

## **La clinique de soins cardiaques à accès rapide : un modèle pour améliorer l'utilisation des services de réadaptation cardiaque**

T. Threlfall<sup>1</sup>, D. Lundberg<sup>2</sup>, S.L. Grace<sup>3</sup>, K. McTaggart<sup>1</sup>, S. Aggarwal<sup>1</sup>

Cardiac Wellness Institute of Calgary, Calgary (Alberta)<sup>1</sup>, Alberta Health Services<sup>2</sup>, Université York, Toronto (Ontario)<sup>3</sup>

---

La réadaptation cardiaque (RC) s'est avérée un moyen efficace de prévention secondaire<sup>1</sup>. La recherche indique que le temps d'attente a une incidence négative sur le choix de participation des patients : pour chaque journée d'attente de plus, la probabilité que les patients choisissent de participer à un programme de RC baisse de 1 %<sup>2</sup>. Cela est tout à fait logique si l'on tient compte du fait que bon nombre de patients qui obtiennent leur congé de l'hôpital sont souvent anxieux, inquiets face à leur avenir, et souhaitent qu'on réponde à leur question sans tarder. Il incombe aux programmes de RC de prendre en charge ces patients au moment où ils sont le plus susceptibles d'assimiler l'information sur leur maladie. Les données révèlent que les programmes de RC au

Canada ne répondent plus aux temps d'attente recommandés énoncés par Dafoe et coll. en 2006<sup>3</sup>. Les données tirées du registre canadien de réadaptation cardiaque (RCRC) montrent que le temps d'attente moyen, calculé en jours civils, entre l'incident et le début du programme de RC est de 65 jours, ce qui correspond à plus du double du délai limite recommandé de trente jours.

En 2008, le Cardiac Wellness Institute of Calgary (CWIC), en collaboration avec les Alberta Health Services (AHS), s'est engagé dans un projet pilote visant à diminuer les temps d'attente des patients ayant subi un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST<sup>4</sup>. Cette étude avait pour objectif de favoriser le congé

hâtif des patients de l'hôpital et leur transition vers les soins communautaires, de faire le pont entre l'omnipraticien du patient et son cardiologue, de limiter les visites évitables dans les salles d'urgence ainsi que la réhospitalisation, d'améliorer l'observance à la médication cardiaque, de favoriser la participation hâtive à un programme d'exercices et d'assurer la coordination des soins destinés au traitement de la coronaropathie. Les patients ayant subi un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST ont été évalués une première fois dans les 4 à 14 jours suivant leur congé de l'hôpital. Au terme de cette évaluation initiale, ils pouvaient choisir de s'engager dans le programme de RC. Résultats de ce projet pilote : deux fois plus d'aiguillages vers la RC et trois fois plus de patients ayant subi un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST qui ont décidé de s'engager dans un programme de RC<sup>4</sup>. De plus, ce projet pilote a permis de constater que le pourcentage de patients ayant suivi le programme de RC était considérablement plus élevé dans le groupe ayant bénéficié de l'accès rapide que dans le groupe témoin<sup>4</sup>. Par surcroît, les sujets de ce projet pilote ont éprouvé des améliorations beaucoup plus importantes de leur capacité fonctionnelle que ceux du groupe témoin d'origine<sup>4</sup>.

Sur la foi des résultats favorables et des conclusions de ce projet pilote, on a inclus les patients ayant subi un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST à risque moyen et élevé dans le programme d'accès rapide en adoptant un cheminement modifié. En se fondant sur l'expérience vécue dans le cas des patients ayant subi un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST, on a également utilisé ce modèle afin d'aiguiller tous les patients souffrant d'un syndrome coronarien aigu vers le programme et de les y inscrire à compter de novembre 2010. À l'heure actuelle, environ 65 à 70 % des patients des établissements de soins actifs sont aiguillés vers le programme par l'intermédiaire du cheminement d'accès rapide. Ce cheminement continue de générer un taux accru de participation comparativement à notre processus traditionnel. Selon notre expérience, nous croyons qu'il existe trois importants piliers nécessaires à l'élaboration, à la mise en œuvre et au maintien d'un cheminement d'accès rapide. Voici un résumé des stratégies que nous avons adoptées afin de jeter les assises d'une clinique à accès rapide.

## Premier pilier : Ralliement du milieu hospitalier et jumelage avec un membre du personnel infirmier désigné (pivot)

Il est essentiel de bénéficier du soutien du personnel de tous les échelons des soins de santé. Ce soutien doit provenir de l'ensemble du personnel de l'établissement de soins actifs, du personnel affecté à la réadaptation et de la collectivité. À l'hôpital, les patients sont entourés d'un groupe de professionnels en qui ils ont confiance. Si ces professionnels (les cardiologues, le personnel infirmier, etc.) connaissent bien la RC et croient en ses vertus, ils seront plus susceptibles de parler aux patients de l'importance de s'y engager le plus rapidement possible. Bon nombre des questions et préoccupations courantes relatives à la reprise des activités quotidiennes, au retour au travail, à l'atténuation du stress et de l'anxiété, à la cessation du tabagisme ainsi qu'aux programmes d'exercices et aux traitements médicamenteux pourront être abordées dans le contexte de la réadaptation. L'aval des cliniciens (médecins, infirmières praticiennes et résidents) est d'autant plus important que, lorsqu'un clinicien prône la RC à son patient, celui-ci est plus susceptible d'y participer. Toutefois, gagner leur appui est loin d'être une mince affaire. Il est important que vous expliquiez aux cliniciens non seulement de quelle façon le patient bénéficiera d'un accès rapide à la RC, mais également que vous leur exposiez les avantages qu'ils en retireront eux mêmes. Les cliniques à accès rapide ont l'avantage de rassurer les cardiologues; ceux-ci savent que leurs patients seront vus rapidement, évalués et aiguillés de nouveau vers eux au besoin. De plus, cela permet de retarder la visite chez le cardiologue et ainsi d'alléger le fardeau qui pèse sur cette ressource surexploitée. Notre expérience locale nous a permis de constater que nous pouvions faire le triage des patients à risque élevé et les aiguiller de nouveau vers leur cardiologue dans les délais d'attente prescrits. Les recommandations du médecin de la clinique à accès rapide servent à orienter les médecins de famille qui devront prendre en charge les soins du patient aux prises avec un trouble cardiaque, comme le titrage médicamenteux ou la prise en charge des éventuelles complications telles qu'une insuffisance cardiaque. La communication avec les fournisseurs de soins primaires, le patient proprement dit et son réseau de soutien sont des facteurs importants à considérer dans l'atteinte

des objectifs de ce modèle.

La collaboration d'une infirmière autorisée (IA) désignée à cette fin particulière, ou d'une infirmière pivot, peut représenter un précieux atout dans la transition du patient entre son congé de l'hôpital et le contexte de la RC. Dans la mesure du possible, on privilégie cette option plutôt que d'alourdir la charge de travail du personnel de l'unité déjà très occupé. Voici certains des avantages que confère la collaboration d'une infirmière autorisée :

- l'évaluation des patients à l'hôpital et la détermination de leur admissibilité à la clinique à accès rapide;
- l'éducation du patient relativement à son congé et la prise des rendez vous à la clinique suivant son congé;
- la transmission des plans de congé et des plans de suivi de la clinique aux professionnels des soins de santé des milieux communautaire et de soins actifs, dont la RC;
- l'aiguillage vers la RC par la prise du rendez vous d'admission et l'acheminement de toute l'information pertinente du patient au programme de RC;
- la coordination entre les cardiologues et le personnel de RC afin de faciliter le triage des patients à la suite du congé de l'hôpital.

Il est difficile d'obtenir l'aval de l'hôpital, et la collaboration d'une infirmière autorisée désignée n'est pas toujours chose possible. Le CWIC a adopté quelques stratégies en vue d'obtenir l'appui de l'hôpital; on y a entre autres offert de l'éducation continue aux médecins, aux administrateurs, au personnel infirmier ainsi qu'aux commis d'unités afin d'exposer le double avantage de la clinique à accès rapide et du processus d'aiguillage pour le patient et pour l'équipe de soins actifs. La rationalisation du processus d'aiguillage en vue d'alléger la tâche du personnel des soins actifs a été cruciale. Enfin, il est capital de s'assurer que votre clinique puisse communiquer avec tous les médecins du patient sans délai. Les médecins sont ainsi rassurés, sachant que leurs patients sont vus et suivis de manière adéquate.

**Si, dans le cadre de votre programme, vous envisagez le cheminement d'accès rapide, voici certains points à considérer :**

1. **Quelle stratégie adopterez vous afin**

**de prôner votre programme au sein du milieu de soins actifs duquel vous recrutez vos patients?**

2. **Qui peut se faire le défenseur de votre programme dans le milieu de soins actifs?**

## Deuxième pilier : prise de rendez vous, examen cardiovasculaire rapide et rencontre d'admission

La prise d'un rendez vous hâtif pour un examen cardiovasculaire ainsi que d'un rendez vous pour une rencontre d'admission dans le milieu de RC dans les quatre à dix jours suivant l'incident constitue un autre pilier important de ce modèle. Au CWIC, ce rendez-vous pour l'évaluation initiale n'est pas considéré comme partie intégrante de notre programme de RC mais plutôt comme une occasion pour le patient d'être évalué peu de temps après son congé afin d'assurer la prise en charge de tout problème en cours, de sensibiliser le patient et de transmettre un plan de soins aux fournisseurs de soins primaires. À l'échelle locale, nous avons constaté que près de 25 % des patients n'avaient pas de médecin de famille et que certains ignoraient même qui était leur cardiologue. Dans ce contexte, le personnel de la clinique pouvait les mettre en contact avec les fournisseurs de santé compétents dans la collectivité. Durant l'évaluation initiale, les médecins ainsi que le personnel de réadaptation discutent de la possibilité d'amorcer le programme de RC. Même la faible majorité de gens qui décidera de ne pas participer à la RC se verra remettre toute la documentation d'appui sur la sensibilisation au style de vie ainsi qu'une prescription d'exercices individuels tirée de l'épreuve d'effort réalisée lors de l'évaluation initiale. Au terme de l'évaluation initiale, si le patient choisit de ne pas participer à la RC, on ferme le dossier et on informe les fournisseurs de soins primaires.

---

*“À l'échelle locale, nous avons constaté que près de 25 % des patients n'avaient pas de médecin de famille et que certains ignoraient même qui était leur cardiologue.”*

---

Une fois que l'on a aiguillé le patient vers le programme de RC, le coordonnateur de l'aiguillage détermine le type de rencontre initiale dont le patient a besoin en se fondant sur la liste

d'évaluation qui a été élaborée conjointement avec les médecins en soins actifs. Il existe deux catégories de patients : les patients qui ne sont pas à faible risque (patients de la clinique de soins cardiaques à accès rapide) et les patients à faible risque (patients des cliniques à congé hâtif). Selon la catégorie du patient, il existe deux types de rencontre initiale :

- Clinique de soins cardiaques à accès rapide : examen cardiovasculaire et rencontre d'admission avec un cardiologue en RC en vue d'établir le plan de traitement et de fixer le délai pour l'épreuve d'effort maximale interrompue par des symptômes de déficience.
- Clinique à congé hâtif : examen cardiovasculaire et rencontre d'admission avec un médecin en RC, épreuve d'effort et autorisation d'entreprendre un programme d'exercices.

Cette évaluation initiale est pratiquée pour trois raisons. Premièrement, il faut déterminer la stabilité clinique du patient (c'est à dire son débit cardiaque et sa tension artérielle au repos, la présence d'insuffisance cardiaque, la vérification de la bonne cicatrisation des plaies chirurgicales) et optimiser la prise en charge médicale au besoin. Deuxièmement, le médecin renseigne le patient sur ses antécédents médicaux (c'est à dire, ce qui est arrivé) et sur son état de santé actuel, apaisant ainsi certaines craintes du patient et de son aidant. Il s'agit également d'une excellente occasion pour le médecin de fournir une évaluation des besoins primaires postcardiaques du patient, comme son retour au travail, sa situation financière, tout problème d'anxiété et de dépression. Par cette même occasion, on abordera toute question d'ordre médical, on apportera les ajustements nécessaires selon les besoins actuels du patient et on s'assurera que le patient observe le traitement médicamenteux qui lui a été prescrit. Cette étape revêt une importance toute particulière pour les patients ayant subi un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST et pour leur médication antiplaquettaire. Enfin, cette évaluation initiale fournit l'occasion au médecin de promouvoir et de prôner la participation au programme de RC. La troisième raison motivant la tenue de cette évaluation initiale est de déterminer si le patient est prêt ou non à amorcer un programme d'exercices structuré. À l'heure actuelle, l'ACRC recommande que tous les patients se soumettent

à une épreuve d'effort maximale interrompue par des symptômes de déficience<sup>4</sup>. Le médecin est ainsi en mesure d'évaluer l'efficacité des médicaments et de l'exercice, de s'assurer que le patient ne développe pas d'angine ou d'arythmie à cause de ses exercices et également d'établir un débit cardiaque cible en fonction des fréquences cardiaques minimale et maximale du patient.

#### Questions clés :

1. **Quels aspects de cette évaluation initiale votre clinique est elle en mesure de réaliser?**
2. **De quelle façon votre clinique peut elle organiser la rencontre initiale du patient avec les ressources dont vous disposez?**
3. **Votre clinique peut-elle pratiquer des épreuves d'effort? Dans la négative, quelles sont vos options?**

#### Troisième pilier : engager les clients cibles de ce modèle

Compte tenu du nombre de clients ciblés par ce modèle et du but qu'ils y voient, il est judicieux de fournir une éducation continue et un soutien pour rallier les personnes touchées par ce cheminement d'accès rapide. Au CWIC, nous avons établi que les clients cibles de notre modèle sont le personnel de l'hôpital, les patients et le personnel de la clinique de RC.

La première étape dans la réduction des temps d'attente pour les patients est de s'assurer que ceux ci sont aiguillés vers votre programme en temps opportun. Il va sans dire que le personnel en soins actifs doit avant tout s'engager à envoyer ses patients en RC. Nous avons organisé avec succès des déjeuners-conférences à l'hôpital lors desquels nous avons présenté le modèle et vanté ses mérites afin de mieux le faire connaître au personnel et de montrer comment accéder à ce cheminement. Si vous en avez l'occasion, conviez les cardiologues, les infirmières autorisées, le personnel d'unité et les administrateurs à votre clinique afin qu'ils puissent constater de visu le travail exceptionnel qui y est accompli ainsi que les bienfaits pour les patients. Nous avons également simplifié le processus d'aiguillage de sorte qu'il soit plus facile pour le personnel de l'hôpital de procéder.

Nous avons conclu que le fait d'engager le patient pendant qu'il est à l'hôpital est la clé. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, la

collaboration d'une infirmière autorisée est une option à retenir (comme dans notre projet pilote) mais, si cela n'est pas possible, le personnel d'unité peut distribuer du matériel didactique aux patients avant leur congé. Lorsque la collaboration avec l'infirmière autorisée a tiré à sa fin, nous avons tourné une vidéo d'information sur la RC, laquelle présentait le contexte, expliquait l'orientation et se voulait inspirante grâce aux témoignages racontés par d'anciens patients. De plus, comme nous n'avions plus recours à une infirmière autorisée pour rencontrer chacun des patients individuellement après l'évaluation initiale avec le médecin au CWIC, nous avons élaboré une série de brochures informatives que nous avons remises aux patients afin de renforcer l'information fournie par le médecin et de répondre à certaines des questions courantes que les patients se posent à ce stade de leur rétablissement. Notre personnel est toujours en mesure de rencontrer chaque patient individuellement si celui-ci en fait la demande ou en a besoin, mais la mise en place de ces ressources nous a permis de voir plus de patients plus rapidement, sans encombrer le personnel de RC. Enfin, il était important que le personnel du CWIC connaisse bien le modèle et y soit engagé. La tenue de réunions multidisciplinaires fréquentes était également importante afin de veiller à ce que l'ensemble du personnel concerné comprenne ce nouveau modèle ainsi que les processus et ressources connexes et soit ainsi en mesure d'offrir un service efficace et constant. Certains membres du personnel, en particulier le personnel administratif, ont dû accomplir des tâches supplémentaires, comme pratiquer des électrocardiogrammes à 12 dérivations, ce qui a nécessité de la formation et la mise en place de nouveaux protocoles. L'ensemble du personnel devait connaître les réponses aux questions fréquentes ou, selon le cas, fournir une orientation afin que le personnel puisse répondre aisément aux demandes de renseignements. Afin de veiller à ce que tous les patients reçoivent le même niveau de service et que tous les rendez-vous soient pris adéquatement, nous avons élaboré une série d'aide-mémoire afin d'orienter le personnel dans la gestion du flux des patients. Nous avons également créé des scénarios pour seconder le personnel lors de la prise de rendez-vous ou lorsqu'il doit expliquer l'objectif de certains documents qu'il connaît plus ou moins. Le personnel aurait mentionné avoir plus de

facilité à fixer les rendez-vous des patients lorsqu'il utilisait les scénarios et se sentait plus à l'aise dans ses échanges avec ces derniers. Pour pouvoir sensibiliser le personnel et l'inciter à s'engager, il fallait non seulement le préparer en vue de ses responsabilités accrues, mais aussi le convaincre que le surplus de travail à abattre ou les nouvelles tâches à assumer étaient la clé de l'expérience client. Faire valoir les mérites de l'accès rapide au personnel l'a encouragé à se rallier à la cause, mais ce qui l'a convaincu, c'est de constater à quel point cela était bénéfique pour le patient.

#### Questions clés :

1. **Si votre clinique aspire à réduire ses temps d'attente et à créer une clinique à accès rapide, à qui devez-vous faire appel?**
2. **Que pouvez-vous faire pour inciter la clientèle cible à s'engager?**

Des ressources limitées, un soutien local insuffisant et les obstacles à l'échelle locale peuvent freiner la création d'une clinique à accès rapide. Compte tenu des bienfaits que confère ce modèle, nous vous encourageons à cerner les facteurs qui, à l'échelle locale, permettront un accès rapide à votre programme de RC et de trouver les défenseurs qui aboliront les barrières.

Le CWIC a créé une trousse d'outils en pdf qui contient bon nombre des ressources destinées aux patients et des documents que nous utilisons pour aider à la mise en place de la clinique d'accès rapide. Cette trousse d'outils est accessible sur le site Web de l'ACRC à ([https://cacr.encryptedsecure2.com/members/members\\_only/en/tools-resources.cfm](https://cacr.encryptedsecure2.com/members/members_only/en/tools-resources.cfm)). Elle n'est par contre accessible qu'aux membres actuels de l'ACRC. Cliquez sur « Trousse d'outils des ressources pour la clinique de soins cardiaques à accès rapide » pour y accéder. N'hésitez pas à utiliser ces documents pour votre clinique au besoin.

#### Références

1. Stone, J.A., Arthur, H. M., et Suskin, N. (éditeurs). Canadian guidelines for cardiac rehabilitation and cardiovascular disease prevention: Translating knowledge into action (3e édition), Association canadienne de réadaptation cardiaque, Winnipeg (Manitoba), vol. 2 (2009), p. 364..
2. Russell, K.L., et coll. « Cardiac Rehabilitation Wait times: Effect on Enrollments », Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 5 août 2011, publication électronique à paraître.
3. Dafoe, W., et coll. « Canadian Cardiovascular Society Access to Care Working Group on Cardiac Rehabilitation.

Universal access: But when? treating the right patient at the right time: Access to cardiac rehabilitation », *Journal canadien de cardiologie*, vol. 22 , no 11 (2006), p. 905-911.

4. Parker, K., et coll. « An Early cardiac access clinic

significantly improves cardiac rehabilitation participation and completion rates in low-risk ST-elevation myocardial infarction patients », *Journal canadien de cardiologie*, vol. 27 (2011), p. 619-627.

