

Chercheure responsable

Lyne Lalonde, B.Pharm., Ph.D.

Cliniciens responsables

Alain Turcotte, M.D.

Gilles Lalonde, M.D.

Chercheuses

Céline Bareil, M.Ps., Ph.D.

Fabie Duhamel, inf., Ph.D.

Johanne Goudreau, inf., Ph.D.

Éveline Hudon, M.D., M.Cl.Sc.

Marie-Thérèse Lussier, M.D., M.Sc.

Sylvie Perreault, B.Pharm., Ph.D.

Étudiants

Selma Yasmine Drias

Sylvie Lessard, B.A.A.

Mélanie Ladouceur

Sophie Langlois, inf.

Agnès Gabrielle Milard

Nadine Poirier

Coordonnatrices de recherche

Lise Lévesque, Ph.D.

Élisabeth Martin, M.Sc.

Caroline Millette, M.Sc.

Collaborateurs et partenaires

Daniel Corbeil

Pauline Couture, M.D., M.Admin.

Nicole Damestoy, M.D., FRCPC

Julie Desjardins

Stéphane Drouin

Benoit Morin, M.B.A., Ph.D.

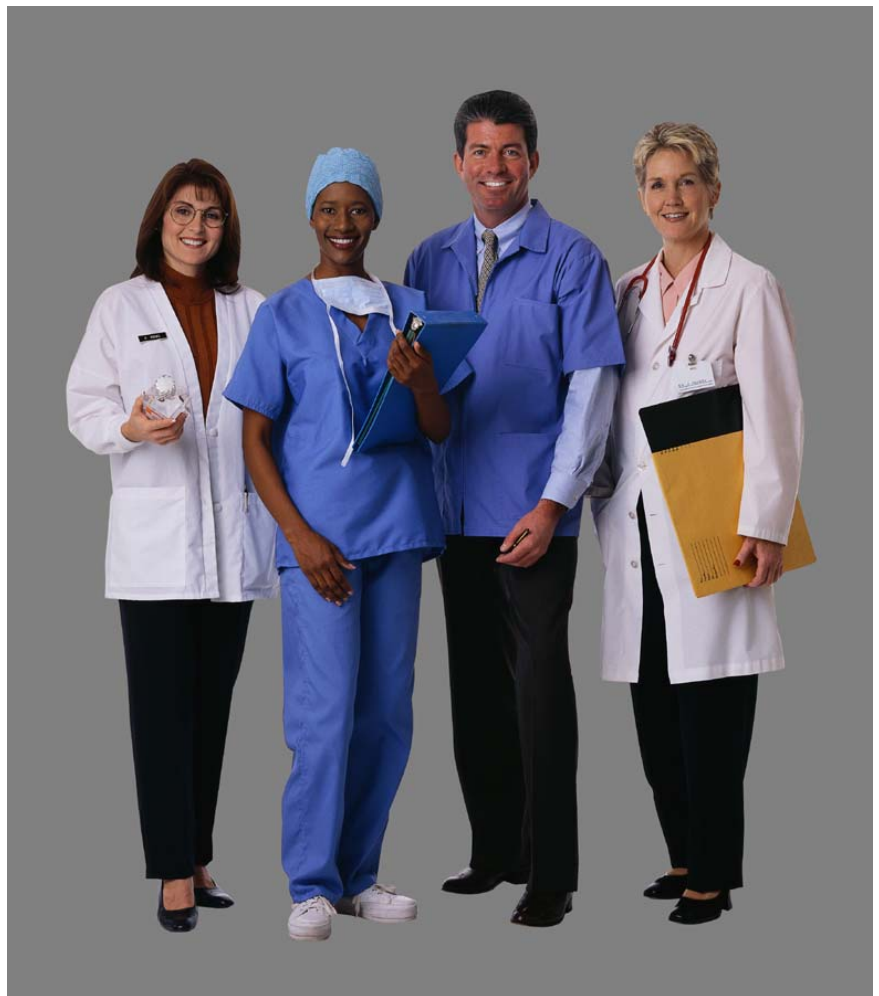
Organismes subventionnaires des phases I et II du programme TRANSIT

Agence de la santé et des services sociaux de Laval; AstraZeneca Canada Inc.; Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal; Fondation Cité de la Santé; Groupe de recherche interuniversitaire en interventions en sciences infirmières du Québec (GRIISIQ); Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC); Pfizer Canada Inc.; Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ); Réseau québécois de recherche sur l'usage des médicaments (RQRUM); sanofi-aventis Canada Inc.

Organismes subventionnaires de la phase III du programme TRANSIT

Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et Pfizer Canada Inc.

Protocole de suivi systématisé en collaboration interprofessionnelle pour les patients à risque de maladies cardiovasculaires en première ligne



Vers la santé cardiovasculaire

AUTEURS

Responsable du sous-groupe de travail sur le suivi interprofessionnel

Éveline Hudon, M.D., M.Cl.Sc.

Professeure adjointe de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Médecin de famille en GMF

Chercheure, Équipe de recherche en soins de première ligne, CSSS de Laval

Membres du sous-groupe sur le suivi interprofessionnel

Marie-France Dubois, inf.

Conseillère clinique en soins infirmiers de première ligne, Direction des soins infirmiers, CSSS de Laval

Andrée Giguère, inf.

Infirmière clinicienne, GMF-UMF Hôpital de la Cité-de-la-Santé, CSSS de Laval

Chantal Guèvremont, Dt.P.

Nutritionniste, GMF Médi-Centre Chomedey et Hôpital de la Cité-de-la-Santé, CSSS de Laval

Gilles Lalonde, M.D.

Médecin responsable, GMF Médi-Centre Chomedey

Sophie Major, M.D.

Médecin responsable, GMF Centre Médical Laval

Josée Martineau, B.Pharm.

Chef-adjointe soins pharmaceutiques, Hôpital de la Cité-de-la-Santé, Département de pharmacie, CSSS de Laval

Julie Pagé, Dt.P.

Coordonnatrice clinique, Programme promotion-prévention saines habitudes de vie 0530, CSSS de Laval

France Petit

Membre de la famille d'un usager des services de santé de Laval

Patricia Riano, M.Ps., M.A.

Psychologue et psychanalyste, Santé mentale ambulatoire de première ligne, CSSS de Laval

Julie Rousseau, B.Pharm.

Pharmacienne communautaire

Marie-Claude Vanier, B.Pharm., M.Sc.

Professeure agrégée de clinique, Faculté de Pharmacie, Université de Montréal

Pharmacienne, GMF-UMF Hôpital de la Cité-de-la-Santé, CSSS de Laval

Contribution spéciale à la rédaction

Diane Couture, Kin., M.Sc.

Kinésiologue

Johanne Goudreau, inf., Ph.D.

Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Chercheure, Équipe de recherche en soins de première ligne, CSSS de Laval

Lyne Lalonde, B.Pharm., Ph.D.

Professeure agrégée, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Directrice, Équipe de recherche en soins de première ligne, CSSS de Laval

Sophie Langlois, inf.

Étudiante au doctorat, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Lise Lévesque, Ph.D.

Coordonnatrice de recherche, Équipe de recherche en soins de première ligne, CSSS de Laval

Ce document a été rédigé et validé dans le cadre d'une recherche participative impliquant la communauté de la première ligne lavalloise. Le Groupe TRANSIT inclut des cliniciens, des gestionnaires, des chercheurs, des usagers et des membres de la famille d'usagers.

Le protocole a de plus été validé par un Comité avisier scientifique de TRANSIT composé d'un représentant du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

L'emploi du masculin, en général, et du féminin, lorsqu'il est question des infirmières et des nutritionnistes, a pour unique but de faciliter la lecture du document.

Le terme « clinicien » désigne tous les professionnels de la santé concernés par l'étude TRANSIT : médecins, infirmières, pharmaciens, nutritionnistes, kinésologues, psychologues et experts de la cessation tabagique.

TABLE DES MATIÈRES

Auteurs	1
Table des matières	2
Liste des annexes	3
Liste des abréviations	4
1. Protocole de suivi en première ligne de la clientèle cardiovasculaire	5
2. Populations visées	5
Patient et ses proches	6
Cliniciens de la première ligne	6
Personnel de soutien administratif	6
Ressources de santé et ressources communautaires	7
3. Rôles des divers acteurs	7
Patient et ses proches	7
Médecin traitant en GMF	8
Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne	8
Infirmière pivot	8
Pharmacien communautaire	9
Pharmacien de GMF	9
Autres professionnels de la santé en pratique publique ou privée	9
Nutritionniste	10
Kinésologue	10
Psychologue	11
Spécialiste de la cessation tabagique	11
Personnel de soutien administratif	11
4. Description du suivi TRANSIT	12
Inscription des patients au programme TRANSIT	12
Suivi médical	12
Suivi infirmier	13
Visite initiale	13
Visites de suivi	14
Suivi pharmaceutique	15
Suivi par la nutritionniste	16
Visite initiale	16
Visites de suivi	17
Suivi par le kinésologue	17
Visite initiale pré-programme	18
Programme d'entraînement	19
Visite finale post-programme	19
Suivi par le psychologue	19
Suivi par le spécialiste de la cessation tabagique	20
Visite initiale	20
Visites de suivi	21
Références	22
Site internet	22

LISTE DES ANNEXES

- 1) Offre de services 0•5•30/première ligne
- 2) Ressources communautaires
- 3) Associations et organismes de soutien
- 4) Procédure d'utilisation du Répertoire des ressources Web (RRW; Sogique)
- 5) Carnet de santé TRANSIT
- 6) Liste de nutritionnistes en pratique privée
- 7) Liste de kinésiothérapeutes en pratique privée
- 8) Liste de professionnels en services psychosociaux en pratique privée
- 9) Ressources en cessation tabagique
- 10) Algorithme du suivi en collaboration interprofessionnelle
- 11) Formulaire d'inscription patient
- 12) Suivi infirmier – Visite initiale (accessible via <http://www.recherchepl.ca>)
- 13) Suivi infirmier – Visites de suivi (accessible via <http://www.recherchepl.ca>)
- 14) Aide-mémoire – Suivi infirmier (accessible via <http://www.recherchepl.ca>)
- 15) Ordonnances collectives
 - 15a) Initier des analyses de laboratoire dans le cadre d'un suivi de clientèle diabétique
 - 15b) Initier des examens diagnostiques dans le cadre d'un suivi de clientèle atteinte d'hypertension artérielle (HTA)
 - 15c) Initier la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA)
 - 15d) Initier la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), avec formulaire de référence et de suivi
 - 15e) Initier l'utilisation d'un appareil de glycémie, de bandelettes et de lancettes pour une période de 18 mois
 - 15f) Initier l'utilisation d'un stylo injecteur, avec aiguilles adaptées, pour une période de 18 mois
 - 15g) Initier l'utilisation d'un tensiomètre automatique ou semi-automatique à domicile
 - 15h) Initier une mesure de l'indice tibio-brachial (ITB)
 - 15i) Initier un prélèvement sanguin d'hyperglycémie provoquée
 - 15j) Liste des ordonnances collectives et protocoles de suivi systématique en rédaction au CSSS de Laval
- 16) Génogramme et Écocarte
- 17) Plan thérapeutique infirmier
- 18) Journal de bord des glycémies à l'intention du patient
- 19) Journal de bord des mesures de tension artérielle à l'intention du patient
- 20) Questionnaire Éducoeur – stress et santé cardiovasculaire
- 21) Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique (Q-AAP) (accessible via <http://www.csep.ca>)
- 22) Trousse Éducoeur-en-route (accessible via <http://www.hypertension.qc.ca>)
- 23) Catalogue des outils pour l'éducation au patient
- 24) Formulaire d'opinion pharmaceutique TRANSIT (accessible via <http://www.recherchepl.ca>)
- 25) Formulaire d'histoire médicamenteuse TRANSIT (accessible via <http://www.recherchepl.ca>)

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Apo-B	apolipoprotéine B
AVC	accident vasculaire cérébral
CARL	Centre ambulatoire régional de Laval
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
C-LDL	<i>low-density-lipoprotein cholesterol</i> (cholestérol des lipoprotéines de faible densité)
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
GMF	Groupe de médecine de famille
HbA1C	hémoglobine glyquée
HTA	hypertension artérielle
ITB	indice tibio-brachial
MAPA	monitorage ambulatoire de la pression artérielle
MCV	maladie cardiovasculaire
Q-AAP	Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique
RRW	Répertoire des ressources Web
TFG	taux de filtration glomérulaire
TRANSIT	Programme de TRANSformation des pratiques cliniques InTerprofessionnelles pour améliorer la qualité des soins préventifs en première ligne
TRN	thérapie de remplacement à la nicotine

1. Protocole de suivi en première ligne de la clientèle cardiovasculaire

TRANSIT est un programme de TRANSformation des pratiques cliniques InTerprofessionnelles pour améliorer la qualité des soins préventifs cardiovasculaires en première ligne.

Dans le cadre du projet TRANSIT, un groupe de cliniciens, usagers et membres de la famille, gestionnaires et chercheuses ont développé un protocole de suivi en collaboration interprofessionnelle qui implique à la fois le médecin traitant, les infirmières du Groupe de médecine de famille (GMF), les pharmaciens communautaires et les pharmaciens du GMF ainsi que les autres cliniciens activement impliqués au niveau de la prévention des maladies cardiovasculaires (MCV), à savoir les nutritionnistes, les kinésiothérapeutes, les psychologues et les spécialistes de la cessation tabagique.



Sans être directif, ce protocole fixe les balises du suivi. Il propose une approche clinique basée sur la collaboration interprofessionnelle pour le suivi des patients multimorbides à risque de MCV, une clientèle typique de la première ligne. Ces patients souffrent non seulement de diabète, de dyslipidémie ou d'hypertension artérielle, mais également d'autres problèmes chroniques de santé qui peuvent, dans certains cas, constituer des barrières importantes à l'optimisation de la prévention cardiovasculaire. Si TRANSIT fournit les outils et les balises pour le suivi cardiovasculaire préventif interprofessionnel en première ligne, les cliniciens doivent continuer de considérer le patient dans sa globalité et sa singularité. Le jugement clinique de chaque intervenant est essentiel pour assurer un suivi respectueux de la réalité de chaque patient.

L'approche TRANSIT est centrée sur le patient et ses proches et met à profit l'expertise et les compétences de chacun des cliniciens de la première ligne. Elle vise à optimiser l'adoption de saines habitudes de vie ainsi que la pharmacothérapie. L'objectif est de mettre à profit de la manière la plus judicieuse possible l'ensemble des ressources de la première ligne afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins. De plus, l'approche est basée sur les fondements de l'entretien motivationnel afin d'accompagner le plus efficacement possible le patient et ses proches dans l'adoption de saines habitudes de vie et l'instauration et le maintien d'un traitement efficace. TRANSIT est supporté par des outils cliniques et d'autogestion ainsi que par des ordonnances collectives. Le suivi proposé doit être adapté en tenant compte de chaque situation clinique et des spécificités de chaque milieu de soins.

2. Populations visées

Ce protocole s'applique spécifiquement au suivi des patients à risque modéré ou élevé de MCV et concerne l'ensemble des cliniciens de la première ligne impliqués en prévention cardiovasculaire ainsi que le personnel de soutien administratif des GMFs.

Patient et ses proches

Le suivi proposé a pour but d'optimiser la prévention primaire et secondaire des MCV. Dans le cadre du projet de recherche TRANSIT, il vise spécifiquement les patients qui répondent aux critères suivants :

- ❖ être inscrit dans un GMF participant;
- ❖ être âgé de 18 ans et plus;
- ❖ avoir un risque estimé de maladies coronariennes sur dix ans modéré (11-19%) ou élevé ($\geq 20\%$) selon la grille de Framingham (Genest, McPherson et al. 2009);
- ❖ avoir au moins une cible thérapeutique non atteinte, selon les plus récents résultats de laboratoire ou prises de tension artérielle, obtenus au cours des six derniers mois :
 - diabète de type 2 non contrôlé si HbA1C $> 7\%$ ou glycémie à jeun > 7 mmol/L ou glycémie deux heures postprandiale > 10 mmol/L (ou > 8 si le taux d'HbA1C visé n'est pas atteint) (Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee 2008);
 - dyslipidémie non contrôlée si C-LDL ≥ 2 mmol/L chez les patients à risque modéré ou élevé ou une réduction du C-LDL de moins de 50% par rapport aux valeurs initiales ou un Apo-B $\geq 0,8$ g/L (Genest, McPherson et al. 2009);
 - hypertension artérielle non contrôlée si $\geq 140/90$ mmHg ou $\geq 130/80$ mmHg chez les patients diabétiques ou souffrant d'insuffisance rénale chronique (taux de filtration glomérulaire (TFG) < 60 mL/min/1,73 m²; (Cloutier & Poirier 2011);
- ❖ être atteint de deux maladies chroniques ou problèmes de santé autres que le diabète de type 2, la dyslipidémie, l'hypertension artérielle ou une MCV (ex. : angine, histoire antérieure d'infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral [AVC], claudication intermittente).

Dans le cadre du projet de recherche, les patients ne seront pas admissibles s'ils sont suivis dans une clinique spécialisée de deuxième ligne pour une MCV et continueront de l'être durant les six prochains mois.

Ce protocole de suivi compte sur le soutien actif des proches du patient qui pourront l'accompagner dans le changement de ses habitudes de vie et ses traitements médicaux.

Cliniciens de la première ligne

Ce protocole de suivi concerne l'ensemble des intervenants impliqués en première ligne au niveau de la prévention cardiovasculaire, incluant les :

- ❖ médecins oeuvrant en GMF;
- ❖ infirmières oeuvrant en GMF;
- ❖ pharmaciens oeuvrant en communauté;
- ❖ pharmaciens oeuvrant en GMF;
- ❖ nutritionnistes oeuvrant en milieu privé et public;
- ❖ kinésithérapeutes oeuvrant en milieu privé et public;
- ❖ psychologues oeuvrant en milieu privé et public;
- ❖ intervenants oeuvrant en centre d'abandon du tabac.

Personnel de soutien administratif

Le personnel de soutien administratif inclut les réceptionnistes, les secrétaires, les techniciens administratifs et les coordonnateurs de GMF. Ces personnes contribuent de manière importante à la coordination des soins et des services offerts aux patients.



Ressources de santé et ressources communautaires

Parmi les ressources importantes disponibles sur le territoire, on compte des rencontres de groupe offertes au CSSS de Laval visant à informer les patients sur le diabète, le cholestérol, l'hypertension artérielle, la cessation tabagique et la saine gestion du poids. Ce sont des programmes offerts dans le cadre de l'Offre de services 0•5•30/première ligne (**ANNEXE 1**). Cette offre de services est accessible aux patients qui habitent à Laval ou dont le médecin de famille exerce à Laval. Certains GMFs offrent des cours de groupe équivalents.

Plusieurs ressources communautaires sont également disponibles (**ANNEXE 2**). Des associations et organismes de soutien défendant les intérêts des patients et divers groupes sont également des ressources vers lesquelles les cliniciens peuvent orienter les patients et où ceux-ci peuvent trouver une aide pour faciliter l'atteinte de leurs objectifs thérapeutiques (**ANNEXE 3**).

Des ressources médicales de deuxième ligne sont également accessibles. Elles incluent les cliniques spécialisées du Centre ambulatoire régional de Laval (CARL), notamment les cliniques de diabète, de cardiologie et d'insuffisance rénale (PréVoir et PréDire). Les patients doivent y être référés par leur médecin et doivent également répondre à certains critères d'admissibilité.

L'information sur les ressources de santé et communautaires est accessible via le Répertoire des ressources Web (RRW; Sogique). Les GMFs et les établissements du CSSS de Laval ont accès gratuitement à ce répertoire à l'adresse : <http://www.rrw.rtss.qc.ca/repertoire/>. La procédure d'utilisation du répertoire est disponible à l'**ANNEXE 4** et il est aussi possible de suivre une brève formation (environ une heure, ou selon le besoin). Dans le cadre de TRANSIT, le personnel de soutien administratif en GMF et les cliniciens intéressés, notamment les infirmières de GMF qui assureront le rôle d'intervenant pivot, sont vivement encouragés à suivre cette formation qui est offerte gratuitement. Il suffit de communiquer avec le Technocentre de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval :

MADAME SUZIE NADEAU
PILOTE RÉGIONAL D'ACTIFS INFORMATIONNELS
CENTRE RÉGIONAL DE SERVICES EN RESSOURCES INFORMATIONNELLES
AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL
TÉLÉPHONE : (450) 978-2121 POSTE 2351

Les cliniciens en GMF n'ayant pas accès au Répertoire des ressources ou ayant perdu leur nom d'utilisateur ou mot de passe peuvent en faire la demande :

PAR COURRIEL : tcr13_centre_d'assistance@ssss.gouv.qc.ca
PAR TÉLÉPHONE : 450-978-2070

3. Rôles des divers acteurs

Patient et ses proches

Le patient est impliqué dans l'ensemble des décisions médicales qui le concernent et plus particulièrement dans l'établissement d'un plan d'action intégrant à la fois l'adoption de saines habitudes de vie et la pharmacothérapie. Dans le cadre du suivi TRANSIT, ce plan d'action est établi en collaboration avec l'infirmière de GMF qui assure le rôle d'intervenant pivot. Le patient s'implique dans la mise en œuvre de son plan d'action. Pour ce faire, il est secondé par des intervenants formés à l'approche de l'entretien motivationnel et par ses proches. Il bénéficie d'un carnet de santé et pourra être dirigé vers des ressources de santé et des ressources communautaires appropriées.

Plus spécifiquement, dans le cadre de son suivi, le patient est responsable de :

- ❖ prendre connaissance de ses facteurs de risque cardiovasculaires et de leurs conséquences;
- ❖ de participer, dans les limites de ses capacités, aux mesures de tension artérielle et de glycémie (la mesure de la tension artérielle et de la glycémie à domicile ainsi que le monitoring ambulatoire de la pression artérielle [MAPA]);
- ❖ établir, en collaboration avec l'infirmière de GMF qui assure le rôle d'intervenant pivot, un plan d'action personnel incluant les changements de style de vie et la pharmacothérapie;
- ❖ s'impliquer activement dans la mise en œuvre de son plan d'action avec les professionnels de la santé qui collaborent au suivi interprofessionnel;
- ❖ prendre rendez-vous avec les professionnels de la santé vers lesquels il est dirigé et se rendre à ses visites.

Médecin traitant en GMF

Le médecin traitant est responsable de l'évaluation médicale. Il travaille en étroite collaboration avec l'infirmière pivot afin d'ajuster le plan de traitement lorsque nécessaire. Il assure le suivi médical pour la prévention cardiovasculaire tout en prenant compte de la globalité du patient, incluant ses autres problèmes de santé, dans le respect des préférences du patient. Le médecin peut partager certains suivis avec une infirmière praticienne spécialisée, lorsqu'une telle infirmière fait partie des cliniciens du GMF.

Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne partage le suivi de certains patients avec le médecin traitant en GMF. Elle accomplit les mêmes interventions que le médecin, à l'exception de l'établissement du diagnostic initial des maladies et de l'initiation de la médication. Comme le médecin traitant en GMF, elle collabore étroitement avec l'infirmière de GMF. En cas de besoin, elle pourrait remplacer le médecin traitant en GMF dans le suivi cardiovasculaire préventif interprofessionnel, notamment lorsque les cibles ne sont pas atteintes. Toutefois, elle réfère au médecin lors de toute situation clinique dépassant son champ d'exercice, soit lorsque la maladie chronique est non diagnostiquée, la médication non initiée ou en cas de complication.

Infirmière pivot

Dans le cadre du suivi interprofessionnel, le rôle d'intervenant pivot est assuré par l'infirmière de GMF. Elle coordonne le suivi interprofessionnel, réalisé en collaboration avec les membres de l'équipe clinique du GMF et de la communauté. Elle assure la liaison avec l'ensemble des intervenants impliqués et tient à jour le dossier du patient en documentant les résultats des mesures et des tests de laboratoire, les notes d'évolution et toutes informations utiles au suivi. Elle travaille en étroite collaboration avec le personnel de soutien administratif du GMF. Elle dirige, au besoin, le patient et ses proches vers les professionnels et les ressources de santé ainsi que les ressources communautaires appropriées.

L'infirmière pivot est le clinicien responsable d'effectuer l'évaluation biopsychosociale et le suivi clinique du patient en collaboration avec ses proches. Ce suivi infirmier est réalisé en accord avec les recommandations canadiennes sur le suivi du diabète, de la dyslipidémie et de l'hypertension artérielle. L'intervention de l'infirmière pivot est appuyée par des outils cliniques : des algorithmes de traitement et des ordonnances collectives. Afin d'optimiser l'accès aux ressources, l'infirmière pivot utilisera le RRW. À l'aide du Carnet de santé TRANSIT (**ANNEXE 5**) et en accord avec les principes de l'entretien motivationnel, elle aide le patient à élaborer son plan d'action.

Le suivi de l'infirmière pivot est composé d'une visite initiale et d'une ou plusieurs visites de suivi. Le nombre et le contenu des visites de suivi sont modulés selon le jugement clinique de l'infirmière pivot et

peuvent varier en fonction de l'état de santé du patient et de ses besoins bio-psycho-sociaux. Lorsqu'un pharmacien de GMF est disponible, elle collabore avec lui dans l'élaboration du plan de traitement, incluant l'application d'ordonnances collectives.

Pharmacien communautaire

Même si le pharmacien communautaire exerce sa profession à l'extérieur du GMF, il fait partie intégrante de l'équipe de soins. Il assure le suivi de la pharmacothérapie du patient. À ce titre, il est responsable de faire l'histoire médicamenteuse ainsi que l'évaluation périodique du profil pharmacologique du patient. Il transmet ses recommandations au médecin traitant et à l'infirmière pivot via des opinions pharmaceutiques. De plus, il contribue de manière importante à l'enseignement aux patients. Lorsque nécessaire, il applique les ordonnances collectives en vigueur concernant le contrôle du diabète, de la dyslipidémie, de l'hypertension ainsi que de la cessation tabagique. Par ailleurs, le pharmacien agit en tant que consultant auprès des autres intervenants, notamment l'infirmière pivot. Finalement, il peut contribuer à la formation des autres cliniciens.



Dans le cas où un pharmacien de GMF est disponible, le pharmacien communautaire peut aussi communiquer avec le pharmacien de GMF pour discuter de problèmes pharmaceutiques plus complexes ou obtenir de l'information complémentaire.

Pharmacien de GMF

Le pharmacien de GMF est un pharmacien qui est membre à part entière de l'équipe interprofessionnelle du GMF et exerce ses fonctions dans les locaux du GMF. Il agit auprès de son équipe en tant que ressource pour tout ce qui concerne la pharmacothérapie des patients inscrits au GMF.

Dans le cadre du projet TRANSIT, le pharmacien de GMF participe au plan de traitement et au suivi de la pharmacothérapie des patients à la demande du médecin traitant ou de l'infirmière pivot. Il assure un rôle de liaison entre le pharmacien communautaire et le médecin traitant, l'infirmière pivot ou l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, en ce qui a trait à la prévention et la gestion des problèmes reliés à la pharmacothérapie. S'il y a lieu, il supporte le pharmacien communautaire dans ses interventions. Il a également la possibilité d'appliquer les ordonnances collectives dans le cas où le pharmacien communautaire d'un patient n'offrirait pas le service.

Autres professionnels de la santé en pratique publique ou privée

Dans le but de soutenir la mise en œuvre du plan d'action du patient, l'infirmière pivot peut le diriger vers d'autres cliniciens de la première ligne, en tenant compte de ses besoins, ses préférences et ses moyens financiers. Ces cliniciens incluent les nutritionnistes, les kinésio-logues, les psychologues et les spécialistes de la cessation tabagique.

Afin de faciliter l'accès aux services gratuits offerts dans le secteur public, les patients peuvent être dirigés vers des rencontres de groupe offertes par des nutritionnistes, des kinésio-logues et des infirmières, portant sur le diabète, le cholestérol, l'hypertension artérielle, la cessation tabagique (méthode Oxygène) et la saine gestion du poids. Des rencontres individuelles sont également possibles en cessation tabagique (intervenants spécialisés en cessation tabagique), et dans certains cas, en nutrition (nutritionniste en individuel). Ces rencontres sont offertes au CSSS de Laval, via l'Offre de services 0•5•30/première ligne (**ANNEXE 1**).

Finalement, les patients qui ont besoin de rencontres individualisées avec une nutritionniste, un kinésologue ou un psychologue, et ayant les moyens financiers suffisants ou bénéficiant d'un plan d'assurance qui couvre les frais de ces consultations, peuvent être dirigés ou référés vers un de ces professionnels en pratique privée (autant que possible au même GMF que son infirmière pivot).

De plus, dans le cadre de l'étude TRANSIT, chaque GMF dispose d'une enveloppe budgétaire pour faciliter l'accès aux nutritionnistes, kinésologues et psychologues. L'infirmière pivot peut utiliser ces sommes pour rémunérer les intervenants du secteur public vers qui sont dirigés les patients dont le plan d'assurance ne couvre pas ces consultations et qui n'ont pas les moyens financiers d'en défrayer les coûts. L'aide financière est offerte uniquement aux patients dont le plan de traitement, établi avec l'infirmière pivot, indique qu'ils ont besoin de ce suivi et que leur motivation est suffisante pour compléter un programme individualisé de modification des habitudes de vie ou une psychothérapie.

Les modalités précises d'utilisation de cette enveloppe budgétaire sont établies par l'ensemble des membres de l'équipe interne de facilitation dans chaque GMF. Ces fonds sont administrés par l'Équipe de recherche en soins de première ligne. Les cliniciens (nutritionnistes, kinésologues et psychologues) qui assurent le suivi de ces patients doivent faire parvenir leurs factures à l'Équipe de recherche en soins de première ligne qui se sera responsable de les payer. L'Équipe produira un compte rendu des dépenses encourues dans chaque GMF à tous les trois mois.

NUTRITIONNISTE

La nutritionniste est responsable de l'évaluation, de l'enseignement et du suivi nutritionnels des patients qui lui sont dirigés par l'infirmière pivot. Elle travaille en complémentarité avec tous les intervenants de l'équipe médicale. Ses interventions sont basées sur les principes de l'entretien motivationnel. En consultant le carnet de santé du patient, elle tient compte de la démarche initiée préalablement avec l'infirmière pivot.

L'objectif de la consultation nutritionnelle est de modifier les comportements alimentaires afin d'améliorer l'état nutritionnel et la santé et de faire la promotion d'une nutrition optimale afin de prévenir les maladies chroniques ainsi que le développement et la progression de leurs complications. Pour ce faire, le suivi nutritionnel sera généralement composé d'une visite initiale et de deux visites de suivi, en consultation individuelle. Une liste de nutritionnistes en pratique privée est disponible à l'**ANNEXE 6**.

Dans le cadre de l'Offre de services 0•5•30/première ligne du CSSS de Laval (**ANNEXE 1**), lors de rencontres en groupe, la nutritionniste dispense des Cours de base sur le diabète, des Cours de base sur le cholestérol, des Cours de base sur l'hypertension ainsi qu'un Groupe de saine gestion du poids.

KINÉSIOLOGUE

Le kinésologue fait la promotion de l'activité physique. Ses interventions visent aussi à prévenir les maladies chroniques et maintenir une bonne qualité de vie. Il propose un programme de suivi adapté à l'état de santé du patient. Le kinésologue en pratique privée est responsable de l'évaluation de la condition physique ainsi que de l'élaboration et du suivi d'un programme sécuritaire et efficace d'activités physiques pour les patients qui lui sont dirigés par l'infirmière pivot. Il travaille en complémentarité avec tous les intervenants de l'équipe médicale. Ses interventions sont basées sur les principes de l'entretien motivationnel et, par la consultation du carnet de santé du patient, il tient également compte de la démarche initiée préalablement avec l'infirmière pivot. Une liste de kinésologues en pratique privée est disponible à l'**ANNEXE 7**.

L'objectif de la consultation en kinésologie est d'amener le patient à adopter un mode de vie plus actif physiquement afin d'améliorer sa santé et sa vitalité. Pour ce faire, l'intervention en kinésologie sera généralement composée d'une visite initiale et de deux visites de suivi, en consultation individuelle.

L'Offre de services 0•5•30/première ligne du CSSS de Laval (**ANNEXE 1**) permet de faciliter l'accès aux kinésio- logues pour les patients qui n'ont pas de couverture d'assurance ou les moyens financiers de se payer des ser- vices au privé. Le kinésiologue est responsable de faire la promotion de modes de vie physiquement actifs à l'intérieur du Groupe de saine gestion du poids, des Cours de base sur le diabète et du Groupe de cessation tabagique (**ANNEXE 1**). Les patients qui suivent un de ces programmes sont admissibles à un nouveau pro- gramme intitulé « Initiation à l'activité physique » offert par le CSSS de Laval.

PSYCHOLOGUE

Le psychologue est responsable de l'évaluation et du suivi des pa- tients qui lui sont dirigés par l'infirmière pivot. Dans le cadre d'une courte psychothérapie (4-10 séances), il travaille avec les patients qui présentent des difficultés psychologiques qui les empêchent de bien suivre les traitements qui leurs sont proposés. Il peut s'agir de patients qui ont une condition psychologique (ex. : dépression) qui porte atteinte à leur état de santé général ou qui, pour des motifs psychologiques dont ils ne sont souvent pas conscients, refusent ou s'opposent à leur traitement.

L'objectif de la consultation en psychologie est d'évaluer les diffi- cultés qu'éprouve le patient et de l'aider à atteindre ses objectifs. Les objectifs du patient peuvent être, par exemple, de modifier des attitudes ou des comportements, de se libérer d'une dépendance, de gérer le stress, etc. La durée et la fré- quence des rencontres dans le cadre d'une psychothérapie dépendent de la gravité du problème, des objectifs visés, du type d'approche thérapeutique (cognitivo-comportementale, humaniste, psychodynamique, etc.), des réactions personnelles du patient, de sa motivation et de son implication dans le traitement. Une liste de pro- fessionnels en services psychosociaux en pratique privée, incluant les psychologues et les travailleurs sociaux, est disponible à l'**ANNEXE 8**.



SPÉCIALISTE DE LA CESSATION TABAGIQUE

L'intervenant du Centre d'abandon du tabagisme (CAT), infirmière ou intervenant social, offre des services gratuits d'intervention et de soutien pour aider les patients fumeurs à cesser de fumer. Il a reçu une formation spécifique sur l'intervention en abandon du tabagisme reconnue par le ministère de la Santé et des Services so- ciaux et possède les compétences requises pour offrir un conseil et un accompagnement spécialisé aux patients qui souhaitent cesser de fumer.

L'objectif de l'intervention en cessation tabagique est d'amener les patients à développer les habiletés nécessai- res pour cesser de fumer tout en les aidant à maintenir les nouveaux comportements. L'intervenant du CAT offre des interventions individuelles ou en groupe. Lors des interventions, il aide les patients qui souhaitent cesser de fumer à établir un plan d'action pour se préparer à l'arrêt, à identifier les situations à risque, à mieux connaître les différentes formes de dépendance, à faire face aux symptômes de sevrage et à gérer autrement leur stress. Il conseille les patients et applique l'approche de l'entretien motivationnel. Il tient compte de la dé- marche initiée préalablement avec l'infirmière pivot, en consultant le carnet de santé du patient. Il donne éga- lement de l'enseignement aux patients. Les ressources pour la cessation tabagique sont listées à l'**ANNEXE 9**.

Personnel de soutien administratif

Le personnel de soutien administratif du GMF (secrétaires, réceptionnistes, techniciens administratifs et coordonnateurs) soutient l'équipe de soins ainsi que le patient et ses proches à chacune des phases d'application de ce protocole de suivi. Plus spécifiquement, le personnel de soutien administratif est res- ponsable de :

- ❖ mettre à jour la liste des patients inscrits au programme TRANSIT;
- ❖ de céder les rendez-vous des patients pour leurs rencontres avec l'infirmière pivot et les autres intervenants du GMF s'il y a lieu;
- ❖ renseigner les patients concernant la prise de rendez-vous avec les intervenants hors GMF;
- ❖ s'assurer que l'infirmière pivot reçoit une copie des résultats de laboratoire, des opinions pharmaceutiques et de toute autre correspondance (ex. : histoire médicamenteuse, notes d'évolution, etc.) concernant les patients TRANSIT;
- ❖ renseigner les patients sur les ressources communautaires et de santé identifiées à l'aide du RRW (voir p. 7 et **ANNEXE 4**) ou des renseignements se retrouvant dans les annexes 1-2-3-6-7-8-9;
- ❖ s'assurer de la disponibilité des outils cliniques TRANSIT et en commander au besoin.

Rappelons qu'il est de la responsabilité du patient de prendre ses rendez-vous avec les intervenants hors GMF vers lesquels il est dirigé et de se rendre à ses visites.

4. Description du suivi TRANSIT

Tel qu'illustré par l'Algorithme du suivi en collaboration interprofessionnelle (**ANNEXE 10**), le suivi est initié par le médecin traitant. Par la suite, l'infirmière de GMF qui assure le rôle d'intervenant pivot rencontre une première fois le patient afin d'évaluer son état de santé. En accord avec l'approche de l'entretien motivationnel, elle amorce l'établissement d'un plan d'action. Selon le patient, une ou plusieurs visites pourront être nécessaires. L'infirmière pivot peut diriger le patient vers son pharmacien communautaire ou, s'il y a lieu, vers son pharmacien de GMF pour l'ajustement ou la gestion d'un problème relié à la pharmacothérapie. Lors des visites de suivi, le patient et l'infirmière pivot identifient ensemble les ressources de santé et communautaires les plus appropriées afin d'optimiser la mise en œuvre du plan d'action. Ainsi, le patient peut consulter, au besoin, une nutritionniste, un kinésiologue, un psychologue et/ou un spécialiste de la cessation tabagique.

Inscription des patients au programme TRANSIT

Le médecin traitant, ou tout autre clinicien, identifie les patients qui correspondent à la population visée, c'est-à-dire les patients multimorbides âgés de 18 ans et plus, à risque modéré ou élevé de MCV, dont au moins une des cibles thérapeutiques visées n'est pas atteinte (glycémie, C-LDL, tension artérielle) et qui souffrent de deux autres maladies chroniques (voir p. 6 pour les critères détaillés).

LE CLINICIEN COMPLÈTE LE
FORMULAIRE D'INSCRIPTION PATIENT
(**ANNEXE 11**) ET LE TRANSMET À
L'ÉQUIPE DE RECHERCHE PAR TÉLÉCO-
PIEUR.

Un agent de recherche contacte le patient par téléphone pour lui expliquer l'étude et obtenir un assentiment verbal. Il lui fait parvenir par la poste le formulaire de consentement à signer et un questionnaire auto-administré à compléter. Le statut d'inscription est confirmé par un membre de l'Équipe de recherche. Ainsi, le personnel de soutien administratif pourra mettre à jour la liste des patients TRANSIT.

Suivi médical

Le médecin traitant est responsable d'effectuer le suivi à long terme du patient. Ainsi, il doit être informé périodiquement des suivis des autres cliniciens impliqués, et intervient s'il y a lieu. Finalement, les autres cliniciens peuvent le contacter au besoin afin de discuter d'un cas précis. Le médecin peut partager certains actes du suivi médical avec l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.

Suivi infirmier

Un premier rendez-vous pour la visite initiale (60 minutes) avec l'infirmière pivot est fixé. Par la suite, l'infirmière pivot rencontre le patient à une ou plusieurs reprises selon les besoins du patient pour des visites de suivi. Les visites de suivi sont généralement plus courtes (30 minutes). Un suivi typique inclut un total de trois visites. Le nombre, la fréquence et la durée des visites sont adaptés selon les besoins de chaque patient.

LA DÉMARCHE DE SOINS INFIRMIERS ET L'APPROCHE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL SONT REGROUPÉS DANS LE SUIVI INFIRMIER – VISITE INITIALE (ANNEXE 12) ET LE SUIVI INFIRMIER – VISITES DE SUIVI (ANNEXE 13).

VISITE INITIALE

❖ *Expliquer le suivi infirmier proposé dans l'étude TRANSIT :*

- expliquer le rôle de l'infirmière pivot;
- clarifier les attentes du patient;
- définir des objectifs communs en tenant compte des attentes du patient.

❖ *Évaluer l'état de santé biopsychosocial et clinique, notamment la santé cardiovasculaire :*

- faire l'examen physique, incluant la mesure de la grandeur, du poids et du tour de taille;
 - lorsque nécessaire, initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance (tests de laboratoire appropriés et mesure de la tension artérielle) afin de dépister ou vérifier l'atteinte des cibles thérapeutiques pour le diabète, la dyslipidémie et l'hypertension.
- évaluer le contexte social du patient (utiliser le génogramme et l'écocarte);
- décrire les habitudes de vie du patient (alimentation, exercice, gestion du stress, médication, etc.);
- explorer les croyances et inquiétudes du patient ainsi que la signification de son état de santé pour lui et sa famille;
- en s'appuyant sur les principes de l'entretien motivationnel, susciter un échange avec le patient au sujet de son état de santé, de ses maladies, des risques associés et des recommandations appropriées à sa situation;
- mettre à jour le plan thérapeutique infirmier et le dossier médical.

CONSULTER L'AIDE-MÉMOIRE – SUIVI INFIRMIER (ANNEXE 14) AFIN D'IDENTIFIER LES TESTS DE LABORATOIRE À DEMANDER SELON LES ORDONNANCES COLLECTIVES ET LES PROTOCOLES DE SUIVI SYSTÉMATIQUE EN VIGUEUR (ANNEXES 15a à 15j).

LES DOCUMENTS GÉNOGRAMME ET ÉCOCARTE SONT UTILISÉS AU BESOIN (ANNEXE 16).

L'INFIRMÈRE PIVOT COMPLÈTE LES SECTIONS PERTINENTES DU PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (ANNEXE 17) ET LES AJOUTE AU DOSSIER MÉDICAL DU PATIENT.

❖ *Établir le plan d'action en utilisant le carnet de santé :*

- expliquer au patient les buts et le contenu du carnet de santé;
- compléter avec le patient la section « Ma santé cardiovasculaire » (pages 2, 3 et 4) et la section « Mon plan d'action » (pages 6 et 7), selon le jugement clinique de l'infirmière pivot;
- déterminer avec le patient son niveau de motivation. Commencer l'intervention en fonction de l'évaluation effectuée. Selon le temps disponible, débiter si possible des interventions motivationnelles brèves.

L'INFIRMÈRE PIVOT COMPLÈTE EN PARTIE LE CARNET DE SANTÉ PERSONNALISÉ TRANSIT (ANNEXE 5) AVEC LE PATIENT. LE JOURNAL DE BORD DES GLYCÉMIES À L'INTENTION DU PATIENT (ANNEXE 18) ET LE JOURNAL DE BORD DES MESURES DE TENSION ARTÉRIELLE À L'INTENTION DU PATIENT (ANNEXE 19) PEUVENT ÊTRE DISTRIBUÉS ET INSÉRÉS DANS LE CARNET DE SANTÉ AU BESOIN.

❖ *Effectuer et ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance :*

- si possible, contacter le pharmacien communautaire ou le pharmacien de GMF en vue de l'application d'une ordonnance individuelle ou collective pour l'ajustement posologique d'un médicament pour le diabète, la dyslipidémie ou l'hypertension;
- si la pharmacie communautaire et/ou le pharmacien de GMF n'offrent pas les services d'ajustements posologiques, appliquer l'ordonnance individuelle ou collective appropriée lorsque requis.

VISITES DE SUIVI

Le contenu des rencontres de suivi est individualisé et dépend non seulement de la condition médicale du patient, mais aussi du contexte psychosocial et de son niveau de motivation face à l'autogestion de ses problèmes de santé et à l'adoption de saines habitudes de vie. Les visites de suivi sont personnalisées selon le jugement clinique de l'infirmière pivot.

L'INFIRMIÈRE PIVOT UTILISE AU BESOIN LE QUESTIONNAIRE ÉDUCEUR – STRESS ET SANTÉ CARDIOVASCULAIRE POUR ÉVALUER LE BESOIN D'UN SUIVI PAR UN PSYCHOLOGUE (**ANNEXE 20**). LE QUESTIONNAIRE SUR L'APTITUDE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (Q-AAP) (**ANNEXE 21**) PEUT ÊTRE COMPLÉTÉ AVEC LE PATIENT POUR IDENTIFIER LES CONTRE-INDICATIONS À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE.

Certains outils sont disponibles pour personnaliser l'intervention vis-à-vis le patient.

L'INFIRMIÈRE PIVOT PEUT DISTRIBUER DU MATÉRIEL ÉDUCATIF AU PATIENT AFIN DE LE SENSIBILISER À SA CONDITION. AU BESOIN, ELLE UTILISE LA TROUSSE ÉDUCEUR-EN-ROUTE (**ANNEXE 22**) POUR IDENTIFIER LES BESOINS D'INFORMATION DU PATIENT. CET OUTIL EST COMPATIBLE AVEC L'APPROCHE MOTIVATIONNELLE ET OFFRE UNE GAMME COMPLÈTE D'OUTILS ÉDUCATIFS SUR L'ALIMENTATION, L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, LA MOTIVATION ET L'ÉTAT D'ESPRIT, LA MÉDICATION ET LE TABAGISME. AU BESOIN, ELLE CONSULTE LE CATALOGUE DES OUTILS POUR L'ÉDUCATION AU PATIENT (**ANNEXE 23**) QUI LISTE DES OUTILS ÉDUCATIFS VARIÉS POUR LA PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE.

❖ *Suivre et mettre à jour la mise en œuvre du plan d'action :*

- lorsque nécessaire et en accord avec le patient, le diriger vers les ressources de santé et communautaires appropriées, en collaboration avec le personnel de soutien administratif qui utilise le RRW afin d'informer les patients (voir p. 11);
 - selon les besoins du patient, l'infirmière pivot peut le diriger vers un cours de base de l'Offre de services 0•5•30/première ligne du CSSS de Laval (**ANNEXE 1**) afin qu'il puisse s'inscrire lui-même à une formation individuelle ou en groupe;
 - elle peut aussi le diriger vers les ressources communautaires (**ANNEXE 2**), les associations ou organismes de soutien (**ANNEXE 3**), les professionnels en pratique privée (**ANNEXES 6, 7 et 8**) ou les experts en cessation tabagique (**ANNEXE 9**);
- continuer d'appliquer l'ordonnance individuelle ou collective appropriée lorsque requis;
- faire le bilan périodique de la mise en œuvre du plan d'action.

❖ *Lors de l'application d'une ordonnance individuelle ou collective, envoyer un rapport de progrès au médecin traitant ou à l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne si :*

- le patient a atteint les cibles thérapeutiques recommandées;
- le patient n'a pas atteint les cibles thérapeutiques recommandées à la dose maximale permise;
- le patient est intolérant à sa médication;
- le patient ne désire plus être suivi par l'infirmière pivot.

Suivi pharmaceutique

Le suivi pharmaceutique s'étale sur plusieurs visites. Le pharmacien communautaire rencontre périodiquement chaque patient. La fréquence des visites est établie en fonction des besoins du patient.

❖ *Évaluer le profil pharmacologique :*

- lorsqu'il le juge pertinent, ou à la demande de l'infirmière pivot, du médecin traitant ou de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, le pharmacien fait l'évaluation du profil pharmacologique et soumet ses recommandations par le biais d'une opinion pharmaceutique. Pour ce faire, il est invité à compléter et transmettre le formulaire d'opinion pharmaceutique spécifiquement développé pour le programme TRANSIT à l'infirmière pivot et au médecin traitant ou à l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.

LE PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE PEUT UTILISER LE **FORMULAIRE D'OPINION PHARMACEUTIQUE TRANSIT (ANNEXE 24)**.

❖ *Faire l'histoire médicamenteuse :*

- lorsqu'il le juge pertinent ou à la demande de l'infirmière pivot, du médecin traitant ou de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, le pharmacien documente l'histoire médicamenteuse. Pour ce faire, il est invité à compléter et transmettre à l'infirmière pivot et au médecin traitant ou à l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne le formulaire d'histoire médicamenteuse spécifiquement développé pour le programme TRANSIT;
- lorsqu'il le juge pertinent ou sur demande, le pharmacien fait parvenir une copie du dossier de pharmacie, incluant l'ensemble des ordonnances actives, à l'infirmière pivot et au médecin traitant ou à l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.

LE PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE PEUT UTILISER LE **FORMULAIRE D'HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE TRANSIT (ANNEXE 25)**.

❖ *Informier et conseiller sur la pharmacothérapie et la santé cardiovasculaire :*

- prendre connaissance du carnet de santé du patient, notamment de son plan d'action;
- participer à l'enseignement concernant les modifications des habitudes de vie;
- offrir, si possible, des services de MAPA;
- dispenser les conseils et les enseignements concernant les mesures de la tension artérielle et de la glycémie à domicile et les appareils disponibles. Au besoin, se référer au Catalogue des outils pour l'éducation au patient (**ANNEXE 23**);
- conseiller le patient sur l'achat d'un appareil pour la mesure de la tension artérielle ou de la glycémie;
- soutenir le patient dans la mise en œuvre de son plan d'action;
- effectuer l'enseignement concernant le traitement pharmacologique au moment de l'initiation d'un traitement pharmacologique ainsi qu'en cours de suivi.

❖ *Surveiller la pharmacothérapie/initier ou ajuster un médicament :*

- surveiller l'ensemble de la pharmacothérapie du patient (adhésion, persistance, interactions médicamenteuses, etc.);
- au besoin, transmettre ses recommandations à l'infirmière pivot et au médecin traitant ou à l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne via le formulaire d'opinion pharmaceutique TRANSIT (**ANNEXE 24**);
- lorsque requis, appliquer les ordonnances individuelles ou collectives pour les ajustements thérapeutiques des médicaments antihypertenseurs, hypolipémiants, antidiabétiques et/ou pour la cessation tabagique. Dans le cadre de ce suivi, envoyer un rapport de progrès à l'infirmière pi-

vot et au médecin traitant ou à l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Un rapport est requis lorsque :

- un ajustement thérapeutique des médicaments est fait;
- le patient a atteint les cibles thérapeutiques recommandées;
- le patient n'a pas atteint les cibles thérapeutiques recommandées à la dose maximale permise;
- le patient est intolérant à sa médication;
- le patient ne désire plus être suivi par son pharmacien;
- lorsque requis, appliquer l'ordonnance collective pour la cessation tabagique et en informer l'infirmière pivot.

LE PHARMACIEN SE RÉFÈRE À L'ORDONNANCE COLLECTIVE APPROPRIÉE POUR LA PHARMACOTHÉRAPIE ANTIHYPERTENSIVE, HYPOLIPÉMIANTE, ANTIDIABÉTIQUE OU POUR LA CESSATION TABAGIQUE (**ANNEXES 15a À 15j**).

Suivi par la nutritionniste

Dans le cadre du programme TRANSIT, les patients sont dirigés vers les rencontres de groupe offertes gratuitement par le CSSS de Laval.

Les patients pour qui les rencontres de groupe sont insuffisantes ou non adaptées à leurs besoins, et qui bénéficient d'une assurance privée couvrant les consultations avec une nutritionniste ou qui sont capables de défrayer ces coûts, peuvent être dirigés vers une nutritionniste en privé.

Dans le cadre de l'étude TRANSIT, les patients qui ne bénéficient d'aucune couverture d'assurance et qui n'ont pas les ressources financières leur permettant de consulter en privé sont admissibles à une aide financière leur permettant d'accéder à un suivi par une nutritionniste incluant un maximum de trois visites par patient, au tarif habituel.

Le suivi en nutrition débutera par une visite initiale. Par la suite, la nutritionniste ajuste le nombre de visites de suivi nécessaire aux besoins du patient selon son jugement clinique. De façon générale, la première visite dure 60 minutes et les visites de suivi sont d'une durée de 30 minutes.

VISITE INITIALE

❖ *Prendre connaissance du carnet de santé du patient :*

- identifier les facteurs de risque cardiovasculaires du patient;
- revoir et discuter du plan d'action établi avec l'infirmière pivot;
- revoir et discuter des cibles thérapeutiques à atteindre;
- revoir et discuter des éléments motivationnels concernant l'adoption d'une saine alimentation;
- renforcer l'intervention de l'infirmière pivot.

❖ *Faire l'évaluation nutritionnelle :*

- faire la revue des ressources consultées à ce jour dans le domaine de la nutrition (ex. : cours de groupe);
- faire l'évaluation nutritionnelle;
- faire l'histoire diététique;
- évaluer le cadre psychosocial et environnemental;
- examiner les résultats de l'évaluation clinique et biochimique.

❖ *Établir le plan d'intervention nutritionnelle :*

- fixer des objectifs nutritionnels individualisés avec l'aide du patient;
- amorcer l'enseignement sur les principes d'une saine alimentation selon les besoins thérapeutiques du patient : diabète, dyslipidémie et hypertension, selon les lignes directrices (Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee 2008; Jones, Berard et al. 2008; Genest, McPherson et al. 2009; Hackam, Khan et al. 2010). Au besoin, se référer au Catalogue des outils pour l'éducation au patient (**ANNEXE 23**);
- s'il y a lieu, prodiguer l'enseignement sur les causes, symptômes et traitements des pathologies associées (ex. : diabète et hypoglycémie).

❖ *Assurer le suivi :*

- prévoir la date de la prochaine rencontre individuelle dans trois mois;
- envoyer un résumé de l'intervention à l'infirmière pivot pour ajout au dossier du patient.

VISITES DE SUIVI

❖ *Faire l'évaluation nutritionnelle :*

- examiner les résultats de l'évaluation clinique et biochimique;
- évaluer l'alimentation actuelle incluant les changements d'habitudes alimentaires en utilisant des outils jugés pertinents par la nutritionniste et adaptés aux besoins du patient;
- procéder à l'évaluation nutritionnelle.

❖ *Faire le suivi du plan d'intervention nutritionnelle :*

- faire un retour sur la rencontre précédente et évaluer la compréhension;
- faire un retour sur certains thèmes discutés lors des rencontres avec l'infirmière pivot et documentés dans le carnet de santé et/ou lors de rencontres de groupe;
- revoir les objectifs nutritionnels fixés et les ajuster au besoin selon les progrès;
- personnaliser les notions enseignées afin de favoriser leur mise en application au quotidien (ex. : lecture d'étiquettes, choix de repas au restaurant, choix de matières grasses, horaire et fréquence des repas, contenu en sel des aliments, etc.);
- poursuivre l'enseignement nutritionnel selon les paramètres thérapeutiques visés.

❖ *Assurer le suivi :*

- prévoir la date de la prochaine rencontre individuelle s'il y a lieu;
- diriger le patient vers d'autres ressources au besoin (ex. : programmes d'éducation au patient de l'Offre de services 0•5•30/première ligne du CSSS de Laval : saine gestion du poids, diabète, cholestérol, hypertension artérielle et cessation tabagique [**ANNEXE 1**]), les ressources communautaires [**ANNEXE 2**] et les associations ou organismes de soutien [**ANNEXE 3**]);
- envoyer un résumé de l'intervention à l'infirmière pivot pour ajout au dossier du patient.

Suivi par le kinésiologue

Les patients ayant participé au Groupe de saine gestion du poids, aux Cours de base sur le diabète et au Groupe de cessation tabagique sont admissibles au programme « Initiation à l'activité physique » de l'Offre de services 0•5•30/première ligne du CSSS de Laval (**ANNEXE 1**). En adhérant à ce programme, ils bénéficient de huit rencontres de groupe. Les séances de groupe favorisent l'esprit d'équipe et les participants en retirent beaucoup de plaisir, deux éléments qui motivent les patients à maintenir la pratique de l'activité physique. Le participant est encouragé à chercher une activité physique qu'il pourra poursuivre à la fin du programme. Le kinésiologue du CSSS de Laval l'appuie dans ses recherches d'information.

Les patients pour qui les rencontres de groupe sont insuffisantes ou non adaptées à leurs besoins, et qui bénéficient d'une assurance privée couvrant les consultations avec un kinésiologue ou qui sont capables de défrayer ces coûts, peuvent être dirigé vers un kinésiologue en privé.

Dans le cadre de l'étude TRANSIT, les patients qui ne bénéficient d'aucune couverture d'assurance et qui n'ont pas les ressources financières leur permettant de consulter en privé sont admissibles à une aide financière leur permettant d'accéder à un suivi par un kinésiologue incluant un maximum de trois visites au tarif habituel par patient.

Le protocole TRANSIT décrit le suivi recommandé pour le kinésiologue en pratique privée. Il est composé d'une évaluation pré-programme, une ou plusieurs rencontres de suivi et finalement une évaluation post-programme. De façon générale, les rencontres d'évaluation pré- et post-programme durent 60 minutes et une rencontre de suivi dure 30 minutes. Le kinésiologue initie les patients à la pratique d'activités physiques adaptées à leur condition. Il pourra offrir un programme d'exercices complet adapté à l'état de santé du patient, incluant un entraînement cardiovasculaire, des exercices de renforcement musculaire ainsi que des exercices de flexibilité et de proprioception. Le nombre de rencontres de suivi en kinésiologie pourra varier en fonction des besoins et des attentes des patients, des ressources disponibles ainsi que du jugement clinique du kinésiologue.

VISITE INITIALE PRÉ-PROGRAMME

❖ *Prendre connaissance du carnet de santé du patient :*

- identifier les facteurs de risque cardiovasculaires du patient;
- revoir et discuter du plan d'action établi avec l'infirmière pivot;
- revoir et discuter des cibles thérapeutiques à atteindre;
- revoir et discuter des éléments motivationnels concernant l'adoption l'activité physique;
- renforcer l'intervention de l'infirmière pivot.

❖ *Faire l'évaluation de la condition physique et établir un programme d'activités physiques :*

- faire l'histoire de la condition physique et identifier, s'il y a lieu, les contre-indications à l'activité physique en consultant le Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique (Q-AAP) (**ANNEXE 21**). S'il advenait que l'infirmière pivot n'ait pas rempli le questionnaire, compléter le document avec le patient.

SEUL UN KINÉSIOLOGUE AYANT UNE FORMATION DE « PHYSIOLOGISTE DE L'EXERCICE » RECONNUE PAR LA FÉDÉRATION DES KINÉSIOLOGUES DU QUÉBEC PEUT POURSUIVRE L'INTERVENTION MALGRÉ UNE OU PLUSIEURS RÉPONSES POSITIVES AU Q-AAP (**ANNEXE 21**). LE CAS ÉCHÉANT, LE KINÉSIOLOGUE DOIT ANNOTER DIRECTEMENT LE Q-AAP EN INDIQUANT QU'IL PREND LA RESPONSABILITÉ DE POURSUIVRE L'INTERVENTION ET QU'IL CONFIRME DÉTENIR LA CERTIFICATION DE PHYSIOLOGISTE DE L'EXERCICE.

- faire la revue des ressources consultées ou des activités entreprises à ce jour dans le domaine de l'activité physique (ex. : cours de groupe);
- évaluer le cadre psychosocial et environnemental;
- examiner les résultats de l'évaluation clinique et biochimique;
- faire l'évaluation de la condition physique en prenant en compte la condition médicale du patient;
- fixer des objectifs d'activités physiques individualisés avec l'aide du patient.

❖ *Assurer le suivi :*

- prévoir la date de la prochaine rencontre individuelle;
- envoyer un résumé de l'intervention à l'infirmière pivot pour ajout au dossier du patient.

PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT

❖ *Établir un programme d'activités physiques :*

- amorcer l'enseignement sur les principes de l'activité physique selon les besoins du patient. Au besoin, se référer au Catalogue des outils pour l'éducation au patient (**ANNEXE 23**);
- établir un programme d'activités physiques qui inclut un entraînement cardiovasculaire, des exercices de renforcement musculaire ainsi que des exercices de flexibilité et de proprioception.

❖ *Assurer le suivi :*

- remettre un journal de l'activité physique à compléter pour la prochaine visite de suivi;
- faire un retour sur la rencontre précédente et évaluer la compréhension;
- inviter le patient à identifier un programme d'activités physiques auquel il pourrait adhérer à plus long terme.

VISITE FINALE POST-PROGRAMME

❖ *Faire l'évaluation de la condition physique post-programme :*

- faire l'évaluation de la condition physique;
- revoir les objectifs fixés lors de la rencontre initiale pré-programme et les ajuster au besoin selon les progrès;
- poursuivre l'enseignement sur l'activité physique selon les paramètres thérapeutiques visés.

❖ *Assurer le suivi :*

- diriger le patient vers d'autres ressources au besoin (ex. : programmes d'éducation au patient de l'Offre de services 0•5•30/première ligne du CSSS de Laval : saine gestion du poids, diabète, cholestérol, hypertension artérielle et cessation tabagique [**ANNEXE 1**], les ressources communautaires [**ANNEXE 2**] et les associations ou organismes de soutien [**ANNEXE 3**]);
- envoyer un résumé de l'intervention à l'infirmière pivot pour ajout au dossier du patient.

Suivi par le psychologue

Les patients qui ont besoin de consultation en psychologie et qui bénéficient d'une assurance privée les couvrant ou qui sont capables de défrayer ces coûts, peuvent être dirigé vers un psychologue en privé.

Dans le cadre de l'étude 'TRANSIT', les patients qui ne bénéficient d'aucune couverture d'assurance et qui n'ont pas les ressources financières leur permettant de consulter en privé sont admissibles à une aide financière leur permettant d'accéder aux consultations en privé.

Le suivi par le psychologue pourra s'étaler sur un total de quatre à dix visites, selon les besoins du patient et le jugement clinique du psychologue. Ce suivi respecte les principes de l'entretien motivationnel et tirera profit de l'ensemble des informations disponibles dans le carnet de santé du patient. Ainsi, le psychologue pourra s'assurer que ses enseignements et recommandations sont en lien avec les enseignements des autres cliniciens. Il bénéficiera ainsi du travail réalisé par le patient en collaboration avec son infirmière pivot.

Le suivi est individualisé en fonction des besoins de chaque patient. Dans le cadre du suivi 'TRANSIT', le psychologue porte une attention particulière à la perception qu'a le patient de sa santé cardiovasculaire et globale et des professionnels traitants. De plus, il analyse les attitudes et les comportements du patient vis-à-vis de la maladie et identifie dans quelle mesure il s'oppose (consciemment ou inconsciemment) aux traitements qui lui

ont été offerts. À partir de cette compréhension, il analyse avec lui les possibilités d'action pour entamer les changements souhaités.

La progression d'une intervention en psychothérapie est propre à chaque cas. Toutefois, dans le cadre de TRANSIT, le psychologue travaillera de concert avec le patient afin de :

- bien identifier le(s) motif(s) actuel(s) de ses souffrances;
- revoir et discuter des éléments motivationnels du suivi cardiovasculaire en lien avec le motif de la consultation;
- établir clairement les divers éléments de la problématique actuelle et les analyser;
- comprendre pourquoi le patient est dans l'impossibilité de trouver lui-même l'issue de la situation critique ou problématique;
- analyser les attitudes et les comportements du patient vis-à-vis de la maladie et identifier s'il s'oppose (consciemment ou inconsciemment) aux traitements qui lui ont été offerts;
- à partir de cette compréhension, analyser avec lui les possibilités d'action pour entamer les changements souhaités;
- faire un plan d'intervention avec l'aide du patient;
- évaluer au fur et à mesure les actions mises en place par le patient entre les séances de psychothérapie;
- faire les ajustements nécessaires, au besoin;
- transmettre les notes d'évolution à l'infirmière pivot pour ajout au dossier du patient.

Suivi par le spécialiste de la cessation tabagique

Les patients qui souhaitent cesser de fumer pourront bénéficier d'un suivi avec un spécialiste en cessation tabagique. L'Offre de services 0•5•30/première ligne comprend deux types de suivi : en groupe et en individuel (**ANNEXE 1**). Le suivi individuel en cessation tabagique sera généralement composé de deux à quatre rencontres, et le suivi en groupe de huit rencontres. En ce qui a trait au suivi de groupe, des présentations sur l'alimentation et l'activité physique seront faites par une nutritionniste et un kinésologue. Pour les deux types de suivi, des relances téléphoniques seront faites à 1, 3, 6 et 12 mois. Dans ces suivis, le spécialiste de la cessation tabagique conseille les patients et applique l'approche motivationnelle en tenant compte de la démarche initiée préalablement avec l'infirmière pivot, en consultant le carnet de santé. Il donne de l'enseignement afin d'amener le patient à développer les habiletés nécessaires pour cesser de fumer.

VISITE INITIALE

❖ *Évaluer l'état de santé et prendre connaissance du carnet de santé :*

- évaluer le cadre psychosocial et environnemental;
- identifier les facteurs de risque cardiovasculaires du patient;
- revoir et discuter de la cessation tabagique dans le contexte plus large du plan d'action établi avec l'infirmière pivot;
- renforcer l'intervention de l'infirmière pivot;
- faire la revue des tentatives et des ressources consultées à ce jour dans le domaine de la cessation tabagique.

❖ *Counseling sur l'arrêt tabagique :*

- revoir et discuter des éléments motivationnels concernant la cessation tabagique;
- amorcer le counseling selon les besoins thérapeutiques du patient;
- donner du matériel éducatif au patient et prodiguer l'enseignement nécessaire au besoin;
- fixer des objectifs individualisés avec l'aide du patient (ex. : faire face aux symptômes de sevrage, prévenir la prise de poids, gérer autrement son stress) et mettre le patient en relation avec des gens qui partagent le but de cesser de fumer;

- compléter le journal de bord du patient pour la cessation tabagique.
- ❖ *Établir un plan d'action :*
- orienter le patient vers un pharmacien communautaire ou un pharmacien de GMF pour l'application de l'ordonnance collective sur la thérapie de remplacement de la nicotine (**ANNEXE 15h**);
 - diriger le patient vers d'autres ressources au besoin (ex. : programmes d'éducation au patient de l'Offre de services 0•5•30/première ligne du CSSS de Laval : saine gestion du poids, diabète, cholestérol, hypertension artérielle et cessation tabagique [**ANNEXE 1**], les ressources communautaires [**ANNEXE 2**] et les associations ou organismes de soutien [**ANNEXE 3**]).

VISITES DE SUIVI

- faire le suivi du plan de cessation tabagique établi avec le patient;
- envoyer un résumé de l'intervention à l'infirmière pivot pour ajout au dossier du patient.

RÉFÉRENCES

Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee (2008). Canadian Diabetes Association 2008 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*; 32, S1-S201.

Cloutier L, Poirier L (2011). Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Société québécoise d'hypertension artérielle. Disponible à http://www.hypertension.qc.ca/gestion/pdf/SQHA_VERSION_FINALE2010.pdf.

Genest J, McPherson R, Frohlich J, Anderson T, Campbell N, Carpentier A, et al. (2009). 2009 Canadian Cardiovascular Society/Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult - 2009 recommendations. *Canadian Journal of Cardiology*; 25, 567-579.

Hackam DG, Khan NA, Hemmelgarn BR, Rabkin SW, Touyz RM, Campbell NR, et al. (2010). The 2010 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 2 - therapy. *Canadian Journal of Cardiology*; 26, 249-258.

Jones H, Berard L, Nichol H & Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee (2008). Self-management education. Disponible à <http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf>.

SITE INTERNET

Le *Protocole de suivi systématisé en collaboration interprofessionnelle pour les patients à risque de maladies cardiovasculaires en première ligne* et les « publications » et « autres productions scientifiques » relatives à l'étude TRANSIT sont disponibles sur le site internet de l'Équipe de recherche en soins de première ligne :

<http://www.recherchepl.ca>