

Mot du président

Photo : Robert L. Lachance



L'année 2004 fût très animée de par l'envol de la Société québécoise d'insuffisance cardiaque avec son premier symposium annuel scientifique qui a eu lieu à Montréal les 23 et 24 septembre 2004.

Ce premier symposium fût un franc succès avec d'excellentes présentations et discussions de cas cliniques. Nos deux invités spéciaux soit les docteurs Michel Bristow et Peter Liu furent très appréciés. Le support de nos partenaires a permis de concrétiser cette superbe activité scientifique.

Nous prévoyons une année 2005 encore plus bourgeonnante d'activités. Entre autres, nous planifions un atelier provincial pour le réseau des cliniques d'insuffisance cardiaque du Québec à Montréal le vendredi 11 février 2005. Cette activité aura pour but de mettre en commun les outils de travail ainsi qu'une discussion sur l'utilisation d'un nouveau logiciel pour utiliser un dossier médical informatisé performant et mieux adapté aux besoins de notre clientèle.

De plus, le comité scientifique s'affaire déjà à planifier le prochain programme du 2^{ème} Congrès scientifique annuel de la SQIC qui aura lieu à Québec les 30 septembre et 1^{er} octobre 2005. Nous allons vous tenir informés de la progression de ces activités au cours des prochains mois.

Avec l'arrivée des fêtes saisonnières et du Premier de l'an 2005, il me fait plaisir au nom du conseil d'administration de la SQIC de vous offrir ainsi qu'à votre famille de

Joyeuses Fêtes et Bonne Année !

Normand Racine, MD, FRCPC
Président SQIC
Normand.Racine@icm-mhi.org

Dans ce numéro

- > Mot du président,
D^r Normand Racine, p. 1
- > Mot de la rédactrice en chef,
D^{re} Anique Ducharme, p. 2
- > Rôle du travailleur social,
Normand Lorrain, p. 2
- > Update of the Heart Clinic Network,
D^{rs} Caroline Michel et Marc Frenette, p. 2
- > La pratique infirmière avancée,
Sonia Heppell et Nathalie Nadon, inf., p. 3
- > Produits naturels et insuffisance cardiaque,
Denis Brouillette et Simon de Denus,
pharm., p. 3
- > Études récentes en insuffisance cardiaque,
D^r Serge Lepage, p. 4
- > Agenda, p. 4
- > Membres partenaires (liste partielle), p. 4
- > Règlements, p. 4

Photos : Robert L. Lachance



Un mot de la rédaction

par Anique Ducharme MD, MSc.

a_ducharme@icm-mhi.com



Votre newsletter de la SQIC a maintenant un nom : Le Chroni-cœur ! Bienvenue pour cette deuxième édition, qui promet d'être d'une excellente mouture.

Permettez-moi de dire encore MERCI à madame Julie Marcil, conseillère clinicienne au CH de

Lachine qui est l'auteur du titre de notre bulletin d'information. Nous en sommes bien fiers ! En début de contenu, notre président fera un retour sur le premier congrès de la SQIC. Ensuite, nous en apprendrons beaucoup plus sur la création d'une nouvelle classe d'intervenants : l'infirmière praticienne. Qui est ce nouveau joueur ? Quels sont ses rôles et obligations ? Quelle différence avec les infirmières bachelères ? Avec les infirmières

cliniciennes ? Autant de questions que tâcheront de répondre Mmes Sonia Heppel et Nathalie Nadon.

Dans un autre ordre d'idées, le D^r Serge Lepage nous rapportera les résultats tout chauds des congrès récents touchant l'insuffisance cardiaque. De plus, comme vous le savez tous, nos patients ingurgitent quotidiennement une quantité impressionnante de médicaments, tous démontrés efficaces dans de grandes études cliniques. Mais saviez-vous qu'ils sont également très friands (plus ?) de préparations dite naturelles ? Souvent gênés de l'attitude que pourrait avoir le corps médical face à ces agents, ils ne nous en font pas part spontanément et pourtant ces agents

peuvent avoir des effets dévastateurs sur leur santé. Naturels n'est pas synonyme d'inoffensifs comme vous pourrez le lire dans un dossier des pharmaciens Denis Brouillette et Simon deDenus, qui j'espère vous ouvrira les yeux sur la nécessité de questionner davantage nos patients sur la prise de ces médecines dite douces. Normand Lorrain nous expliquera le rôle du travailleur social au sein de nos équipes multidisciplinaires. Et finalement, les D^{rs} Caroline Michel et Marc Frenette vous inviteront cordialement à être des leurs le 11 février prochain pour une rencontre des plus enrichissantes.

J'aimerais en terminant, vous souhaiter à mon tour une agréable lecture du Chroni-Cœur et mes meilleurs vœux pour le temps des Fêtes.

Rôle du travailleur social auprès de l'équipe multidisciplinaire

Le travailleur social a pour rôle d'aider le client et sa famille à s'adapter aux changements psychosociaux provoqués par la maladie comme, par exemple, la peur de la mort subite, la diminution de ses capacités fonctionnelles ou le changement du rôle social, conjugal ou familial. Parfois, l'évolution de la maladie peut nécessiter une orientation dans un nouveau milieu de vie.

La contribution du travailleur social auprès de l'équipe multidisciplinaire permet de mieux faire comprendre l'impact social de la maladie et de ses conséquences. Les objectifs du

travailleur social sont de maximiser la qualité de vie au quotidien du client et de sa famille, d'organiser un agenda des activités en tenant compte des limites physiques du client et de ses besoins de récupération ainsi que de l'aider à choisir des rôles sociaux qui soient valorisants.

Le conjoint ainsi que la famille proche ou éloignée désirent ardemment contribuer au mieux-être global du client mais craignent souvent de s'exprimer, de demander ou d'agir dans cette optique. Le travailleur social favorisera un dialogue ouvert et

organisera des rencontres avec les autres membres de son équipe afin de répondre le plus adéquatement possible aux attentes.

Il peut également arriver, à la demande du client et de sa famille, que le travailleur social les accompagne durant la phase terminale de la maladie. Celui-ci s'assurera par conséquent que le conjoint et la famille puissent avoir accès à diverses ressources et services pour le soutien au deuil.

Normand Lorrain
Travailleur social, ICM
normand.lorrain@icm-mhi.org

Update from the Committee of the Heart Failure Clinic Network

Hello to all the Heart Failure Clinics. Since the last SQIC newsletter, we have made an attempt to contact all the Clinics currently using the Vision C Software. Thank you to those of you who answered us. We are now planning a "satellite-symposium" on February 11, 2005 in Montreal. This "Plenary Session for Heart Failure Clinics" will be a day to meet with and explore the future of the Heart Failure Programs in Quebec. We will have a government official come talk to us about the governmental support for Heart Failure Clinics. We will also address problems specific to nutrition, nursing, social issues, and palliative care in heart failure. Specific emphasis will be placed on improvements in the software used in heart failure clinics.

We need to know what you want in this software! This should be a great day for the various professionals involved in the province's heart failure clinics to meet, learn, and progress towards a province-wide Heart Failure Network. Hope to see you all there!

Caroline Michel M.D.
Director of the Jewish General Hospital Heart Failure Clinic
cmichel@cardio.jgh.mcgill.ca

Marc Frenette M.D.
frenette_marc@videotron.ca

Les produits naturels et l'insuffisance cardiaque

Selon une étude récente, plus de 20 % des canadiens atteints d'une maladie cardiaque utilisent des produits naturels. Étant donné l'origine dite « naturelle » de ces suppléments, plusieurs assument leur innocuité. Toutefois, la documentation disponible à leur sujet étant actuellement limitée, on devrait plutôt inciter à la prudence lors de leur utilisation, particulièrement dans le contexte de la polypharmacie rencontrée chez les insuffisants cardiaques.

Warfarine

Le millepertuis influence significativement le métabolisme de la warfarine, un médicament à index thérapeutique étroit reconnu pour ces multiples interactions médicamenteuses. En augmentant le métabolisme de la warfarine, le millepertuis peut diminuer significativement les effets thérapeutiques de cet anticoagulant. Mentionnons également que des interactions médicamenteuses, pharmacocinétiques ou pharmacodynamiques, ont aussi été rapportées entre la warfarine et le dong quai, le ginseng, l'ail et le ginkgo biloba.

Digoxine

Le senné et la cascara sont fréquemment rencontrés dans les préparations de produits naturels. Leur utilisation peut mener à l'apparition de diarrhées et de désordres électrolytiques, favorisant ainsi l'apparition de toxicité secondaire à la digoxine. Quant au millepertuis, il semble augmenter l'élimination de la digoxine, pouvant ainsi minimiser l'efficacité de cette dernière.

Amiodarone

Bien que la documentation soit limitée à ce sujet, certains auteurs ont souligné le risque potentiel de la combinaison de l'amiodarone avec plusieurs produits naturels potentiellement hépatotoxiques, dont l'échinacée.

En conclusion, l'objectif des lignes précédentes était de piquer l'intérêt des cliniciens sur les effets potentiels des produits naturels chez les insuffisants cardiaques. Pour une discussion plus détaillée sur le sujet, nous vous recommandons les références qui suivent.

Denis Brouillette, pharmacien, D.Ph.,
Institut de cardiologie de Montréal.
denis.brouillette@icm-mhi.org

Simon de Denus, pharmacien, M. Sc.,
chargé d'enseignement, Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal/Fellow en recherche cardiovasculaire, Institut de cardiologie de Montréal.
simon.dedenus@imc-mhi.org

Williamson EM. Drug interactions between herbal and prescription medicines. Drug Saf 2003;26:1075-92.

Valli G, Giardina EG. Benefits, adverse effects and drug interactions of herbal therapies with cardiovascular effects. J Am Coll Cardiol 2002;39:1083-95.

Miller KL, Liebowitz RS, Newby LK. Complementary and alternative medicine in cardiovascular disease: a review of biologically based approaches. Am Heart J 2004;147(3):401-11.

La pratique infirmière avancée

Pourquoi traiter du rôle de l'infirmière praticienne (IP) dans ce numéro ? Dans un avenir rapproché, l'infirmière praticienne sera appelée à travailler dans certains secteurs spécialisés en cardiologie, dont l'insuffisance cardiaque. Il nous apparaît donc à propos de démystifier ce que nous entendons par « pratique infirmière avancée ».

Qu'est-ce que la pratique infirmière avancée (PIA) ?

La PIA est un terme général pour décrire un niveau avancé de la pratique infirmière qui maximise l'utilisation des compétences spécialisées et du savoir infirmier approfondi. Au Canada, la PIA regroupe la pratique des infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) et des infirmières praticiennes (IP). Elles exercent des activités **cliniques**, d'**enseignement**, de **consultation** et de **recherche**.

Pourquoi développer la PIA au Québec ?

Différents changements au sein du réseau de la santé, tels que le virage ambulatoire, le vieillissement de la population, la réduction des temps de séjour hospitalier sont à l'origine du développement des rôles de la PIA. La Commission Clair (2000) et le comité de travail de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire (2003) ont recommandé le développement du rôle de l'IP et ce, dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins. En parallèle, la Loi 90 élargit le cadre d'exercice des infirmières et donne accès, à l'IP, à certains actes habituellement réservés à d'autres professionnels, sous condition de détenir un certificat de spécialiste délivré par l'OIIQ et d'être habileté par règlement du CMQ.

Pour obtenir le titre d'IP au Québec, l'infirmière doit compléter un programme universitaire de maîtrise (45 crédits), en plus d'un diplôme complémentaire dans la spécialité choisie (24 crédits). Depuis 2002, un programme de formation universitaire a été créé en cardiologie, en néphrologie et en néonatalogie.

Quelles sont les principales différences entre une ICS et une IP ?

ICS	IP
Clinique Dispense des soins directs	
Évalue, détecte de façon précoce les complications, résout des problèmes auprès de clientèles spécifiques	
Développe des pratiques novatrices de soins	Prescrit certains examens diagnostiques et traitements médicaux
Développe des standards et protocoles de soins	Prescrit certains médicaments ou autres substances
Développe des indicateurs de qualité et contribue à l'amélioration continue de la qualité de soins	Utilise certaines techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice
	Utilise certaines techniques et applique des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudices
Enseignement Infirmières, patients-familles, professionnels de la santé	
Consultation Lors de situations de soins complexes auprès des équipes de soins inter ou extra hospitalier	
Recherche Initie ou participe à des projets de recherche	
De façon générale, l'ICS exerce la majorité de ses activités dans le soutien et le développement de la pratique infirmière.	De façon générale, l'IP exerce la majorité de ses activités directement auprès de la clientèle.

Références :

Cadre de référence sur la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Projet de Loi N° 90. Association des hôpitaux du Québec. Juin 2003.

Rapport du comité de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire adopté par le comité directeur du RQCT – Ministère de la santé et des Services Sociaux, mars 2003.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Sonia Heppell, inf. M.Sc.
Institut de Cardiologie de Montréal

Nathalie Nadon, inf. candidate M.Sc.
CHUM Notre-Dame

Études récentes en insuffisance cardiaque

En cette époque où, dans les dernières années, il a été difficile de moduler la morbidité et la mortalité des patients présentant une insuffisance cardiaque avec l'ajout de thérapie supplémentaire aux pierres angulaires de traitement que sont les β -bloqueurs et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, une étude a capté mon attention. Il s'agit du **A-HeFT trial, African-American Heart Failure Trial, publié dans le New England Journal of Medicine du 11 novembre 2004.**

Cette étude a été effectuée chez 1050 patients stables de race noire présentant une dysfonction ventriculaire gauche de classe III-IV de la NYHA, avec une fraction d'éjection < 35 % ou une fraction d'éjection < 45 % avec évidence de dilatation du ventricule gauche soit plus de 29 mm/m² de surface corporelle ou un diamètre diastolique > 65 mm à l'échographie cardiaque.

Les patients recevaient initialement une dose soit de placebo ou une dose primaire de 37.5 mg d'hydralazine et de 20 mg de dinitrate d'isosorbide t.i.d. Ces doses étaient majorées à 2 tablettes b.i.d.

Cette étude fut terminée de façon précoce en raison d'une mortalité accrue dans le bras placebo. Suite à la randomisation de 1050 patients, 54 patients sont décédés dans le bras placebo (10.2 %) et 32 patients dans le bras de la thérapie de combinaison (6.2 %); cette différence représente une diminution de 42 % de la survie (HR 0.57; p = 0.01), suivi moyen à ce moment de 10 mois.

Les patients avaient en moyenne 56 ans, tous de race noire, avec près de 40 % de femmes, moins de 25 % de ces patients présentaient une insuffisance cardiaque de cause ischémique, la cause la plus fréquente étant l'hypertension artérielle. En plus d'une diminution de la survenue du décès, on notait également une diminution significative de l'exacerbation de l'insuffisance cardiaque; ce changement était cependant accompagné d'effets secondaires significatifs, soit sous forme de céphalée (47.5 % vs 19.2 %, p < 0.01) et d'étourdissements (29.3 % vs 12.3 %, p < 0.01).

Y aurait-il une indication pour ce genre de thérapie chez d'autres patients comme des non-répondants aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion (ACE non-responders) ou des patients symptomatiques ?

Serge Lepage, MD

1^{er} vice-président SQIC

Responsable de la Clinique d'insuffisance cardiaque
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Serge.Lepage@USherbrooke.ca

Références

1. Combination of isosorbide dinitrate and hydralazine in Blacks with heart failure. NEJM 351(20) : 2049-57.

Agenda

10 au 12 décembre 2004	New York Cardiovascular Symposium Major Topics in Cardiology Today	New-York, NY (USA) www.acc.org/education/programs/brochures/fuster_dec04.htm
10 au 12 janvier 2005	2 nd Asian Pacific Congress of Heart Failure	Singapore, Asie info@apchf.com
13 au 15 janvier 2005	13 ^e Réunion scientifique annuelle de la « Société québécoise d'hypertension artérielle »	Loews Le Concorde Québec, QC, www.hypertension.qc.ca
23 au 25 janvier 2005	41 st Annual Meeting of the Society of thoracic Surgeons	Tampa, Floride (USA) sts@sba.com
30 janvier au 2 février 2005	C-CAP (Canadian Consensus Applied to Practice) -CCS consensus conference	Chateau Whistler, BC www.ccs.ca
11 février 2005	Intervenants du réseau des cliniques en insuffisance cardiaque	Montréal, Québec, Canada huguette.savard@icm-mhi.org
16 au 19 février 2005	2 nd International Conference on Women, Heart Disease and Stroke	Orlando, Floride (USA) www.americanheart.org/presenter
6 au 9 mars 2005	54 th Annual Scientific Session of the American College of Cardiology	Orlando, Floride (USA) www.acc.org/2005ann_meeting/home/home.htm
20 au 24 mars 2005	Annual Cardiovascular Conference at Lake Louise	Lake Louise, Alberta cme@chrc.net
14 au 18 mai 2005	Annual Scientific Meeting of the American Society of Hypertension	San Diego, CA (USA) ash@ash-us.org
20 au 25 mai 2005	American Thoracic Society 2005 International Conference	San Diego, CA (USA) ats2004@thoracic.org
13 au 15 juin 2005	24 th Meeting of the Society of Cardiac Surgeons	A Coruña, Espagne www.cardiacsurgeons.ca/
16 au 19 juillet 2005	International Academy of Cardiology 12 th World Congress on Heart Disease	Vancouver, BC www.cardiologyonline.com/
30 septembre et 1 ^{er} octobre 2005	Société québécoise d'insuffisance cardiaque	Ville de Québec, Canada huguette.savard@icm-mhi.org
22 au 26 octobre 2005	Canadian Cardiovascular Congress 2005	Montréal, PQ www.ccs.ca
25 au 28 octobre 2005	Scientific Assembly 2005 of the American College of Emergency Physicians	Washington, DC (USA) info@acep.org
19 au 23 novembre 2005	XXIV Congreso Nacional de Cardiología	Cancun, Mexique SOINCA@ADELTEL.NET.MX
25, 26 et 27 novembre 2005	Société des sciences vasculaires du Québec	Montréal, Québec, Canada ssvq@earthlink.net Site : www.ssvq.org

Merci à nos membres partenaires pour leur don sans restriction à l'ÉMC.



INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL
A/S Dr Normand Racine
5 000, rue Bélanger Est
Bureau S-2410
Montréal (Québec)
H1T 1C8
Tél. : (514) 376-3330 #3947

Le bulletin d'information SQIC est tiré à 1 000 copies, quatre fois par année. Les textes et illustrations ne peuvent être reproduits sans l'autorisation écrite de l'éditeur de la SQIC. Les opinions exprimées dans le bulletin d'information SQIC ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur ou de la SQIC. De plus, les produits et services dont il est fait mention dans le bulletin d'information ne sont ni approuvés, ni recommandés par la SQIC, sauf quand il en est fait mention formellement.