, 2000)

***L'INSUFFISANCE CARDIAQUE***  
***J'ai du cœur et j'y tiens***

**ANNEXE 2**

**PARTNERS IN CARE EDUCATION MAP :  
CONGESTIVE HEART FAILURE**

Tiré de : Harrison, M.B., Toman, C. and Logan, J. Partners in Care Education Map : Congestive Heart Failure. The Loeb Health Research Institute. Ottawa Hospital, 1999.

**Projet SIPA**  
Établissement :

**Révision en cours**

### ANNEXE 3

## FEUILLE SOMMAIRE DE SUIVI DU PROTOCOLE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE (Diagnostic et prise en charge)

**Diagnostic d'insuffisance cardiaque précisé par le médecin traitant :**

Diagnostic confirmé :  oui → date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Initiales: \_\_\_\_\_  
(poursuivre à la section « prise en charge »)

non → inscrire la date de relance de l'identification de la maladie sur le  
formulaire de dépistage

**Prise en charge interdisciplinaire**  
*(les items cochés doivent être intégrés au PSI)*

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Initiales :

- traitement pharmacologique
- traitement non pharmacologique
- suivi des paramètres physiologiques
- éducation du patient et de l'aidant
- épuisement des aidants
- référence au personnel spécialisé

## ANNEXE 4

### ARTICLES DE RÉFÉRENCE

- ✓ Ducharme, A. (1999). La défaillance cardiaque. I – diagnostic au cabinet. Le Médecin du Québec, vol. 34, no. 10 (octobre 1999) : 55-60.
- ✓ Ducharme, A. (1999). La défaillance cardiaque. II – traitement au cabinet. Le Médecin du Québec, vol. 34, no. 10 (octobre 1999) : 63-69.
- ✓ La revue « American Journal of Cardiology »(1999). Consensus sur l'insuffisance cardiaque : prévention en pratique médicale. 21 janvier 1999, supplément 2A.
- ✓ Harrison, M.B., Toman, C., Logan, J. (1998). Hospital to Home – Evidence-Based Education for »CHF. The Canadian Nurse (February 1998) : 36-42.
- ✓ Direction de la santé publique. Carnet du patient. L'insuffisance cardiaque « J'ai du cœur et j'y tiens ». Bon de commande.



RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX

**DE MONTRÉAL-CENTRE**

3725, RUE SAINT-DENIS  
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2X 3L9