

Le secret d'un bon suivi sur le plan cardiovasculaire ? des outils et l'aide d'une infirmière !



Photo : Julie Dessureault

Dr Gilbert Gosselin

L'aide d'une infirmière et l'utilisation de nouveaux outils peuvent améliorer la prise en charge des problèmes cardiovasculaires. Les médecins qui bénéficient de ce soutien pensent davantage à prescrire à leurs patients à risque élevé un antiplaquettaire, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et une statine. Ils s'occupent également davantage des problèmes de tabagisme.

Globalement, les cliniciens qui recourent à cette approche expérimentale traitent 12,2 % plus de patients à risque élevé, montre l'étude québécoise CIME (*Collaboration Infirmière-Médecin et*

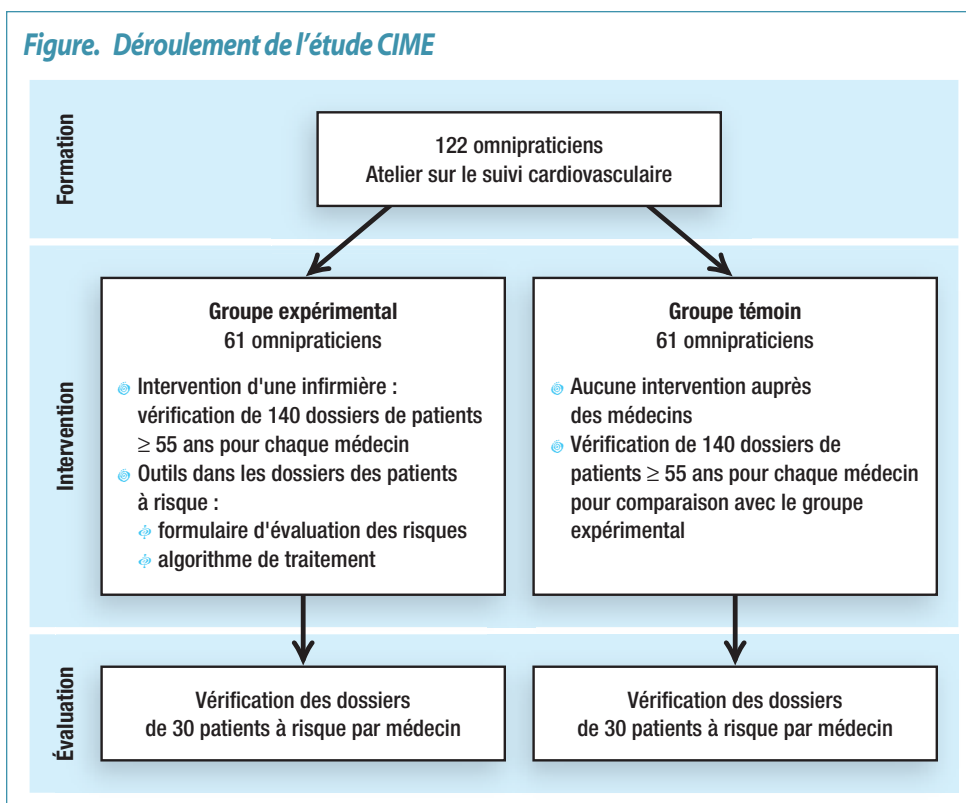
Éducation), financée par Sanofi-Aventis. Le résultat est modeste, mais il ouvre la voie à de nouvelles manières de travailler.

Des chercheurs de l'Université de Montréal et de l'Institut de Cardiologie de Montréal ont mis au point une nouvelle méthode pour améliorer le suivi. Les chercheurs ont d'abord donné à 122 omnipraticiens un atelier interactif sur la prise en charge des patients présentant un risque accru de complications cardiovasculaires. Les médecins, qui venaient de différentes régions du Québec, exerçaient soit seuls, soit dans une clinique, soit dans un groupe de médecine de famille (GMF).

Après l'atelier, la moitié du groupe, sélectionné au hasard, a continué à pratiquer comme d'habitude (*figure*). L'autre moitié a reçu l'aide d'une infirmière

de recherche spécialement formée. Elle a révisé pour chacun des médecins du groupe expérimental les dossiers de 140 patients de 55 ans et plus. Quand elle repérait une personne exposée à des complications cardiovasculaires, elle remplissait un formulaire d'évaluation des risques. Elle y indiquait le profil cardiovasculaire du patient : antécédents d'infarctus du myocarde, de revascularisation ou d'ischémie cérébrale transitoire, angine stable, diabète et maladie vasculaire périphérique. Elle cherchait ensuite dans le dossier si le patient faisait de l'activité physique, fumait ou avait

Figure. Déroulement de l'étude CIME



un surplus de poids. Elle transcrivait également les valeurs de la pression artérielle, de la glycémie et du taux de cholestérol LDL. Et pour finir, elle recensait les médicaments prescrits contre les troubles cardiovasculaires.

Le médecin traitant pouvait ainsi voir sur une seule feuille les antécédents cardiovasculaires du patient, ses facteurs de risque et les traitements qu'il recevait. Il avait également à sa disposition un algorithme de traitement que l'infirmière avait inséré dans le dossier.

« Les médecins de famille doivent traiter des problèmes de pédiatrie, de psychiatrie, de dermatologie et doivent suivre de nombreux guides de pratique. La situation n'est pas facile pour eux. Donc, les outils qu'on leur propose pourraient les aider. C'est une méthode de travail qui peut s'appliquer tout particulièrement dans les GMF », a estimé le Dr Gilbert Gosselin, cardiologue à l'Institut de Cardiologie de Montréal et l'un des auteurs principaux de l'étude, qui présentait les résultats du groupe au Congrès canadien sur la santé cardiovasculaire.

Un suivi parfois non optimal

Quel est le résultat du travail des infirmières ? Elles ont réussi à repérer 4999 patients qui présentaient un risque élevé de troubles cardiovasculaires. Ces sujets constituaient 35 % des personnes de 55 ans et plus dont elles ont revu le dossier. Et parmi ces patients, beaucoup n'avaient pas été traités selon les normes, au cours des douze derniers mois :

- 25 % ne recevaient pas d'antiplaquettaires alors qu'ils auraient dû en avoir ;
- 43 % ne prenaient pas d'IECA, même s'ils en avaient besoin ;

Tableau 1. Pourcentage de patients à risque qui ont reçu une nouvelle ordonnance

Médicament	Groupe expérimental (%)	Groupe témoin (%)	P
Antiplaquettaire	48	37	0,05
IECA	21	11	0,0002
Statine si le cholestérol LDL > 2,5 mmol/l	35	26	0,05
Bêtabloquant après un infarctus	17	16	ns

ns : non significatif

- 17 % de ceux dont le cholestérol LDL dépassait 2,5 mmol/l ne prenaient pas de statines* ;
- 7 % de ceux qui avaient subi un infarctus du myocarde ne recevaient pas de bêtabloquants.

Pour mesurer l'effet de l'intervention des infirmières et des outils proposés, l'équipe de recherche a revu 30 dossiers pour chacun des médecins des deux groupes. Les sujets ont été sélectionnés au hasard parmi les patients à risque qui n'avaient pas été traités de manière optimale.

Sur le plan de la prescription de médicaments, la nouvelle approche a eu un certain succès. Les patients des cliniciens du groupe expérimental ont été plus nombreux que ceux du groupe témoin – qui avait néanmoins suivi l'atelier – à recevoir une ordonnance pour un médicament qu'ils auraient dû avoir (tableau 1).

Des données manquantes

Dans bien des dossiers, plusieurs données manquaient. Ainsi, il n'y avait aucune indication sur l'activité physique dans 59 % des cas, sur le tabagisme dans 42 %, sur le taux de cholestérol LDL dans 17 %

* Au moment de l'étude, la norme était de 2,5 mmol/l et non de 2,0 mmol/l pour les patients à risque élevé.

Tableau 2. Pourcentage de patients dont le dossier contenait dorénavant une information sur un paramètre jusqu'alors manquant

Paramètres	Groupe expérimental (%)	Groupe témoin (%)	P
Cholestérol LDL	46	45	ns
Pression sanguine	82	83	ns
HbA _{1c}	48	48	ns
Activité physique	17	9	0,04
Tabagisme	16	21	ns

ns : non significatif

Tableau 3. Pourcentage de patients qui ont été incités à réduire un facteur de risque

Paramètres	Groupe expérimental (%)	Groupe témoin (%)	P
IMC	63	46	ns
Tabagisme	28	7	0,004
Exercice	13	19	ns

ns : non significatif

et sur la pression sanguine dans 7 %. Chez 14 % des diabétiques, le taux d'hémoglobine glyquée n'était pas noté non plus. Ces oublis pouvaient être le signe d'un suivi incomplet.

L'intervention n'a pas semblé améliorer l'inscription des données. Seule l'activité physique a été un peu plus souvent indiquée par les médecins du groupe expérimental que par ceux du groupe témoin. Pour tous les autres paramètres, il n'y a pas eu de différences (tableau 2). « Sur ce plan, cela n'a pas été concluant », a reconnu le D^r Gosselin, également chef du service de médecine spécialisée et responsable de la recherche au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur.

Qu'en est-il du changement des habitudes de vie ? Selon les données souvent incomplètes des dossiers, 4 % des patients à risque étaient des fumeurs, 3 % des sédentaires et 5 % avaient un indice de masse corporelle de plus de 25 kg/m³. Parmi ces patients, l'intervention n'a semblé avoir d'effet que pour ceux qui avaient un problème de tabagisme (tableau 3). Les fumeurs qui étaient suivis par les médecins du groupe expérimental ont été plus nombreux à recevoir une nouvelle prescription, à être dirigés vers d'autres ressources ou à recevoir des recommandations que

ceux qui étaient traités par les cliniciens témoins. Pour les patients sédentaires ou ayant un surplus de poids, il n'y a pas eu de différence.

Finalement, quel est le bilan de l'intervention de l'infirmière jointe à la présence de nouveaux outils dans le dossier ? De manière globale, dans le groupe expérimental, 56,5 % des patients à risque élevé qui n'étaient pas traités de manière optimale sur un plan ou un autre ont reçu, après l'intervention, une nouvelle ordonnance ou une recommandation ou encore ont été orientés vers une autre ressource. Dans le groupe témoin, cela a été le cas de 44,3 % des patients. Ce qui fait une différence de 12,2 % ($P < 0,0027$).

Les résultats sont modestes, mais non négligeables. « C'est sûr qu'une augmentation de 12 %, ce n'est pas beaucoup. Cependant, par comparaison, un atelier où l'on présente les lignes directrices ne change que de 4 % la pratique des médecins¹. Donc, 12 % c'est quand même significatif. Par ailleurs, une méta-analyse portant sur le même type d'intervention que la nôtre a montré que la performance des médecins en prévention s'était améliorée de 13 %, ce qui est semblable à nos données¹ », a expliqué le D^r Gosselin.

L'avenir est dans l'informatique

La nouvelle méthode de travail que les chercheurs québécois ont mise au point pourrait avoir de nombreuses applications. « Elle pourrait être employée pour d'autres maladies chroniques, comme le diabète ou la bronchopneumopathie chronique obstructive. On donne une formation, puis on demande à une infirmière de réviser les dossiers et d'y insérer les outils de suivi. » Les médecins ont ainsi un meilleur portrait de la situation.

Les chercheurs de l'Université de Montréal, en partenariat avec des collaborateurs de l'Université Laval, ont déjà commencé à enseigner leur méthode à des médecins et à des infirmières de GMF. Ils leur offrent, en outre, un soutien et mettent à leur disposition un site Internet fait à leur intention.

L'avenir ? Il est dans l'informatique. Quand le dossier de santé électronique sera disponible, un programme pourra faire ressortir les risques que présente un patient, souligner ses résultats anormaux, dresser la liste de ses médicaments et alerter le médecin lorsque des éléments du suivi manquent. 📧

1. Balas EA, Weingarten S, Garb CT, Blumenthal D, Boren SA, Brown GD. Improving preventive care by prompting physicians. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 : 301-8.