

**Normes
de qualité**

Insuffisance cardiaque

Soins destinés aux adultes
dans la collectivité

**Qualité des services
de santé Ontario**

Améliorons notre système de santé



Sommaire

Cette norme de qualité traite des soins aux adultes atteints d'insuffisance cardiaque, y compris l'évaluation et le diagnostic des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque présumée. Elle traite des milieux communautaires, y compris les soins primaires, les soins spécialisés, les soins à domicile, les cliniques externes des hôpitaux et les soins de longue durée.

Cette norme de qualité ne traite pas des soins dispensés dans les services d'urgence des hôpitaux ou en milieu hospitalier. Elle ne traite pas de l'insuffisance cardiaque liée aux maladies cardiaques congénitales. Elle ne traite pas non plus de la prévention primaire de l'insuffisance cardiaque, bien qu'elle fournisse des conseils sur les risques et les facteurs liés au mode de vie qui peuvent affecter la progression de l'insuffisance cardiaque. Ces sujets pourraient être abordés dans les futures normes de qualité.

Table des matières

À propos des normes de qualité	1
Comment utiliser les normes de qualité	1
À propos de cette norme de qualité	2
Portée de cette norme de qualité	2
Terminologie utilisée dans cette norme de qualité	2
Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire?	3
Principes sous-jacents de cette norme de qualité	4
Moyens de mesurer le succès	5
Énoncés de qualité en bref	7
Énoncé de qualité 1 : Diagnostic de l'insuffisance cardiaque	9
Énoncé de qualité 2 : Plan de soins complet individualisé et axé sur la personne	13
Énoncé de qualité 3 : Donner aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque les moyens d'acquérir des compétences en matière d'auto-prise en charge et les aider à y parvenir	17
Énoncé de qualité 4 : Activité physique et exercice	20
Énoncé de qualité 5 : Trithérapie pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dont la fraction d'éjection est réduite	23
Énoncé de qualité 6 : Aggravation des symptômes de l'insuffisance cardiaque	27
Énoncé de qualité 7 : Gestion des comorbidités non cardiaques	30
Énoncé de qualité 8 : Soins multidisciplinaires spécialisés	32
Énoncé de qualité 9 : Transition de l'hôpital à la collectivité	35
Énoncé de qualité 10 : Soins palliatifs et insuffisance cardiaque	38
Remerciements	42
Références	43
À propos de Qualité des services de santé Ontario	45
À propos de CorHealth Ontario	45

À propos de nos normes de qualité

Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec des experts cliniques, des patients, des résidents et des aidants naturels de la province, crée des normes de qualité pour l'Ontario.

Les normes de qualité sont des ensembles concis d'énoncés élaborés pour :

- aider les patients, les résidents, les familles et les aidants naturels à savoir quelles questions poser en lien avec leurs soins;
- aider les professionnels de la santé à connaître les soins qu'ils doivent fournir, en se fondant sur les meilleures données probantes et le consensus d'experts;
- aider les organisations de la santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur performance en matière de soins aux patients.

Les énoncés de cette norme de qualité ne remplacent pas la responsabilité des professionnels de la santé de prendre des décisions quant à leurs patients après avoir considéré les circonstances uniques de chacun d'entre eux.

Comment utiliser les normes de qualité

Les normes de qualité informent les fournisseurs de soins et les organismes des caractéristiques des soins de santé de qualité supérieure sur le plan des aspects des soins qui sont désignés comme étant une priorité pour améliorer la qualité dans la province. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes disponibles.

Des outils et des ressources pour soutenir les cliniciens et les organismes dans leurs efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. L'une de ces ressources est un inventaire des définitions des indicateurs pour aider les cliniciens et les organismes à évaluer la qualité des soins qu'ils dispensent et à cerner les lacunes dans les soins, ainsi que les secteurs à améliorer. Ces définitions d'indicateurs peuvent être utilisées pour évaluer les processus, les structures et les résultats. Il n'est pas obligatoire d'utiliser ou de recueillir des données lorsqu'on utilise une norme de qualité pour améliorer les soins. Les définitions des indicateurs sont fournies pour appuyer les efforts d'amélioration de la qualité; les cliniciens et les organismes peuvent choisir les indicateurs à mesurer en fonction des priorités locales et de la disponibilité des données locales.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'utilisation des normes de qualité, envoyez un courriel à l'adresse qualitystandards@hqontario.ca.

À propos de cette norme de qualité

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur les soins aux personnes de 18 ans ou plus atteintes d'insuffisance cardiaque, y compris l'évaluation et le diagnostic des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque présumée. Elle ne traite pas de l'insuffisance cardiaque liée aux maladies cardiaques héréditaires. Elle ne traite pas non plus de la prévention de l'insuffisance cardiaque, bien qu'elle fournisse des conseils sur les risques et les facteurs liés au mode de vie qui peuvent affecter la progression de l'insuffisance cardiaque.

Cette norme de qualité s'applique aux milieux communautaires, y compris les soins primaires, les soins spécialisés, les soins à domicile, les cliniques externes des hôpitaux et les soins de longue durée. Elle ne traite pas des soins dispensés dans les services d'urgence des hôpitaux ou en milieu

hospitalier. Qualité des services de santé Ontario et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont élaboré des actes médicaux fondés sur la qualité : *manuel clinique pour l'insuffisance cardiaque (aiguë et post-aiguë)* pour fournir des conseils sur les soins hospitaliers aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.¹

Cette norme de qualité comprend 10 énoncés de qualité sur des domaines identifiés par CorHealth Ontario et le Comité consultatif sur la norme de qualité pour les soins destinés aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de Qualité des services de santé Ontario comme ayant un potentiel élevé pour améliorer la qualité des soins en Ontario pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

Terminologie utilisée dans cette norme de qualité

Le système de classification de la New York Heart Association (NYHA) décrit les symptômes de l'insuffisance cardiaque. Voici les définitions des quatre classifications² :

- Classe I - aucun symptôme
- Classe II - symptômes pendant l'activité ordinaire
- Classe III - symptômes avec moins d'activité que d'habitude
- Classe IV - symptômes au repos ou avec une activité minimale

La population des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque peut être divisée en trois sous-populations principales selon la fraction d'éjection :

- L'« insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite » (HF_rEF) désigne une fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure ou égale à 40 %³
- L'« insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection préservée » (HF_pEF) désigne une fraction d'éjection ventriculaire gauche égale ou supérieure à 50 %³
- L'« insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection moyenne » (HF_{mr}EF) est une classification relativement nouvelle, se référant à un groupe intermédiaire avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche comprise entre 41 % et 49 %^{3,4}

Chaque énoncé sur la qualité s'applique à ces trois sous-populations, sauf indication contraire expressément mentionnée dans le texte de l'énoncé.

Dans cette norme de qualité, le terme « aidant » désigne les membres de la famille, les amis ou les personnes de soutien qui ne sont pas nécessairement liés à la personne atteinte d'insuffisance cardiaque. La personne atteinte d'insuffisance cardiaque doit donner le consentement approprié pour partager des renseignements personnels, y compris des renseignements médicaux, avec son ou ses aidants.

Le terme « fournisseur de soins » est utilisé pour reconnaître la grande variété de fournisseurs de soins qui peuvent être impliqués dans les soins aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Ce terme comprend à la fois les professionnels de la santé réglementés, comme les diététistes, les infirmières, les infirmières praticiennes, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les médecins,

les physiothérapeutes, les psychologues et les travailleurs sociaux, ainsi que les fournisseurs de soins de santé non réglementés. Notre choix d'utiliser le terme « fournisseur de soins » ne diminue ni ne nie les autres termes qu'une personne peut préférer.

L'expression « mandataire spécial » désigne une personne qui prend des décisions en matière de soins et de traitement au nom d'une autre personne si ou lorsque cette personne devient mentalement incapable de prendre des décisions pour elle-même.⁵ Le mandataire spécial prend des décisions en fonction de sa compréhension des désirs de la personne ou, si ceux-ci sont inconnus ou ne s'appliquent pas, il fait des choix qui sont conformes aux valeurs et aux croyances connues de la personne et dans son intérêt supérieur.^{6,7}

Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire?

L'insuffisance cardiaque est un syndrome clinique complexe caractérisé par l'incapacité du cœur à pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins de l'organisme.¹ Les symptômes les plus courants de l'insuffisance cardiaque comprennent l'essoufflement, la fatigue et le gonflement des chevilles.¹ L'insuffisance cardiaque est une maladie évolutive, à l'issue fatale : 50 % des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque meurent dans les 5 ans suivant le diagnostic et plus de 90 % meurent dans les 10 ans.⁸ Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque présentent aussi souvent de multiples comorbidités : en Ontario, 37 % des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque souffrent de quatre maladies chroniques coexistantes ou plus.

En 2015, en Ontario, environ 250 000 personnes ont reçu un diagnostic d'insuffisance cardiaque, soit environ 1,8 % de la population totale de la province.* La prévalence variait d'un bout à l'autre de la province, allant de 1,34 % dans le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Mississauga Halton à 2,53 % dans le RLISS du nord-est.* L'insuffisance cardiaque est l'une des cinq principales causes d'hospitalisation et de réadmission dans les 30 jours, et la cause la plus fréquente d'hospitalisation des personnes de plus de 65 ans.¹ L'utilisation des soins de santé liés à l'insuffisance cardiaque a un impact économique important : la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC estime que l'insuffisance cardiaque représente 2,8 milliards de dollars en dépenses de santé canadiennes chaque année.⁹

*Base de données sur les demandes de règlement du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Base de données sur les congés des patients et Base de données sur les personnes inscrites, fournies par l'Institut de recherche en services de santé, 2015.

Il existe des possibilités d'améliorer les soins aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque en Ontario et de réduire le fardeau de cette maladie pour le système de santé. Un certain nombre de variations régionales dans les soins et les résultats de l'insuffisance cardiaque ont été identifiées en Ontario : par exemple, en 2015-2016, parmi les personnes hospitalisées pour insuffisance cardiaque, le pourcentage de celles qui ont reçu une visite de suivi recommandée chez un fournisseur de soins primaires dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital variait de 37 % dans le RLISS du Nord-Ouest à 55 % dans celui du Centre-Ouest.¹ Le pourcentage de personnes réadmisées à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé variait de 18 % dans le RLISS de

Waterloo Wellington à 24 % dans les RLISS du sud-est et du nord-est.¹

Ces différences régionales dans les processus de soins et les résultats peuvent être liées aux variations dans les soins que reçoivent les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dans la collectivité. Fondés sur des données probantes et un consensus d'experts, les dix énoncés sur la qualité qui composent cette norme de qualité fournissent des conseils sur les soins de qualité, ainsi que des indicateurs connexes pour aider les fournisseurs de soins et les organismes à surveiller et à améliorer la qualité des soins.

Principes sous-jacents de cette norme de qualité

Cette norme de qualité est étayée par les principes du respect et de l'équité.

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque devraient recevoir des services qui respectent leurs droits et leur dignité et qui favorisent la prise de décision partagée et l'auto-prise en charge.

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque devraient recevoir des services qui respectent leur genre, leur orientation sexuelle, leur statut socioéconomique, leur statut en matière de logement, leur âge, leur handicap et leur origine (y compris leur appartenance culturelle, leur origine ethnique et leur religion). L'accès équitable au système de santé comprend également l'accès à des soins culturellement sûrs. La langue, un outil de communication de base, est une partie essentielle de la sécurité des soins et doit être prise en compte tout au long du cheminement du patient au sein du réseau de la santé. Par exemple, les services devraient être activement offerts en français ainsi que dans d'autres langues.

Les fournisseurs de soins devraient connaître le contexte historique de la vie des peuples autochtones partout au Canada et être sensibles aux répercussions des traumatismes intergénérationnels et des torts physiques, mentaux, affectifs et sociaux que vivent les personnes, les familles et les collectivités autochtones. Cette norme de qualité s'appuie sur des lignes directrices de pratique clinique existantes élaborées par des groupes non autochtones, qui peuvent ne pas inclure des soins appropriés à leur culture ou ne pas reconnaître les croyances et pratiques traditionnelles autochtones. Par conséquent, il est important que les soins soient adaptés pour s'assurer qu'ils sont appropriés et adaptés à la culture des Premières nations, des Inuits et des Métis de l'Ontario.

Un système de santé de qualité supérieure fournit une bonne accessibilité, une bonne expérience et de bons résultats pour tout le monde en Ontario, peu importe où ils vivent, ce qu'ils possèdent ou qui ils sont.

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque bénéficient de soins dispensés par un fournisseur de soins ou une équipe de soins possédant les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour fournir un traitement fondé sur des données probantes pour l'insuffisance

cardiaque tout en répondant à tous leurs besoins en soins de santé primaires. Le but de la gestion de l'insuffisance cardiaque est d'améliorer la gestion des symptômes, le fonctionnement, la qualité de vie et le pronostic.

Moyens de mesurer le succès

Le Comité consultatif sur la norme de qualité concernant les soins aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dans la collectivité a collaboré avec CorHealth Ontario pour identifier un petit nombre d'objectifs primordiaux pour cette norme de qualité. Ces indicateurs ont été mis en correspondance avec des indicateurs que les fournisseurs de soins pourraient vouloir surveiller pour évaluer la qualité des soins à l'échelle provinciale et locale.

Moyens de mesurer le succès à l'échelle provinciale

Dans cette section, nous énumérons les indicateurs qui peuvent être utilisés pour surveiller le succès à l'échelle provinciale, compte tenu des données actuellement disponibles. Si d'autres sources de données sont élaborées, d'autres indicateurs pourraient être ajoutés.

Indicateurs de processus

- Pourcentage de personnes ayant reçu un diagnostic récent d'insuffisance cardiaque qui passent un électrocardiogramme et une radiographie pulmonaire
- Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque nouvellement diagnostiquée qui passent un échocardiogramme
- Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus ayant reçu récemment un diagnostic d'insuffisance cardiaque qui reçoivent une trithérapie

- Stratifié par :
 - Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ACE) ou bloqueur du récepteur d'angiotensine II (ARB) ou récepteur de l'angiotensine II ainsi qu'un inhibiteur de néprilysine (ARNI), bêta-bloquant(s), et antagonistes de récepteur minéralocorticoïde (MRa)
 - Inhibiteur de l'ACE ou ARB ou ARNI
 - Bêta-bloquant(s)
 - MRa
- Note : En raison des limites des données administratives, il est possible d'accéder aux données provinciales sur les médicaments seulement pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque âgées de plus de 65 ans. De plus, il n'est pas possible de séparer le diagnostic d'insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection réduite des autres formes d'insuffisance cardiaque. Environ 50 % des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque présentent une insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection réduite et devraient recevoir une trithérapie (voir l'énoncé de qualité 5)
- Pourcentage de personnes hospitalisées ou traitées dans un service d'urgence pour insuffisance cardiaque qui sont vues par un médecin de soins primaires, un cardiologue ou un médecin de médecine interne dans les 7 jours suivant leur départ de l'hôpital

- Note : En raison des limites des données administratives, il n'est possible de mesurer que le pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque vues par un médecin. Cependant, la pratique exemplaire actuelle veut que les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque soient vues par un membre de leur équipe de soins de santé communautaire dans les sept jours suivant leur départ de l'hôpital; cette équipe pourrait comprendre une infirmière autorisée ou une infirmière praticienne en plus d'un médecin (voir l'énoncé de qualité 9)

Indicateurs de résultats

- Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque nouvellement diagnostiquée qui meurent dans les 30 jours suivant le diagnostic d'insuffisance cardiaque, quelle que soit la cause du décès
- Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque nouvellement diagnostiquée qui meurent dans l'année suivant le diagnostic d'insuffisance cardiaque, quelle qu'en soit la cause
- Taux d'admissions à l'hôpital et de visites au service d'urgence par 1 000 jours-personnes pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque pour :
 - Raisons spécifiques à l'insuffisance cardiaque
 - Toute(s) raison(s)
- Pourcentage de personnes hospitalisées ou traitées dans un service d'urgence pour insuffisance cardiaque qui sont réadmisées dans les 30 jours suivant leur départ de l'hôpital pour :
 - Raisons spécifiques à l'insuffisance cardiaque
 - Toute(s) raison(s)

Moyens de mesurer le succès à l'échelle locale

Les prestataires peuvent vouloir évaluer la qualité des soins qu'ils dispensent aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et surveiller leurs propres efforts d'amélioration de la qualité. Il peut être possible de le faire à l'aide de leurs propres dossiers cliniques, ou ils peuvent avoir besoin de recueillir des données supplémentaires.

En plus des mesures globales du succès, chaque énoncé de qualité de la norme est accompagné d'un ou de plusieurs indicateurs. Ces indicateurs visent à guider la mesure des efforts d'amélioration de la qualité liés à la mise en œuvre de l'énoncé.

Pour évaluer dans quelle mesure les soins sont dispensés de façon équitable, les indicateurs des normes de qualité et les indicateurs globaux peuvent être stratifiés selon les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des patients, comme le revenu, le niveau de scolarité, la langue, l'âge, le sexe et le sexe.

Énoncés de qualité en bref

Énoncé de qualité 1 : Diagnostic de l'insuffisance cardiaque

Les personnes soupçonnées d'être atteintes d'une insuffisance cardiaque subissent une évaluation initiale qui comprend, au minimum, des antécédents médicaux, un examen physique, des analyses de laboratoire initiales, un électrocardiogramme et une radiographie pulmonaire. Le cas échéant, les taux de peptides natriurétiques sont examinés pour aider à formuler un diagnostic. Si l'insuffisance cardiaque est confirmée ou soupçonnée après ces examens, un échocardiogramme est alors effectué.

Énoncé de qualité 2 : Plan de soins complet individualisé et axé sur la personne

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et leurs aidants collaborent avec leurs fournisseurs de soins afin d'élaborer un plan de soins complet, individualisé, axé sur la personne. Ce plan de soins est révisé au moins tous les six mois, et plus tôt s'il y a un changement important. Il est facilement accessible à tous les membres de l'équipe soignante de la personne, y compris la personne et ses aidants.

Énoncé de qualité 3 : Donner aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque les moyens d'acquérir des compétences en matière d'auto-prise en charge et les aider à y parvenir

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et leurs aidants collaborent avec leurs fournisseurs de soins pour créer un programme d'auto-prise en charge personnalisé dans le but d'améliorer leurs compétences et leur confiance afin qu'ils puissent participer activement à leurs propres soins.

Énoncé de qualité 4 : Activité physique et exercice

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont informées des bienfaits de l'activité physique quotidienne et bénéficient d'un programme de réadaptation cardiaque personnalisé et axé sur l'exercice.

Énoncé de qualité 5 : Trithérapie pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dont la fraction d'éjection est réduite

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui présentent une fraction d'éjection réduite (HFrEF) et des symptômes de classe II à IV de la New York Heart Association (NYHA) se voient offrir une prise

en charge pharmacologique par « trithérapie ». Ils peuvent avoir besoin de médicaments supplémentaires et on leur en prescrit au besoin.

Énoncé de qualité 6 : Aggravation des symptômes de l'insuffisance cardiaque

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui signalent des symptômes graduels, progressifs et qui s'aggravent sont évaluées par un fournisseur de soins et leurs médicaments sont ajustés (au besoin) dans les 48 heures.

Énoncé de qualité 7 : Gestion des comorbidités non cardiaques

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont traitées pour des comorbidités non cardiaques susceptibles d'affecter la gestion de leur insuffisance cardiaque.

Énoncé de qualité 8 : Soins multidisciplinaires spécialisés

Les personnes ayant reçu récemment un diagnostic d'insuffisance cardiaque, celles qui ont récemment été hospitalisées ou traitées dans un service d'urgence pour insuffisance cardiaque et celles qui souffrent d'insuffisance cardiaque avancée (classe III-IV de la NYHA) se voient offrir un renvoi vers des soins multidisciplinaires spécialisés pour l'insuffisance cardiaque.

Énoncé de qualité 9 : Transition de l'hôpital à la collectivité

Les personnes hospitalisées ou traitées dans un service d'urgence pour insuffisance cardiaque reçoivent un rendez-vous de suivi pour réévaluer la volémie et le bilan comparatif des médicaments avec un membre de leur équipe de soins de santé communautaire dans les sept jours suivant leur départ de l'hôpital.

Énoncé de qualité 10 : Soins palliatifs et insuffisance cardiaque

Les besoins en soins palliatifs des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et de leur famille sont définis rapidement et un soutien leur est offert pour répondre à leurs besoins.

Diagnostic de l'insuffisance cardiaque

Les personnes soupçonnées d'être atteintes d'une insuffisance cardiaque subissent une évaluation initiale qui comprend, au minimum, des antécédents médicaux, un examen physique, des analyses de laboratoire initiales, un électrocardiogramme et une radiographie pulmonaire. Le cas échéant, les taux de peptides natriurétiques sont examinés pour aider à formuler un diagnostic. Si l'insuffisance cardiaque est confirmée ou soupçonnée après ces examens, un échocardiogramme est alors effectué.

Contexte

Le diagnostic d'insuffisance cardiaque est fondé sur une évaluation clinique combinée à des examens appropriés qui appuient ou excluent sa présence. Il n'existe pas de test unique qui confirme la présence d'une insuffisance cardiaque. La formulation d'un diagnostic le plus tôt possible facilite la prise en charge rapide des symptômes et peut aider à éviter l'hospitalisation.

Si un échocardiogramme n'est pas nécessaire pour confirmer un diagnostic d'insuffisance cardiaque, un échocardiogramme doit être effectué peu de temps après le diagnostic afin de fournir les renseignements nécessaires à un plan de traitement approprié.^{3,4}

Sources: American College of Cardiology Foundation/American Heart Association, 2013¹⁰ | American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/Heart Failure Society of America, 2017¹¹ | Société canadienne de cardiologie, 2017³ | Société européenne de cardiologie, 2016⁴ | Institute for Clinical Systems Improvement, 2013¹² | National Institute for Health and Care Excellence, 2018¹³ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2016¹⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

Si vous ou votre fournisseur de soins pensez que vous souffrez d'insuffisance cardiaque, votre fournisseur de soins devrait vous demander combien d'exercice vous pouvez faire, comment vous dormez la nuit et quels médicaments vous prenez actuellement. Votre fournisseur de soins devrait également procéder à un examen physique, prélever des échantillons de sang et commander des examens qui leur fourniront des images de votre cœur.

Pour les fournisseurs de soins

Les personnes soupçonnées d'avoir une insuffisance cardiaque subissent une évaluation initiale qui comprend, au minimum, des antécédents médicaux, un examen physique, des analyses de laboratoire initiales, un électrocardiogramme et une radiographie pulmonaire. Après ces tests, si vous n'êtes toujours pas certain du diagnostic ou de la cause de la dyspnée, il est approprié et recommandé de vérifier les peptides natriurétiques. Si vous suspectez toujours une insuffisance cardiaque ou si vous avez confirmé une insuffisance cardiaque après ces examens, un échocardiogramme doit être effectué.

Pour les services de santé

Veiller à ce que des systèmes et des ressources soient en place pour permettre aux fournisseurs de soins d'offrir une évaluation appropriée aux personnes soupçonnées d'être atteintes d'insuffisance cardiaque, y compris la disponibilité des analyses des peptides natriurétiques et des échocardiogrammes.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Antécédents médicaux

Les antécédents médicaux devraient porter au moins sur les éléments suivants :

- Symptômes
 - Essoufflement au repos et à l'effort
 - Orthopnée
 - Dyspnée nocturne paroxystique
 - Tolérance à l'activité réduite
 - Fatigue, augmentation du temps de récupération après l'exercice
 - Gonflement des chevilles
- Maladie cardiaque antérieure et facteurs de risque (p. ex. maladie coronarienne, maladie valvulaire, fibrillation auriculaire, infarctus du myocarde, diabète, tabagisme, hypertension)
- Facteurs aggravants
- Comorbidités (p. ex. insuffisance rénale) (voir l'énoncé de qualité 7)
- Médicaments
- Changements dans l'autonomie et les activités de la vie quotidienne
- Mode de vie (p. ex. consommation d'alcool, régime alimentaire, y compris l'apport en sodium, activité physique)
- Qualité de vie

Examen physique

Un examen physique devrait porter au moins sur les éléments suivants :

- Signes vitaux
- Volémie
 - Changement de poids
 - Pression veineuse jugulaire
 - Œdème périphérique (p. ex. pieds, chevilles, jambes, sacrum)
- Évaluation cardiaque
 - Murmure cardiaque
 - Pouls apical déplacé latéralement

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque présumée dont l'évaluation initiale comprend ce qui suit :

- Des antécédents médicaux
 - Un examen physique
 - Des analyses de laboratoire initiales
 - Un électrocardiogramme
 - Une radio pulmonaire
- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque présumée
 - Numérateur : nombre de personnes au dénominateur dont l'évaluation initiale comprend les éléments énumérés ci-dessus
 - Source des données : collecte de données locales (pour identifier chaque groupe énuméré ci-dessus)

Nombre de jours entre le moment où une personne présente une insuffisance cardiaque présumée et le moment où elle passe un électrocardiogramme et une radiographie pulmonaire

- Calcul : peut être mesuré en moyenne, médiane ou distribution du délai d'attente (en jours) entre le moment où une personne présente une insuffisance cardiaque présumée et celui où elle passe à la fois un électrocardiogramme et une radiographie pulmonaire
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Examen physique (suite de la page précédente)

- Examen de la poitrine
 - Réduction de l'entrée d'air et craquements à la base des poumons (épanchement pleural)
 - Respiration sifflante
 - Crépitations pulmonaires

Note : Certaines personnes atteintes d'insuffisance cardiaque peuvent avoir des poumons clairs lors de l'examen, mais souffrent quand même d'une surcharge liquidienne.

Examens initiaux de laboratoire

Lorsque vous prélevez des échantillons, incluez, au minimum, les éléments suivants :

- Numération globulaire complète
- Électrolytes sériques (y compris le calcium et le magnésium)
- Créatinine sérique
- Azote uréique du sang
- Glucose
- Hormone stimulant la thyroïde
- Hémoglobine glyquée

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque présumée qui passent un échocardiogramme

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque présumée
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui passent un échocardiogramme
- Source des données : collecte de données locales
- Note : On ne s'attend pas à ce que 100 % de ces personnes reçoivent un échocardiogramme, car les examens initiaux peuvent écarter la possibilité d'une insuffisance cardiaque avant qu'un échocardiogramme soit nécessaire

Nombre de jours entre le moment où une personne atteinte d'insuffisance cardiaque présumée et le moment où elle passe un électrocardiogramme

- Calcul : peut être mesuré en moyenne, médiane ou distribution du délai d'attente (en jours) entre le moment où une personne présente une insuffisance cardiaque présumée et celui où elle passe un électrocardiogramme
- Source des données : collecte de données locales
- Note : On ne s'attend pas à ce que 100 % de ces personnes passent un échocardiogramme, car il est possible que les premiers examens suggèrent un autre diagnostic

Note sur les indicateurs de cet énoncé : Ces indicateurs reposent sur la présentation d'une insuffisance cardiaque suspectée et sont destinés à la collecte de données locales. Veuillez consulter la section « Comment mesurer le succès à l'échelle provinciale » de cette norme de qualité et le guide de mesure qui l'accompagne pour obtenir des détails sur deux indicateurs connexes qui peuvent être utilisés pour mesurer l'imagerie diagnostique d'insuffisance cardiaque au moyen de données administratives chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque confirmée.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Analyse appropriée des peptides natriurétiques

L'analyse des peptides natriurétiques devrait être utilisée judicieusement, car elle est coûteuse et n'est pas toujours utile dans le diagnostic de l'insuffisance cardiaque. Cependant, il est utile lorsqu'il y a incertitude quant à la cause de la dyspnée d'une personne. Par exemple, il devrait être utilisé si un fournisseur de soins n'est pas certain que la dyspnée est causée par une maladie pulmonaire obstructive chronique ou une insuffisance cardiaque. Dans de tels cas, un examen des peptides natriurétiques permettrait d'écarter la possibilité d'une insuffisance cardiaque.¹⁴

Plan de soins complet individualisé et axé sur la personne

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et leurs aidants collaborent avec leurs fournisseurs de soins afin d'élaborer un plan de soins complet, individualisé, axé sur la personne (plan de soins). Ce plan de soins est révisé au moins tous les six mois, et plus tôt s'il y a un changement important. Il est facilement accessible à tous les membres de l'équipe soignante de la personne, y compris la personne et ses aidants.

Contexte

Un plan de soins peut aider à répondre aux préoccupations médicales, sociales et de santé mentale de la personne atteinte d'insuffisance cardiaque. Les fournisseurs de soins doivent fournir des informations sur l'insuffisance cardiaque et évaluer les objectifs de la personne afin de déterminer les soins à fournir. Le plan de soins est communiqué à la personne atteinte d'insuffisance cardiaque et à son ou ses aidants ou à son mandataire spécial. La capacité de la personne à participer à la prise de décisions peut changer à mesure que son état évolue, et le plan de soins devrait être mis à jour en conséquence.

Sources: Consensus du comité consultatif (calendrier) | American College of Cardiology Foundation/American Heart Association, 2013¹⁰ | Société canadienne de cardiologie, 2017³ | National Institute for Health and Care Excellence, 2018¹³

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

Votre fournisseur de soins devrait collaborer avec vous pour établir un plan de soins qui correspond à vos valeurs, à vos souhaits et à vos objectifs. Votre équipe soignante devrait utiliser ce plan pour fournir des soins qui répondent à vos besoins. Ils devraient vous demander régulièrement pour voir si vos objectifs en matière de soins ont changé. Si vous le souhaitez, votre ou vos aidants peuvent également vous aider à établir votre plan de soins. [Le guide du patient](#) sur l'insuffisance cardiaque peut vous aider à avoir des conversations avec votre fournisseur de soins de santé. Vous y trouverez des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à l'élaboration d'un plan pour vos soins.

Pour les fournisseurs de soins

Une fois qu'une personne a reçu un diagnostic d'insuffisance cardiaque, collaborer avec elle pour créer et documenter un plan de soins le plus tôt possible. Passer en revue le plan de soins au moins tous les six mois, et plus fréquemment s'il y a des changements importants ou une hospitalisation récente. Ajuster le plan jusqu'à ce que les besoins et les objectifs de la personne soient satisfaits. Partager [le guide du patient](#) sur l'insuffisance cardiaque pour aider vos patients à avoir des conversations avec vous au sujet de leurs soins.

Pour les services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour permettre aux fournisseurs de soins d'élaborer et de mettre en œuvre des plans de soins pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et de partager électroniquement les plans de soins entre les professionnels de la santé qui participent aux soins d'une personne.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Plan de soins complet individualisé et axé sur la personne

Un plan de soins est un document écrit qui décrit les besoins et les objectifs d'une personne en matière de santé ainsi que les soins qui seront fournis pour y répondre.^{5,15} Les plans de soins décrivent des traitements personnalisés pour chaque personne en fonction de ses valeurs, de ses souhaits, de ses objectifs et de ses besoins de santé particuliers.¹⁶ La personne atteinte d'insuffisance cardiaque dirige les soins fournis; une approche axée sur la personne implique un partenariat entre la personne et ses fournisseurs de soins de santé.

Avoir un plan de soins n'est pas la même chose qu'avoir une discussion sur les buts des soins. Il ne s'agit pas non plus d'une décision ou d'un consentement pour les traitements. Un plan de soins est plus large et est différent d'un plan de traitement. Un plan de traitement est associé à une décision en matière de soins de santé et nécessite le consentement éclairé du patient ou du mandataire spécial.

Dans le cas d'une personne atteinte d'insuffisance cardiaque, un plan de soins devrait, à tout le moins, tenir compte des éléments suivants :

- Le nom du mandataire spécial désigné de la personne et les buts et les souhaits de la personne, y compris la prise en considération des soins palliatifs (voir l'énoncé sur la qualité 10)
- Décisions relatives au traitement et consentement aux traitements ou au plan de traitement
- Vaccinations (vaccination annuelle contre la grippe et vaccination ponctuelle contre la pneumonie)
- Prise en charge de l'insuffisance cardiaque
- Prise en charge des comorbidités cardiaques et non cardiaques (voir l'énoncé de qualité 7)
- Examen complet des médicaments, y compris le fardeau financier potentiel des médicaments fondés sur des données probantes

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui ont un plan de soins qui guide leurs soins

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque
- Numérateur : nombre de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui ont un plan de soins qui guide leurs soins
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dont le plan de soins a été revu au cours des six derniers mois

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui ont un plan de soins
- Numérateur : nombre de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dont le plan de soins a été revu au cours des six derniers mois
- Source des données : collecte de données locales

Indicateurs de résultats

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque (ou leurs aidants) qui déclarent que leur fournisseur de soins les fait toujours ou souvent participer aux décisions concernant leurs soins

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque (ou leurs aidants)
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent que leur fournisseur de soins les fait toujours ou souvent participer aux décisions concernant leurs soins
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Plan de soins complet individualisé et axé sur la personne (suite de la page précédente)

- Facteurs psychosociaux
 - Problèmes sexospécifiques qui sont influencés par les symptômes d'insuffisance cardiaque et les médicaments, comme la dysfonction érectile et la diminution du désir sexuel
 - Les préoccupations socioéconomiques, comme le revenu, les coûts médicaux (p. ex., les médicaments) et les choix alimentaires sains
- Soutiens sociaux
- Préoccupations de santé mentale, y compris la dépression et l'anxiété
- Habiletés d'auto-prise en charge (voir l'énoncé de qualité 3)
- Suivi clinique et coordination des soins (voir l'énoncé de qualité 9)
- Activité physique et exercice (voir l'énoncé de qualité 4)
- Préoccupations alimentaires
- Prévention secondaire de la maladie cardiovasculaire
- Counselling sur la possibilité de mort subite
- Besoins et objectifs des aidants

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

- Un exemple de question de sondage validée semblable à cet indicateur se trouve dans le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé¹⁷ : « Quand vous voyez votre fournisseur ou quelqu'un d'autre dans son cabinet, à quelle fréquence vous impliquent-ils autant que vous le souhaitez dans les décisions concernant vos soins et votre traitement? » (Options de réponse : Toujours; Souvent; Parfois; Rarement; Jamais; Cela dépend de qui je vois et/ou pour quoi je suis là; Aucune décision requise sur les soins ou le traitement / sans objet; Ne sais pas; Refuse de répondre). Exclusions : Ceux qui répondent, « Cela dépend de qui je vois et/ou pour quoi je suis là », « Aucune décision requise sur les soins ou le traitement/sans objet », « Ne sais pas », « Refuse de répondre »)

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque (ou leurs aidants) qui déclarent que leur fournisseur de soins les donne toujours ou souvent l'occasion de poser des questions concernant le traitement recommandé

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque (ou leurs aidants)
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent que leur fournisseur de soins leur donne toujours ou souvent l'occasion de poser des questions concernant le traitement recommandé
- Source des données : collecte de données locales
- Un exemple de question de sondage validée semblable à cet indicateur se trouve dans le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé¹⁷ : « Quand vous voyez votre fournisseur ou quelqu'un d'autre dans son cabinet, à quelle fréquence vous donnent-ils l'occasion de poser des questions concernant le traitement recommandé? » (Options de réponse : Toujours; Souvent; Parfois; Rarement; Jamais; Cela dépend de qui je vois et/ou pour quoi je suis là; N'utilise pas/ne suis aucun traitement/sans objet; Ne sais pas; Refuse de répondre). Exclusions : Ceux qui répondent, « Cela dépend de qui je vois et/ou pour quoi je suis là », « N'utilise pas/ne suis aucun traitement/sans objet », « Ne sais pas », « Refuse de répondre »

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Changement important

Un examen plus fréquent du plan de soins sera nécessaire s'il y a un changement important. Cela comprend tout ce qui a un impact sur le bien-être physique, émotionnel ou psychologique d'une personne et qui peut affecter son plan de soins et/ou les ressources dont elle a besoin, y compris les éléments suivants :

- Changements psychosociaux, y compris le décès d'un aidant ou de son conjoint ou un fardeau important pour l'aidant
- Changements dans la santé mentale
- Aggravation des symptômes de l'insuffisance cardiaque
- Aggravation de la santé physique
- Hospitalisation récente pour insuffisance cardiaque
- Changements importants dans les médicaments

Donner aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque les moyens d'acquérir des compétences en matière d'auto-prise en charge et les aider à y parvenir

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et leurs aidants collaborent avec leurs fournisseurs de soins pour créer un programme d'auto-prise en charge personnalisé dans le but d'améliorer leurs compétences et leur confiance afin qu'ils puissent participer activement à leurs propres soins.

Contexte

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque devraient acquérir les compétences nécessaires pour participer à un programme d'exercice personnalisé, comprendre leur régime alimentaire idéal, savoir comment identifier les changements de symptômes et savoir comment réagir à ces changements.³ La promotion de l'auto-prise en charge permet aux gens de prendre le contrôle de leur maladie et de participer activement à la réalisation des meilleurs résultats possible. L'éducation et l'encadrement continus par l'apprentissage par l'expérience, la pratique et le soutien devraient être adaptés à la personne, en tenant compte des éventuels déficits cognitifs et des barrières linguistiques.^{3,14}

Sources: American College of Cardiology Foundation/American Heart Association, 2013¹⁰ | Société canadienne de cardiologie, 2017³ | Institute for Clinical Systems Improvement, 2013¹² | National Institute for Health and Care Excellence, 2018¹³ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2016¹⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

Lors de chacun de vos rendez-vous au cours des six premiers mois suivant le diagnostic, on devrait vous offrir un encadrement et du soutien pour vous aider à apprendre à prendre en charge efficacement votre insuffisance cardiaque. Si vous choisissez d'inclure votre ou vos aidants, ils peuvent également se voir offrir ces renseignements et cet encadrement.

Pour les fournisseurs de soins

Offrir des renseignements fondés sur des données probantes et un encadrement concernant l'insuffisance cardiaque à chaque rendez-vous pendant au moins les six premiers mois suivant le diagnostic. Cet encadrement devrait être adapté aux besoins d'apprentissage de la personne et présenté dans un format et aux moments qui conviennent le mieux à la personne. Lorsque des aidants participent aux soins de la personne et que celle-ci y consent, les inclure autant que possible dans les discussions et l'encadrement.

Pour les services de santé

Veiller à ce que les fournisseurs de soins disposent du temps et des ressources nécessaires pour soutenir le développement des compétences d'auto-prise en charge chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Programme d'autogestion

Les gens devraient recevoir de l'information, du soutien, de l'encadrement et des conseils pour améliorer leurs connaissances et leurs compétences et améliorer leurs stratégies de prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Les objectifs d'un programme d'auto-prise en charge sont de s'assurer que les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont mieux en mesure de prendre des décisions concernant leurs soins et d'accroître leur confiance pour appliquer leurs compétences dans les situations de la vie quotidienne.¹⁸ L'éducation et le soutien à l'auto-prise en charge devraient être offerts à chaque visite pendant au moins six mois après le diagnostic. Après cette période de six mois, les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque auront probablement besoin d'un soutien supplémentaire et devraient se le voir offrir au besoin. Les programmes d'auto-prise en charge devraient comprendre les éléments suivants :

- Diagnostic et processus de développement de la maladie
- Options de traitement possibles, y compris les suivantes :
 - Médicaments
 - Traitement par appareil
 - Procédures invasives (options chirurgicales ou interventionnelles)
- Reconnaître les signes et symptômes précoces de l'aggravation de l'insuffisance cardiaque (voir l'énoncé de qualité 6)
- Le poids quotidien et quand informer les fournisseurs de soins d'un changement de poids important
- Élaboration d'un plan d'action personnalisé, y compris quand demander de l'aide et à qui s'adresser
- Éléments du plan de soins
- Restrictions alimentaires
- Activité physique et exercice (voir l'énoncé de qualité 4)
- Entrevues de motivation pour l'abandon du tabagisme et de la consommation d'alcool, s'il y a lieu
- Gestion du stress

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui disposent d'un programme d'auto-prise en charge personnalisé élaboré en collaboration avec leur fournisseur de soins de santé et leurs aidants et consigné dans leur dossier médical

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui disposent d'un programme d'auto-prise en charge personnalisé élaboré en collaboration avec leur fournisseur de soins de santé et leurs aidants et consigné dans leur dossier médical
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque (ou leurs aidants) qui reçoivent de l'information, du soutien, de l'encadrement et des conseils sur l'insuffisance cardiaque à chaque rendez-vous pendant les six premiers mois suivant le diagnostic

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque (ou leurs aidants)
- Numérateur : nombre de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui reçoivent de l'information, du soutien, de l'encadrement et des conseils sur l'insuffisance cardiaque à chaque rendez-vous pendant les six premiers mois suivant le diagnostic
- Source des données : collecte de données locales

Indicateur de résultats

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque (ou leurs aidants) qui déclarent avoir les compétences et la confiance nécessaires pour participer activement à leurs propres soins

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque (ou leurs aidants)
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent avoir les compétences et la confiance nécessaires pour participer activement à leurs propres soins
- Source des données : collecte de données locales
- Note : Il s'agit d'une mesure sommaire. Si vous souhaitez examiner d'autres dimensions de la confiance, songez à utiliser l'Index de l'auto-prise en charge de l'insuffisance cardiaque, un outil accessible au public qui peut être utilisé pour évaluer des mesures plus précises de la confiance (c.-à-d. la capacité de la personne à éviter l'occurrence de symptômes, à suivre les conseils en matière de traitement et à reconnaître les changements dans sa santé). Veuillez vous référer à la section C de l'outil.¹⁹

Activité physique et exercice

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont informées des bienfaits de l'activité physique quotidienne et bénéficient d'un programme de réadaptation cardiaque personnalisé et axé sur l'exercice.

Contexte

L'activité physique et l'exercice peuvent améliorer l'état fonctionnel et la qualité de vie des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.^{10,20} Grâce à l'entrevue de motivation, les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque devraient être encouragées à se fixer des objectifs réalistes et mesurables et à faire de l'exercice dans les limites dictées par leurs symptômes.^{3,14} En cas de doute sur la façon de recommander en toute sécurité des exercices pour atteindre les objectifs d'activité d'une personne, les fournisseurs devraient envisager de consulter un physiothérapeute ou un kinésologue.

Sources: American College of Cardiology Foundation/American Heart Association, 2013¹⁰ | Société canadienne de cardiologie, 2017³ | Société européenne de cardiologie, 2016¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2018¹³ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2016¹⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

Votre fournisseur de soins devrait vous expliquer les bienfaits de l'activité physique et de l'exercice. Il devrait vous offrir un programme de réadaptation cardiaque personnalisé dans un milieu de soins et dans un format qui vous est le plus facile à réaliser. Cela comprend la création d'un programme qui correspond à vos capacités et à vos objectifs. Si votre fournisseur de soins n'est pas certain des exercices qui vous conviennent le mieux, il peut vous renvoyer à un autre fournisseur de soins possédant l'expertise appropriée.

Pour les fournisseurs de soins

S'assurer que les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont informées des bienfaits de l'activité physique et bénéficient d'un programme de réadaptation cardiaque personnalisé et axé sur l'exercice. Travailler avec eux pour créer un programme de réadaptation personnalisé axé sur l'exercice qui correspond à leurs objectifs et à leurs capacités.

Pour les services de santé

Veiller à ce que des systèmes et des ressources soient en place pour permettre à tous les fournisseurs de soins d'offrir aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque un programme de réadaptation cardiaque personnalisé axé sur l'exercice.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Programme de réadaptation cardiaque axé sur l'exercice¹³

Un programme personnalisé de réadaptation cardiaque axé sur l'exercice devrait être offert aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, à moins que leur état ne soit instable. Ce programme devrait être précédé d'une évaluation pour s'assurer qu'il convient à la personne; il devrait :

- Donner des conseils sur les types d'exercices à envisager en fonction des capacités de la personne et de ses objectifs d'activité
- Être fourni dans un format et dans un milieu de soins facilement accessibles à la personne
- Inclure une composante psychologique et éducative
- Être accompagné de renseignements et de soutiens
- Être le plus près possible de chez soi

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui bénéficient d'un programme de réadaptation cardiaque personnalisé et axé sur l'exercice

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui bénéficient d'un programme de réadaptation cardiaque personnalisé axé sur l'exercice
- Exclusion : personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dont l'état est instable
- Source des données : collecte de données locales

Trithérapie pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dont la fraction d'éjection est réduite

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui présentent une fraction d'éjection réduite (HFrEF) et des symptômes de classe II à IV de la New York Heart Association (NYHA) se voient offrir une prise en charge pharmacologique par « trithérapie ». Ils peuvent avoir besoin de médicaments supplémentaires et on leur en prescrit au besoin.

Contexte

Les médicaments sont la pierre angulaire du traitement de l'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite (HFrEF).¹² Si la personne atteinte de HFrEF n'a pas de contre-indications et accepte le traitement, il faut lui prescrire une prise en charge pharmacologique appropriée dès que possible.

Lors de l'ajout ou de l'ajustement de médicaments, il faut porter une attention particulière aux symptômes tels que les étourdissements et la fatigue, ainsi qu'à la tension artérielle, à la fréquence cardiaque et aux taux d'électrolytes et de créatinine. Les fournisseurs de soins devraient tenir compte des compétences et de l'expertise spécialisées qui peuvent être requises lorsqu'ils prescrivent ces médicaments. Si la prestation de ces traitements dépasse l'expertise du fournisseur de soins, ce dernier devrait consulter un fournisseur de soins qui possède l'expertise appropriée ou collaborer avec lui. Par exemple, le renvoi à un spécialiste ou une équipe spécialisée devrait être envisagé en cas de difficultés à titrer les médicaments de trithérapie en raison de comorbidités concurrentes (p. ex. insuffisance rénale) ou d'une tension artérielle basse, ou pour les personnes qui présentent des symptômes persistants malgré la trithérapie.

CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Certaines personnes dont la fraction d'éjection initiale est inférieure ou égale à 40 % (et qui sont considérées comme atteintes de HFrEF) verront leur fraction d'éjection s'améliorer à plus de 40 % une fois que les médicaments auront été optimisés. On sait que ces personnes bénéficient d'une « récupération » de la fraction d'éjection, mais les indications des médicaments HFrEF s'appliquent toujours. En d'autres termes, ces personnes continuent d'être prises en charge comme des personnes atteintes de la HFrEF.³

Très peu d'essais cliniques sur la prise en charge pharmacologique ont été menés auprès de personnes présentant une insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection préservée (HFpEF) ou une insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection moyenne (HFmrEF). Les médicaments destinés à ces personnes devraient traiter l'étiologie sous-jacente, comme l'ischémie ou l'hypertension, et soulager les symptômes de congestion et de surcharge liquidienne.^{3,10-12}

Sources: American College of Cardiology Foundation/American Heart Association, 2013¹⁰ | American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/Heart Failure Society of America, 2017¹¹ | Société canadienne de cardiologie, 2017³ | Société européenne de cardiologie, 2016⁴ | Institute for Clinical Systems Improvement, 2013¹² | National Institute for Health and Care Excellence, 2018¹³ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2016¹⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

Lorsque vous et votre fournisseur de soins élaborez votre plan de soins, votre fournisseur de soins devrait vous expliquer les différents types de médicaments dont vous aurez besoin et comment ils vous aideront. Si vous souffrez d'insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection réduite, on devrait vous offrir des médicaments qui comprennent au moins trois types différents de médicaments; c'est ce qu'on appelle la « trithérapie ». Il se peut que vous ayez également besoin d'autres médicaments. Votre fournisseur de soins devrait vous expliquer comment utiliser vos médicaments, y compris comment et quand les prendre.

Pour les fournisseurs de soins

Si une personne présente des symptômes de classe II à IV de la NYHA, une fraction d'éjection inférieure ou égale à 40 %, aucune contre-indication et accepte le traitement, lui prescrire un inhibiteur de l'ACE ou un ARB (si elle ne peut tolérer un inhibiteur de l'ACE), un bêtabloquant et un MRA le plus tôt possible, selon sa tolérance. Si ses symptômes d'insuffisance cardiaque et sa faible fraction d'éjection persistent malgré une trithérapie optimale, remplacer son inhibiteur de l'ACE ou leur ARB par un inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine et de la néprilysine (ARNI). Si les aidants d'une personne participent à ses soins, et si la personne y consent, on devrait également leur donner des renseignements sur les médicaments appropriés et des instructions sur comment et quand les prendre.

Pour les services de santé

S'assurer que des systèmes, des processus et des politiques sont en place pour permettre aux personnes atteintes de HFrEF et présentant des symptômes de classe II à IV de la NYHA de recevoir une thérapie pharmacologique appropriée en temps opportun.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Trithérapie

La trithérapie doit être ajustée en fonction des doses cibles tolérées. Elle comprend :

- Un inhibiteur de l'ACE ou un ARB si la personne atteinte d'insuffisance cardiaque ne peut tolérer un inhibiteur de l'ACE*
- Un bêta-bloquant
- Un MrA

*Si les symptômes d'insuffisance cardiaque de la personne persistent et que sa fraction d'éjection demeure inférieure ou égale à 40 %, l'inhibiteur de l'ACE ou l'ARB est remplacé par un ARNI.

Médicaments supplémentaires

En plus de la trithérapie, d'autres médicaments qui peuvent être considérés dans le traitement des personnes atteintes de la HFrEF comprennent les suivants :

- Diurétiques de l'anse
- Dinitrate d'hydralazine/isosorbide
- Ivabradine
- Digoxine

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage de personnes atteintes de HFrEF présentant des symptômes de classe II à IV de la NYHA qui se voient prescrire une trithérapie

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de HFrEF présentant des symptômes de classe II à IV de la NYHA
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui se voient prescrire une trithérapie
 - Stratifié par :
 - Inhibiteur de l'ACE ou ARB ou ARNI; bêta-bloquant(s); et MRA
 - Inhibiteur de l'ACE ou ARB ou ARNI
 - Bêta-bloquant(s)
 - MRa
- Source des données : collecte de données locales
- Note : On ne s'attend pas à ce que 100 % de ces patients suivent une trithérapie, car certains patients auront des contre-indications à certains médicaments. Envisager de mesurer séparément pour les patients présentant des contre-indications.

Aggravation des symptômes de l'insuffisance cardiaque

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui signalent des symptômes graduels, progressifs et qui s'aggravent sont évaluées par un fournisseur de soins et leurs médicaments sont ajustés (au besoin) dans les 48 heures.

Contexte

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui signalent des symptômes graduels, progressifs, qui s'aggravent, comme l'orthopnée, l'essoufflement à l'effort ou l'œdème, devraient avoir accès à un fournisseur de soins de santé pour évaluer leurs symptômes et ajuster leurs médicaments pour soulager ces symptômes dans les 48 heures.⁴ Au moment où la personne signale l'aggravation de ses symptômes, ceux-ci auront probablement progressé pendant plusieurs jours, voire des semaines, et la prise en charge dans les 48 heures suivant la déclaration de l'aggravation des symptômes peut aider à prévenir un autre déclin, qui pourrait nécessiter une hospitalisation ou même avoir une issue fatale. L'accès à un fournisseur de soins de santé peut se faire en personne ou par télémédecine.^{3,12} Par ailleurs, les personnes dont les symptômes d'insuffisance cardiaque s'aggravent de façon aiguë, comme un nouvel essoufflement au repos, devraient être vues immédiatement (c.-à-d. qu'elles ne devraient pas attendre 48 heures).

L'ajustement des médicaments fait généralement partie du champ d'exercice des médecins et des infirmières praticiennes. Toutefois, les voies d'accès, les ensembles de modèles d'ordonnances et les directives médicales peuvent être utilisés pour permettre à d'autres fournisseurs de soins de santé réglementés (p. ex., infirmières autorisées, pharmaciens) d'ajuster les médicaments pour l'insuffisance cardiaque et de le faire à distance.

Source: Consensus du comité consultatif

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

Si vous vous sentez plus fatigué, plus essoufflé, si vous avez de la difficulté à dormir ou si votre poids a augmenté au cours des derniers jours, vous devriez communiquer avec votre fournisseur de soins. Un fournisseur de soins de santé devrait évaluer votre état. Il se peut que vous ayez besoin de changer vos médicaments pour éviter que votre état ne s'aggrave et, si c'est le cas, vous devriez le faire dans les 48 heures. Il est préférable d'apporter ces changements dès que vous commencez à vous sentir moins bien plutôt que d'attendre trop longtemps et d'être obligé de vous rendre à l'hôpital. Une fois que vous vous sentirez mieux, votre fournisseur de soins devrait discuter avec vous des différentes façons de gérer votre insuffisance cardiaque à la maison pour éviter que cela ne se reproduise.

Pour les fournisseurs de soins

Si une personne présente des symptômes d'insuffisance cardiaque graduels, progressifs et qui s'aggravent, assurez-vous qu'ils sont évalués rapidement afin que les médicaments puissent être ajustés dans les 48 heures, si nécessaire. Cette évaluation peut se faire en personne ou par télémédecine.

Pour les services de santé

S'assurer que des systèmes, des processus et des ressources sont en place pour permettre aux fournisseurs de soins d'offrir un accès à l'évaluation et au traitement dans la collectivité dans les 48 heures en cas d'aggravation des symptômes d'insuffisance cardiaque. Cela comprend la mise en place de politiques permettant aux médecins et aux infirmières praticiennes d'ajuster rapidement les médicaments pour soulager les symptômes.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui signalent des symptômes graduels, progressifs, qui s'aggravent et qui sont évalués par un fournisseur de soins dans les 48 heures

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui signalent des symptômes graduels, progressifs, qui s'aggravent
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui sont évaluées par un fournisseur de soins dans les 48 heures suivant la déclaration des symptômes graduels, progressifs, qui s'aggravent
- Exclusion : les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui se présentent à l'hôpital ou au service d'urgence
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui signalent des symptômes graduels, progressifs, qui s'aggravent et dont les médicaments sont ajustés par le fournisseur de soins dans les 48 heures

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui signalent des symptômes graduels, progressifs, qui s'aggravent et nécessitent un ajustement des médicaments
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont les médicaments sont ajustés par le fournisseur de soins dans les 48 heures suivant la déclaration des symptômes graduels, progressifs, qui s'aggravent
- Exclusion : les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui se présentent à l'hôpital ou au service d'urgence
- Source des données : collecte de données locales

Gestion des comorbidités non cardiaques

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont traitées pour des comorbidités non cardiaques susceptibles d'affecter la gestion de leur insuffisance cardiaque.

Contexte

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque devraient recevoir des soins qui vont au-delà de la prise en charge de leur insuffisance cardiaque. La prise en charge optimale des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque est complexe, en partie parce que l'insuffisance cardiaque n'est jamais une condition autonome.¹⁰ Les comorbidités—y compris les comorbidités non cardiaques—peuvent contrecarrer les traitements pour l'insuffisance cardiaque, interférer avec le diagnostic, diminuer la qualité de vie, compliquer la prise en charge, augmenter le risque de détérioration future et entraîner un pronostic moins favorable.^{4,21} Les soins appropriés pour une personne atteinte d'insuffisance cardiaque devraient donc également inclure le traitement de ses comorbidités.

Sources: American College of Cardiology Foundation/American Heart Association, 2013¹⁰ | American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/Heart Failure Society of America, 2017¹¹ | Société canadienne de cardiologie, 2017³ | Société européenne de cardiologie, 2016⁴ | Institute for Clinical Systems Improvement, 2013¹² | National Institute for Health and Care Excellence, 2018¹³ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2016¹⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ont parfois d'autres maladies qui doivent également être traitées. Si vous souffrez d'autres maladies, les fournisseurs de soins qui vous aident à prendre en charge votre insuffisance cardiaque peuvent également être en mesure de les traiter, ou ils peuvent vous renvoyer à un ou plusieurs autres fournisseurs de soins.

Pour les fournisseurs de soins

Fournir un soutien pour répondre aux comorbidités non cardiaques d'une personne, au besoin, y compris les besoins en matière de santé physique et mentale. Si vous n'êtes pas en mesure de fournir des soins pour ces comorbidités, faciliter l'accès aux soins en offrant des renvois appropriés.

Pour les services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour permettre aux fournisseurs de soins de gérer l'insuffisance cardiaque d'une personne et les comorbidités non cardiaques. Il faut notamment s'assurer que les fournisseurs de soins disposent du temps et des ressources nécessaires pour fournir des soins de santé physique et mentale complets ou pour faire les renvois appropriés. Des voies d'accès devraient être en place pour faciliter le renvoi vers les services de santé, s'il y a lieu.

Indicateurs de qualité

Il n'y a pas d'indicateurs recommandés pour cet énoncé de qualité.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Comorbidités non cardiaques

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque présentent souvent de multiples comorbidités. La liste suivante n'est pas exhaustive, mais elle comprend les affections courantes chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui peuvent influencer sur leur plan de soins, les options thérapeutiques, l'observance du traitement, le suivi et le pronostic.³ Une personne atteinte d'insuffisance cardiaque doit être traitée si elle présente des signes ou des symptômes d'une des comorbidités suivantes :

- Anémie ou carence en fer
- Apnée du sommeil centrale ou obstructive
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (voir la norme de qualité sur la maladie pulmonaire obstructive chronique)
- Déficience cognitive
- Démence (voir les normes de qualité [Symptômes comportementaux de la démence](#) et [Démence : Soins aux personnes vivant dans la collectivité](#))
- Dépression ou anxiété (voir la norme de qualité [La dépression clinique](#))
- Diabète
- Fragilité
- Dysfonctionnement rénal

Soins multidisciplinaires spécialisés

Les personnes ayant reçu récemment un diagnostic d'insuffisance cardiaque, celles qui ont récemment été hospitalisées ou traitées dans un service d'urgence pour insuffisance cardiaque et celles qui souffrent d'insuffisance cardiaque avancée (classe III–IV de la NYHA) se voient offrir un renvoi vers des soins multidisciplinaires spécialisés pour l'insuffisance cardiaque.

Contexte

Les soins multidisciplinaires spécialisés améliorent les résultats chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, réduisent la mortalité et les hospitalisations et améliorent la qualité de vie.²² Ce modèle de soins comprend un processus qui permet un suivi fréquent et un accès rapide à des soins spécialisés.²² Une fois que les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ont été stabilisées grâce à des soins spécialisés, elles devraient généralement être renvoyées à leur fournisseur de soins primaires avec un plan de soins (voir l'énoncé de qualité 2).^{13,22}

Sources: American College of Cardiology Foundation/American Heart Association, 2013¹⁰ | Société canadienne de cardiologie, 2017³ | Société européenne de cardiologie, 2016⁴ | National Institute for Health and Care Excellence, 2018¹³ | Ontario Health Technology Advisory Committee, 2012²³

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

Si votre fournisseur de soins pense que vous pourriez avoir besoin d'une attention supplémentaire pour prendre en charge votre insuffisance cardiaque, il devrait vous offrir la possibilité de travailler avec une équipe de fournisseurs de soins spécialisés dans l'insuffisance cardiaque. Cette équipe devrait travailler en étroite collaboration avec vous pour prendre en charge vos soins, améliorer votre qualité de vie et aider à prévenir les hospitalisations futures liées à votre insuffisance cardiaque.

Pour les fournisseurs de soins

Si vous prenez soin d'une personne ayant reçu récemment un diagnostic d'insuffisance cardiaque, d'une personne qui a récemment été hospitalisée ou traitée dans un service d'urgence pour insuffisance cardiaque ou d'une personne qui souffre d'insuffisance cardiaque avancée (classe III–IV de la NYHA) se voient offrir un renvoi vers des soins multidisciplinaires spécialisés.

Pour les services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des ressources et des voies d'accès soient en place afin que des soins multidisciplinaires spécialisés soient offerts à toutes les personnes qui viennent de recevoir un diagnostic d'insuffisance cardiaque, à celles qui ont récemment été hospitalisées ou traitées dans un service d'urgence pour insuffisance cardiaque et à celles qui présentent une insuffisance cardiaque avancée (classe III–IV de la NYHA).

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Soins multidisciplinaires spécialisés

Les soins multidisciplinaires spécialisés sont des soins dispensés par une équipe comprenant un médecin (médecin de famille, interne ou cardiologue) ou une infirmière praticienne, un pharmacien et une infirmière autorisée. L'équipe devrait comprendre au moins un fournisseur de soins ayant reçu une formation spécialisée en insuffisance cardiaque. Un examen physique devrait porter au moins sur les éléments suivants^{10,13,22}:

- Compétences d'auto-prise en charge (en particulier pour les personnes qui viennent de recevoir un diagnostic d'insuffisance cardiaque) (voir l'énoncé de qualité 3)
- Gestion et ajustement des médicaments
 - Attention précoce aux signes et symptômes de surcharge liquidienne et de déplétion liquidienne
 - Promotion de l'auto-prise en charge, y compris le traitement diurétique auto-ajusté lorsque c'est possible
 - Initiation ou titrage de nouveaux médicaments nécessitant la supervision d'un spécialiste
- Accent mis sur les stratégies comportementales pour accroître l'observance du traitement
- Suivi rapide après le congé de l'hôpital et les périodes d'instabilité
- Accès accru aux cliniciens, y compris les renvois appropriés
- Assistance pour les préoccupations sociales et financières
- Évaluation et surveillance qui exigent un suivi étroit
- Approche collaborative en cardiologie et en soins palliatifs (voir l'énoncé de qualité 10)
- Prise en charge continue de l'insuffisance cardiaque après une intervention telle que l'implantation d'un défibrillateur cardiovertteur ou d'un dispositif de resynchronisation cardiaque
- Prise en charge de l'insuffisance cardiaque qui ne répond pas au traitement actuel

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes ayant reçu récemment un diagnostic d'insuffisance cardiaque, celles qui ont récemment été hospitalisées ou traitées dans un service d'urgence pour insuffisance cardiaque et celles qui souffrent d'insuffisance cardiaque avancée (classe III–IV de la NYHA) qui obtiennent un renvoi vers des soins multidisciplinaires spécialisés pour l'insuffisance cardiaque.

- Dénominateur : nombre total des personnes ayant reçu récemment un diagnostic d'insuffisance cardiaque, celles qui ont récemment été hospitalisées ou traitées dans un service d'urgence pour insuffisance cardiaque et celles qui souffrent d'insuffisance cardiaque avancée (classe III–IV de la NYHA)
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui reçoivent un renvoi et sont vues par une équipe multidisciplinaire spécialisée dans les soins de l'insuffisance cardiaque
- Source des données : collecte de données locales
- Note : Envisager de mesurer séparément par chaque groupe du dénominateur ou de regrouper tous les patients du dénominateur comme mesure globale

Nombre de jours entre le moment où le renvoi est fait et le moment où la personne atteinte d'insuffisance cardiaque est vue par une équipe de soins multidisciplinaire spécialisée

- Calcul : peut être mesuré en moyenne, médiane ou distribution du délai d'attente (en jours) entre le moment où le renvoi est fait et le moment où la personne atteinte d'insuffisance cardiaque est vue par une équipe de soins multidisciplinaire spécialisée
- Source des données : collecte de données locales

Indicateur structurel

Disponibilité locale de soins multidisciplinaires spécialisés en cas d'insuffisance cardiaque

- Source des données : Il faudrait élaborer une méthode régionale ou provinciale de collecte de données

Transition de l'hôpital à la collectivité

Les personnes hospitalisées ou traitées dans un service d'urgence pour insuffisance cardiaque reçoivent un rendez-vous de suivi pour réévaluer la volémie et le bilan comparatif des médicaments avec un membre de leur équipe de soins de santé communautaire dans les sept jours suivant leur départ de l'hôpital.

Contexte

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque traversent des périodes de stabilité et d'instabilité qui entraînent souvent des hospitalisations récurrentes.²⁴ Un suivi rapide, des services coordonnés et une communication appropriée entre les fournisseurs et les milieux de soins peuvent améliorer les résultats pendant ces transitions. Un rendez-vous de suivi avec un membre de l'équipe de soins de santé communautaire dans les sept jours suivant le retour à domicile peut aider à s'assurer qu'une personne se rétablit bien après l'exacerbation de son insuffisance cardiaque et de que toute autre affection médicale, y compris les comorbidités non cardiaques (voir l'énoncé qualité 7), est traitée de manière appropriée. Toute personne qui a été hospitalisée pour insuffisance cardiaque devrait également être considérée pour des soins multidisciplinaires spécialisés (voir l'énoncé de qualité 8).

Sources: American College of Cardiology Foundation/American Heart Association, 2013¹⁰ | Société canadienne de cardiologie, 2017³ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2016¹⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

Vous devriez prendre rendez-vous avec un membre de votre équipe de soins de santé communautaire dans les sept jours suivant votre retour à la maison après une visite à l'hôpital pour insuffisance cardiaque.

Pour les fournisseurs de soins

Vous devez être contacté avant qu'une personne atteinte d'insuffisance cardiaque ne quitte l'hôpital, et un résumé de son séjour à l'hôpital doit vous être envoyé. Assurez-vous que la personne reçoit un rendez-vous pour vous voir dans les sept jours suivant votre départ de l'hôpital.

Pour les services de santé

S'assurer que des systèmes, des processus et des ressources sont en place pour permettre aux personnes qui ont été hospitalisées ou traitées dans un service d'urgence pour insuffisance cardiaque d'avoir un rendez-vous de suivi avec un membre de leur équipe de soins de santé communautaire dans les sept jours suivant leur départ de l'hôpital.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Équipe de soins de santé communautaires

Cette équipe comprend des fournisseurs de soins ayant les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour réévaluer la volémie d'une personne et fournir un bilan comparatif des médicaments. Les fournisseurs potentiels comprennent une infirmière autorisée, une infirmière praticienne ou un médecin.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage de personnes qui ont été hospitalisées ou traitées dans un service d'urgence pour insuffisance cardiaque qui reçoivent une réévaluation de leur volémie et un bilan comparatif des médicaments pendant un rendez-vous de suivi avec un membre de leur équipe de soins de santé communautaire dans les sept jours suivant leur départ de l'hôpital.

- Dénominateur : nombre total de personnes qui ont été hospitalisées ou traitées au service d'urgence pour insuffisance cardiaque
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont reçu une réévaluation de leur volémie et un bilan comparatif des médicaments pendant un rendez-vous de suivi avec un membre de leur équipe de soins de santé communautaire dans les sept jours suivant leur départ de l'hôpital
- Sources de données : collecte de données locales (pour cerner les visites des fournisseurs de soins de santé autres que les médecins, la réévaluation de la volémie et un bilan comparatif des médicaments), Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Base de données sur les demandes de règlement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données des personnes inscrites (pour cerner les visites des médecins et spécialistes)

Soins palliatifs et insuffisance cardiaque

Les besoins en soins palliatifs des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et de leur famille sont définis rapidement et un soutien leur est offert pour répondre à leurs besoins.

Contexte

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et leur famille devraient avoir accès à une approche collaborative des soins qui intègre la gestion active de l'insuffisance cardiaque aux soins palliatifs.¹⁴ Selon le Réseau des soins palliatifs de l'Ontario, « une approche palliative des soins vise à répondre à tous les besoins d'une personne et de ses aidants—physiques, psychosociaux et spirituels—à tous les stades d'une maladie chronique évolutive. Elle renforce l'autonomie de la personne et son droit de participer activement à ses propres soins et s'efforce de donner aux personnes et aux familles un plus grand sentiment de contrôle. Elle considère les soins palliatifs moins comme un service discret offert aux mourants lorsque le traitement n'est plus efficace, et davantage comme une approche de soins qui peut améliorer leur qualité de vie tout au long de leur maladie ou du processus de vieillissement ».⁵

L'insuffisance cardiaque est incurable et progressive, avec un taux de mortalité élevé et une trajectoire qui peut être erratique. Une évaluation globale et holistique permet aux fournisseurs de soins de santé de déterminer les besoins en soins palliatifs des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, de leur famille ou de leurs aidants, ainsi que les services requis pour répondre à ces besoins. Comme l'insuffisance cardiaque est imprévisible, des discussions sur les objectifs des soins devraient avoir lieu le plus tôt possible après le diagnostic. Ces objectifs devraient être documentés et réévalués fréquemment.^{3,14}

CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, les soins palliatifs devraient comprendre les éléments suivants^{7,14,25}:

- Prise en charge active de l'insuffisance cardiaque parallèlement au contrôle des symptômes
- Réévaluation des objectifs et de la prise en charge actuelle de l'insuffisance cardiaque
- Rationalisation du traitement médical qui ne favorise pas le soulagement ou le contrôle des symptômes
- Discussions au sujet de la désactivation du traitement antitachique (p. ex., thérapie de choc) si la personne a un défibrillateur cardiovertible implantable automatique
- Soins intégrés par une équipe interdisciplinaire
- Transitions harmonieuses des soins coordonnées entre les milieux de soins et les fournisseurs de soins de santé
- Soutien psychosocial en temps opportun
- Accès aux ressources, aux soins de répit et au soutien en cas de chagrin et de deuil pour la famille et les aidants

Pour de plus amples renseignements sur les soins palliatifs, veuillez consulter la norme de qualité *Soins palliatifs*.⁷

Sources: American College of Cardiology Foundation/American Heart Association, 2013¹⁰ | Société canadienne de cardiologie, 2017³ | National Institute for Health and Care Excellence, 2018¹³ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2016¹⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

Si vous souffrez d'insuffisance cardiaque, votre équipe de soins devrait évaluer vos besoins en soins palliatifs. Cela inclut votre bien-être physique, mental, émotionnel, culturel et spirituel. On devrait vous offrir du soutien pour répondre à vos besoins.

Pour les fournisseurs de soins

Veiller à ce que les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque aient accès à une approche collaborative en cardiologie et en soins palliatifs dès le diagnostic.

Pour les services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place dans la collectivité pour que les fournisseurs de soins puissent répondre aux besoins en soins palliatifs des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

Indicateurs de qualité

Les indicateurs suivants correspondent étroitement aux indicateurs de la norme de qualité *Soins palliatifs*.

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et ayant des besoins en matière de soins palliatifs qui ont des discussions avec un professionnel de la santé documentées dans leur dossier médical sur leurs objectifs de soins et leur compréhension de leur maladie

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et ayant des besoins en matière de soins palliatifs
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont des discussions avec un professionnel de la santé documentées dans leur dossier médical sur leurs objectifs de soins et leur compréhension de leur maladie
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Besoins en soins palliatifs

Les besoins en soins palliatifs peuvent provenir de n'importe quelle partie de l'éventail complet des besoins d'une personne (par exemple, physiques, psychologiques, sociaux, linguistiques, culturels, juridiques, éthiques ou spirituels) à n'importe quel stade de la maladie. Le but des soins palliatifs est d'aider les gens à atteindre la meilleure qualité de vie possible face à une maladie évolutive et limitant l'espérance de vie.

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et ayant des besoins en matière de soins palliatifs qui ont une évaluation documentée de leurs besoins en soins palliatifs (voir définition)

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et ayant des besoins en matière de soins palliatifs
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont une évaluation documentée de leurs besoins en soins palliatifs
- Source des données : collecte de données locales

Indicateur de résultats

Pourcentage de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et ayant des besoins en matière de soins palliatifs (ou leurs aidants) qui déclarent qu'elles sont en mesure de recevoir des soins palliatifs communautaires, y compris des soins après les heures régulières, au besoin

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et ayant des besoins en matière de soins palliatifs (ou leurs aidants)
- Numérateur : nombre de personnes au dénominateur qui déclarent qu'elles sont en mesure de recevoir des soins palliatifs communautaires, y compris des soins après les heures régulières, au besoin
- Source des données : collecte de données locales

Remerciements

Comité consultatif

Qualité des services de santé Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution volontaire et généreuse de temps et d'expertise ayant permis de créer cette norme de qualité:

Debbie Korzeniowski

(coprésidente)
Directrice exécutive, Prince Edward Family Health Team

Robert McKelvie (coprésident)

Cardiologue, professeur de médecine, Université Western

Rakesh Bhargava

Cardiologue, Lakeridge Health and Heart Care

Margaret Brum

Diététiste autorisée, Centre d'excellence Ted Rogers en fonction cardiaque à l'Hôpital général de Toronto/Comité pédiatrique de pédiatrie et Programme de prévention et de réadaptation cardiovasculaires du Réseau universitaire de santé

Sabe De

Cardiologue, London Health Sciences Centre, Université Western

Esther Doucette

Travailleuse sociale, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa

Geoffrey Feldman

Consultant en situation de vécu

Janice Hall

Pharmacienne, Prince Edward Family Health Team

George Heckman

Médecin en médecine interne et gériatre, professeur agrégé de médecine, Université de Waterloo

Eleanor Kent

Infirmière autorisée, Smithville Medical Centre Family Health Team

Shvan Korsheed

Médecin de soins primaires, New Vision Family Health Team

Colleen Lackey

Infirmière autorisée, gestionnaire de la pratique clinique, Réseau télémédecine Ontario

Douglas S. Lee

Ted Rogers Chair in Heart Function Outcomes; Division de cardiologie, Peter Munk Cardiac Centre & University Health Network; chercheur principal, Institute for Clinical Evaluative Sciences; professeur agrégé de médecine, Université de Toronto

Peter McPhedran

Médecin de soins primaires, responsable du Programme de soins primaires pour la gestion des maladies chroniques, RLISS de Waterloo Wellington

Erin Miller

Physiothérapeute, Université de Toronto

Trudy Mulder-Hall

Consultante en situation de vécu

Jeff Myers

Médecin en soins palliatifs, chef de la division des soins palliatifs, Université de Toronto

Patti Staples

Infirmière praticienne, Kingston Health Sciences Centre

Références

1. Health Quality Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. Quality-based procedures: clinical handbook for heart failure (acute and postacute) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015 [cited 2017 Apr 12]. Available from: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/clinical-handbooks/heart-failure-02042015-en.pdf>
2. Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels. 9th ed. Boston (MA): Little, Brown; 1994.
3. Canadian Cardiovascular Society. 2017 comprehensive update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of heart failure. *Can J Cardiol*. 2017;33(11):1342-433.
4. European Society of Cardiology. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2016;37:2129-200.
5. Ontario Palliative Care Network. Key palliative care concepts and terms [Internet]. Newmarket (ON): The Network; 2017 [cited 2018 Feb 26]. Available from: https://www.ontariopalliativecarenetwork.ca/sites/opcn/files/KEY_PALLIATIVE_CARE_CONCEPTS_AND_TERMS.pdf
6. Substitute Decisions Act, S.O. 1992, c. 30 (1992).
7. Health Quality Ontario. Palliative care: care for adults with a progressive, life-limiting illness [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2018 [cited 2018 Nov 28]. Available from: <https://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-palliative-care-clinical-guide-en.pdf>
8. Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circulation Res*. 2013;113(6):646-59.
9. Heart and Stroke Foundation. Report on the health of Canadians: the burden of heart failure [Internet]. Toronto (ON): The Foundation; 2016 [cited 2018 Mar 26]. Available from: <https://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/canada/2017-heart-month/heartandstroke-reportonhealth-2016.ashx?la=en>
10. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62(16):e147-239.
11. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Colvin MM, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(6):776-803.
12. Institute for Clinical Systems Improvement. Health care guideline: heart failure in adults [Internet]. Bloomington (MN): The Institute; 2013 [cited 2017 Mar]. Available from: https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_cardiovascular_guidelines/heart_failure/
13. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic heart failure in adults: diagnosis and management [Internet]. London: The Institute; 2018 [cited 2018 Sep 20]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng106/evidence/full-guideline-pdf-6538850029>
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic heart failure [Internet]. Edinburgh: The Network; 2016 [cited 2017 Mar]. Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN147.pdf>
15. Canadian Hospice Palliative Care Association. Lexicon [Internet]. Ottawa (ON): The Association; 2014 [cited 2017 Jul 20]. Available from: <http://www.hpcintegration.ca/media/53072/TWF-lexicon-eng-final.pdf>
16. Bidy R, Griffin C, Johnson N, Laroque G, Messersmith H, Moody L, et al. Program in evidence based care (PEBC): person-centred care guideline [Internet]. Toronto (ON): Cancer Care Ontario; 2015 [cited 2017 Jul 20]. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=340815>

RÉFÉRENCES SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

17. Ministry of Health and Long-Term Care. Health care experience survey. Toronto (ON): The Ministry; 2017.
18. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002;288(19):2469-75.
19. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the Self-Care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs*. 2009;24(6):485-97.
20. Health Quality Ontario. Aerobic exercise training in patients with heart failure: a rapid review [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015 [cited 2017 Apr 12]. Available from: <http://www.hqontario.ca/evidence/evidence-process/episodes-of-care#community-chf>
21. Canadian Cardiovascular Society. The 2014 Canadian Cardiovascular Society heart failure management guidelines focus update: anemia, biomarkers, and recent therapeutic trial implications. *Can J Cardiol*. 2014;31(1):3-16.
22. Health Quality Ontario. Specialized community-based care: an evidence-based analysis [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2012 [cited 2017 Jun]. Available from: <http://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Reviews-And-Recommendations/Specialized-Community-Based-Care>
23. Ontario Health Technology Advisory Committee. Specialized community-based care: OHTAC recommendation [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2012 [cited 2018 Nov 28]. Available from: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/reports/ohtac-recommendation-specialized-care.pdf>
24. Cardiac Care Network. Strategy for community management of heart failure in Ontario Toronto (ON): The Network; 2014.
25. Teuteberg JJ, Teuteberg WG. Palliative care for patients with heart failure [Internet]. Washington (DC): American College of Cardiology; 2016 [cited 2018 Nov 28]. Available from: <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2016/02/11/08/02/palliative-care-for-patients-with-heart-failure>

À propos de Qualité des services de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario est le responsable provincial de la qualité des soins de santé. Nous aidons le personnel infirmier, les médecins et les autres professionnels de la santé qui travaillent fort en première ligne à être plus efficaces dans ce qu'ils font, en leur fournissant des conseils objectifs et des données, et en les aidant, ainsi que le gouvernement, à améliorer les soins de santé pour la population de l'Ontario.

Nous nous efforçons de rendre les soins de santé plus efficaces, efficaces et abordables dans le cadre d'un mandat que nous confère la loi :

- rendre compte au public, aux organisations, au gouvernement et aux fournisseurs de soins de santé du rendement du système de santé;
- trouver les meilleures données probantes sur ce qui fonctionne;
- traduire ces données en normes cliniques, en recommandations aux professionnels de la santé et aux bailleurs de fonds ainsi qu'en outils que les fournisseurs de soins de santé peuvent facilement mettre en pratique pour apporter des améliorations.

Pour obtenir de plus amples renseignements : hqontario.ca.

À propos de CorHealth Ontario

CorHealth Ontario est un organisme issu de la fusion du Réseau de soins cardiaques de l'Ontario et du Réseau ontarien contre les accidents cérébrovasculaires, dont le mandat a été élargi pour englober les soins cardiaques, vasculaires et de l'AVC. CorHealth Ontario est fier de conseiller le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, les hôpitaux et les fournisseurs de soins afin d'améliorer la qualité, l'efficacité, l'accessibilité et l'équité des services cardiaques, vasculaires et d'AVC pour les patients partout en Ontario.

Pour de plus amples renseignements : corhealthontario.ca.

Vous désirez obtenir plus d'information?

Veillez visiter notre site Web à hqontario.ca/Accueil et communiquer avec nous à l'adresse qualitystandards@hqontario.ca si vous avez des questions ou des commentaires à propos du présent guide.

Qualité des services de santé Ontario

130, rue Bloor Ouest, 10e étage
Toronto, Ontario
M5S 1N5

Tél. : 416-323-6868

Sans frais : 1-866-623-6868

Télec. : 416-323-9261

Courriel : qualitystandards@hqontario.ca

Site Web : hqontario.ca