NUMÉRO de mai 2014

Enjeux CV

La publication officielle de l'

ACPRC
Association canadienne de prévention et de réadaptation cardiovasculaires

Actualités et tendances en prévention et en réadaptation cardiovasculaires

en collaboration avec

BACPR
BRITISH ASSOCIATION FOR CARDIOVASCULAR PREVENTION AND REHABILITATION

Dans le présent numéro

Article vedette :
L'oncologie cardiaque : un domaine de soins cliniques, de recherche et d'enseignement en émergence. **Page 1**

Un mot du rédacteur
Pour un avant-goût du présent numéro. **PAGE 3**

Références et examens
1) Les mécanismes responsables de l'intolérance à l'effort dans le cancer du sein au stade précoce : quel rôle joue la chimiothérapie? 2) Modélisation des effets de l'observance des recommandations nutritionnelles sur la mortalité liée au cancer et à la maladie cardiovasculaire au Canada. 3) Réadaptation après un cancer des intestins — le recours aux services de réadaptation cardiaque pour aider au rétablissement de patients atteints d'un cancer des intestins : un essai clinique pilote randomisé avec étude de faisabilité intégrée. **PAGES 3 ET 4**

Étude de cas
Cardiomyopathie liée à l'emploi des anthracyclines : réaction favorable à la thérapie médicale malgré une exposition antérieure aux anthracyclines. **PAGE 5**
Exercise Training for Pre-operative Lung Resection Patients – A Case Study **PAGE 6**

Profil de programme
Profil de programme
ACTION HEALTH; une collaboration novatrice pour la conception d'un service d'activité physique destiné aux patients atteints d'un cancer, en contexte de réadaptation cardiaque. **PAGE 8**

Nouvelles du bureau national
Message du président. **PAGE 12**
Message de la direction. **PAGE 13**

Maladie cardiovasculaire et cancer

L'oncologie cardiaque : un domaine de soins cliniques, de recherche et d'enseignement en émergence

Jeffrey Sulpher, M.D., FRCPC[1]; Nadine Graham, B. Sc.[1]; Christopher Johnson, M.D., FRCPC[2]; Michele Turek, M.D., FRCPC[2]; Angeline Law, M.D., FRCPC2; Ellamae Stadnick, M.D., FRCPC[2]; Susan Dent, M.D., FRCPC[1]; [1]Division d'oncologie médicale, Centre de cancérologie de l'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario); [2]Division de cardiologie, Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

Introduction

Au cours des vingt dernières années, les progrès réalisés dans le traitement du cancer, y compris l'introduction de traitements ciblés, ont grandement amélioré les résultats pour les patients. La toxicité cardiaque des traitements administrés est cependant de plus en plus reconnue comme une importante cause de morbidité et de mortalité chez les survivants de la maladie. Bien que les toxicités cardiaques associées à la chimiothérapie traditionnelle soient bien connues, les effets à court et à long terme des agents ciblés sur le cœur le sont moins. Pour les patients et leur famille, composer avec la complexité du réseau de cancérologie peut être accablant. Ce l'est encore plus lorsque surviennent des complications cardiaques découlant du traitement de la maladie, qui exigent une approche multidisciplinaire rejoignant plusieurs spécialités médicales.

Le Programme d'oncologie et de cardiologie d'Ottawa (POCO)

C'est pour répondre à ce besoin jusqu'alors insatisfait qu'une équipe

multidisciplinaire constituée d'une oncologue médicale (la Dre Susan Dent), de trois cardiologues (les Drs Michele Turek, Christopher Johnson et Angeline Law) et d'un pharmacien (Sean Hopkins) a établi en 2008 à l'Hôpital d'Ottawa le Programme d'oncologie et de cardiologie d'Ottawa (POCO). Ce programme, le premier du genre au Canada, offre aux patients une approche intégrée de la cancérothérapie et promeut une communication fluide entre les fournisseurs de soins de santé. Son mandat comporte trois volets : service clinique, recherche et éducation. Les patients jouissent grâce à lui d'un accès opportun à l'évaluation et au traitement cardiaques, ce qui améliore la qualité des soins. Le volet « Recherche » du programme vise à mettre au point un registre national des patients en oncologie cardiaque, afin de faciliter l'élaboration de lignes directrices fondées sur des données probantes pour le diagnostic et le traitement de la toxicité cardiaque. En collaboration avec des spécialistes des sciences fondamentales, nous œuvrons actuellement à l'établissement d'un programme de recherche translationnelle qui évaluera le rôle de « nouveaux » biomarqueurs et de techniques d'imagerie cardiaque spécialisées dans la prédiction des signes précurseurs de cette toxicité. Le volet éducatif du programme vise de son côté à éduquer les patients, les praticiens et les professionnels de la santé à différents stades de formation. Les besoins éducatifs des stagiaires sont actuellement satisfaits par des rotations cliniques auxquelles viennent s'ajouter des activités d'apprentissage autonome, et des efforts seront déployés, dans l'avenir, pour mettre au point des ressources d'apprentissage électroniques. Nous avons établi des rondes multidisciplinaires bimensuelles en oncologie cardiaque destinées à favoriser l'éducation de notre personnel, de nos résidents et de nos stagiaires. Les activités éducatives futures seront quant à elles axées sur l'information offerte sur le Web relativement aux interactions entre les traitements contre le cancer et le cœur.

Depuis sa création, de grands progrès ont été réalisés dans le cadre du POCO. Bien que cette clinique ait initialement ciblé les femmes atteintes d'un cancer du sein au stade précoce qui avait été exposées à une chimiothérapie avec ou sans trastuzumab, l'adoption généralisée des traitements ciblés en oncologie a par la suite mené à l'aiguillage d'une population beaucoup plus large; plus de 550 patients ont été évalués à ce jour. La clinique, qui se tient quatre demi-journées par mois, a fait parler d'elle dans plusieurs établissements universitaires un peu partout en Amérique du Nord, ce qui a mené à l'instauration d'un préceptorat d'un jour à Ottawa pour les professionnels de la santé, destiné à faciliter l'établissement d'une clinique d'oncologie cardiaque dans leurs centres respectifs. En reconnaissance pour ces efforts, le Programme d'oncologie et de cardiologie d'Ottawa s'est vu décerner le Prix Innovation 2013 du Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario.

En juillet 2013, nous avons établi à l'Université d'Ottawa une bourse de recherche en oncologie cardiaque, la première en son genre en Amérique du Nord. Cette bourse est conçue pour permettre aux stagiaires d'accroître leurs connaissances et leur expertise dans la détection et le traitement des complications cardiaques liées à une thérapie générale (y compris à la chimiothérapie et à des agents ciblés).

Le Canadian Cardiac Oncology Network (CCON)

La collaboration multidisciplinaire revêt, dans le traitement et la prise en charge des patients atteints de cancer, une importance inestimable. À mesure que le lien entre le traitement du cancer et la toxicité cardiaque se faisait plus évident, il est devenu de plus en plus impératif de créer un organisme national afin d'orienter l'expertise en recherche et l'expertise clinique vers ce nouveau domaine de soins aux patients. En 2011, le Canadian Cardiac Oncology Network (CCON) a été établi en vue de faciliter la collaboration entre les professionnels de la santé qui s'intéressaient au domaine émergent que constituait l'oncologie cardiaque, cherchant à comprendre comment le traitement du cancer influait sur la santé cardiaque. La vision du réseau consiste à optimiser les soins cardiaques pour les patients atteints de cancer qui reçoivent des traitements potentiellement cardiotoxiques. Le réseau s'est donné pour mission : 1) d'acquérir une meilleure compréhension des complications cardiaques liées aux traitements oncologiques, 2) d'élaborer des stratégies de détection et d'intervention précoces pour optimiser la santé cardiaque et 3) d'optimiser les résultats pour les patients en collaborant avec des professionnels paramédicaux. Afin d'atteindre ces objectifs, plusieurs initiatives ont été déployées. Le CCON travaille en collaboration avec des experts nationaux à l'élaboration de lignes directrices en matière de diagnostic, de surveillance et de traitement pour la prise en charge de patients présentant une toxicité cardiaque imputable au traitement d'un cancer. Plusieurs projets de recherche sont en cours de préparation aux fins de publication dans des revues à comité de lecture, et un programme

de bourses nord-américaines en oncologie cardiaque est actuellement mis au point. Nous établissons aussi des partenariats avec des organismes de toxicité cardiaque internationaux, comme l'International Cardioncology Society (ICOS).
À ce jour, le CCON a organisé trois conférences nationales à Ottawa, suscitant un intérêt croissant chez plusieurs fournisseurs de soins de santé, dont des oncologues, des cardiologues, des infirmières, des pharmaciens, des radiologues et des spécialistes des sciences fondamentales. Une quatrième se tenait les 8 et 9 mai 2014 au Centre des congrès d'Ottawa.

Pour de plus amples renseignements :
Le Programme de soins cardiaques et d'oncologie d'Ottawa (POCO) – Dre Susan Dent, sdent@Ottawahospital.on.ca

Le Canadian Cardiac Oncology Network (CCON) – info@cardiaconcology.ca

Références et Revues

Kelly Angevaare, R. Kin., M. Sc., ACSM-RCEP
Programme de prévention et de réadaptation cardiovasculaires du Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario)
Yu Chen Yue, étudiant en médecine, Université de Sherbrooke

Les mécanismes responsables de l'intolérance à l'effort dans le cancer du sein au stade précoce : quel rôle joue la chimiothérapie?
A. Bonsignore et D. Warburton, Hong Kong Physiotherapy Journal, vol. 31 (2013), p. 2-11.
Avec l'amélioration du taux de survie chez les femmes recevant un traitement agressif pour un cancer du sein, la prévalence de la cardiotoxicité induite par la chimiothérapie a augmenté. Il arrive donc fréquemment que les femmes ayant survécu à un cancer du sein présentent une fraction d'éjection ventriculaire gauche réduite et une moins grande tolérance à l'effort. La faiblesse du lien entre la fraction d'éjection ventriculaire gauche au repos et l'intolérance à l'effort a mené A. Bonsignore et D. Warburton à écrire cet article de synthèse afin de trouver des explications centrales, périphériques et moléculaires pour la consommation maximale d'oxygène réduite observée chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Parmi les importants points relevés dans le cadre de cet examen, mentionnons la nature non sélective des agents de traitement utilisés, qui ont aussi un effet sur les tissus myocardiques et endothéliaux et contribuent donc à la dysfonction systolique et diastolique, à l'insuffisance cardiaque, à l'hypertension et à la maladie cardiovasculaire. À l'effort, la dysfonction diastolique limite la réponse du débit cardiaque (on se rappellera le mécanisme de Frank-Starling) malgré les augmentations du volume ventriculaire en fin de diastole, tandis que la dysfonction endothéliale accroît la pression diastolique sur le cœur. L'atrophie musculaire survenant pendant et après la chimiothérapie peut entraîner une faiblesse, de la fatigue et une diminution de la participation aux activités physiques. Enfin, la chimiothérapie s'accompagne souvent d'une anémie, mais l'incidence de celle-ci sur la tolérance à l'effort nécessitera une étude plus approfondie.

Dr Warner Mampuya, MD PhD FRCPC

Un mot du rédacteur

La maladie cardiovasculaire et le cancer constituent les deux principales causes de mortalité; ils représentent, ensemble, 50 % des décès. Bien que de récents progrès dans le traitement du cancer aient énormément amélioré le taux de survie, les effets indésirables cardiovasculaires de nombreux traitements sont de plus en plus reconnus. Ces effets comprennent l'hypertension, la dysfonction ventriculaire gauche (insuffisance cardiaque), l'arythmie et la vasculopathie.

Les patients atteints de cancers et les survivants sont par conséquent de plus en plus nombreux à se trouver aux prises avec des maladies cardiovasculaires. À long terme, ces effets secondaires peuvent venir miner la réussite obtenue dans le cadre du traitement de la maladie. On comprendra donc l'importance de la prévention pour éviter que les patients qui se remettent actuellement d'un cancer ne doivent, dans le futur, être traités pour des troubles cardiaques.

Les programmes de cardio-oncologie assurent la prévention des complications cardiovasculaires causées par la chimiothérapie et la radiothérapie et l'évaluation, le traitement et le suivi spécialisés des morbidités cardiovasculaires.

En tant que professionnels de la réadaptation et de la prévention cardiaques, nous devons accroître notre connaissance de cette réalité et tenter de trouver des stratégies pour aider ces patients.

Le présent numéro est dédié à la cardio-oncologie, domaine connaissant une croissance rapide

Les programmes de prévention de la maladie chronique et de réadaptation jouent un rôle important dans l'amélioration de la capacité fonctionnelle et de la qualité de vie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Cet article de synthèse apporte des preuves physiologiques des avantages potentiels d'un entraînement en résistance et en endurance pendant et après le traitement.

Modélisation des effets de l'observance des recommandations nutritionnelles sur la mortalité liée au cancer et à la maladie cardiovasculaire au Canada

Bélanger, M., et coll. Santé publique 2014; doi : 10.1016/j.puhe.2013.11.003. [publication électronique en attente d'impression]

Les recommandations nutritionnelles canadiennes sont liées à un plus faible risque de cancer (de l'estomac et colorectal, notamment), de maladie cardiovasculaire, de diabète sucré et d'obésité. Pour qu'elles s'avèrent efficaces, cependant, il faut bien sûr s'engager à respecter ces lignes directrices, qui consistent à manger davantage de fruits et légumes et de fibres et à réduire sa consommation de sel et de gras saturés. Dans leur article, M. Bélanger et ses collègues évaluent l'incidence qu'aurait l'application des recommandations nutritionnelles canadiennes sur les taux de mortalité liés au cancer et à la maladie cardiovasculaire.

Ils utilisent pour ce faire un modèle d'évaluation comparative des risques d'origine britannique, le modèle PRIME. Des données sur l'apport alimentaire moyen ont été tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2004 et comparées aux recommandations nutritionnelles canadiennes provenant essentiellement de Santé Canada. On a ainsi constaté qu'en moyenne, les Canadiens ne consommaient que de 40 à 50 % de l'apport quotidien recommandé en fruits et légumes. Comme on avait pu s'y attendre, l'apport en fibre était aussi inférieur à celui recommandé, tandis que la consommation de sel et de gras excédait les recommandations. Globalement, une modification des habitudes alimentaires moyennes aux fins d'application des lignes directrices canadiennes permettrait d'éviter ou de retarder, annuellement, quelque 30 % des décès (540). De toutes les recommandations, une consommation adéquate de fruits et de légumes serait celle qui exerce la plus grande incidence sur le risque de maladie cardiovasculaire et de cancer.

L'article met l'accent sur la valeur des efforts collectifs soutenus déployés par les diététistes, les professionnels des soins primaires et les experts de la santé publique pour aider les Canadiens à adopter les recommandations nutritionnelles connues et ainsi, améliorer leur santé. La promotion d'une évaluation régulière des habitudes alimentaires en soins primaires et de l'accès aux diététistes, particulièrement chez les Canadiens présentant un risque élevé de maladie cardiovasculaire ou de cancer, est importante, autant du point de vue de la prévention que celui de la réadaptation.

Réadaptation après un cancer des intestins — le recours aux services de réadaptation cardiaque pour aider au rétablissement de patients atteints d'un cancer des intestins : un essai clinique randomisé (ECR) pilote avec étude de faisabilité intégrée.

J. Munro, R. Adams, A. Campbell et coll. BMJ Open, vol. 4 (2014), p. e004684. doi :10.1136/bmjopen 2013- 004684.

À l'échelle de la planète, plus d'un million de personnes développent chaque année un cancer colorectal. Il s'agit de la deuxième cause de cancer en importance chez la femme et de la troisième chez l'homme, ainsi que du quatrième cancer le plus meurtrier après ceux du poumon, de l'estomac et du

dont l'objectif consiste à promouvoir la collaboration entre oncologues et cardiologues et à améliorer les soins administrés aux patients atteints de cancer qui pourraient souffrir de problèmes cardiaques. Notre article vedette nous vient du Dr Jeffrey Sulpher, de la Division d'oncologie médicale au Centre de cancérologie de l'Hôpital d'Ottawa. Celui-ci nous présente le Programme d'oncologie et de cardiologie d'Ottawa et le Canadian Cardiac Oncology Network, faisant ressortir l'importance de ce domaine et du réseau, dont les membres travaillent de concert au rapprochement des oncologues et des cardiologues.

Nous examinons aussi trois articles illustrant bien l'ampleur du domaine qu'est la cardio-oncologie et témoignant de sa diversité. Le premier porte sur les fondements physiologiques des avantages d'un entraînement physique pour les patients atteints de cancer. Le deuxième article se veut un exemple de la collaboration interdisciplinaire qui devrait caractériser le travail des équipes de cardio-oncologie (on s'arrête dans ce cas au travail des diététistes). Le troisième article présente le premier essai clinique randomisé visant à déterminer la faisabilité et l'acceptabilité de la réadaptation cardiaque chez des patients atteints d'un cancer colorectal. Il sera important de suivre les résultats de cet essai, puisqu'il pourrait fournir des arguments en faveur des services de réadaptation cardiaque pour les patients atteints de cancer.

Le Dr Christopher Johnson, un cardiologue de l'Université d'Ottawa, nous propose une étude de cas des plus instructives sur les cardiomyopathies provoquées par les anthracyclines. Un autre cas intéressant nous est offert par Sonya Meigh. Ce cas illustre comment les ressources de la réadaptation cardiaque peuvent être utilisées dans l'entraiment pré-opératoire des patients atteints d'un cancer de poumon avec des résultats très encourageant.

Partout sur la planète, des programmes de cardio-oncologie voient le jour, et nous dressons dans ce numéro un portrait d'un programme de réadaptation anglais novateur, qui offre des programmes d'activité physique aux patients atteints de cancer et de maladies

foie. On l'observe plus fréquemment dans les pays industrialisés. Les patients atteints d'un cancer colorectal ou d'autres types de cancer éprouveront, pendant et après leur traitement, divers problèmes physiques et psychologiques. Les personnes ayant survécu à un cancer colorectal semblent par ailleurs manifester un plus faible taux de participation aux activités physiques. Ces problèmes s'avèrent souvent difficiles à gérer.

Cette étude explore de manière randomisée la faisabilité et l'accessibilité de séances d'exercices supervisées organisées par un physiothérapeute cardiaque à l'intention des patients atteints d'un cancer colorectal. Bien qu'elle n'évalue pas l'efficacité de la réadaptation cardiaque chez ces mêmes patients, des études antérieures laissent soupçonner une association entre l'accroissement de l'activité physique et la diminution de la mortalité liée au cancer colorectal, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes. Il s'agit d'une étude pilote en deux phases pour laquelle seront recrutés quelques 78 participants : 12 en provenance d'un même établissement dans le cadre de la première phase, et 66 en provenance de trois établissements différents dans le cadre de la seconde. La phase 1 consiste en un essai d'intervention et en une étude de faisabilité; la phase 2 comprend quant à elle l'essai clinique (pilote) randomisé et un processus d'évaluation.

Le principal résultat est l'activité physique mesurée à l'aide d'un accéléromètre. Les résultats secondaires comprennent l'activité physique signalée par le patient, sa qualité de vie, l'anxiété, la dépression et la fatigue qu'il indique ressentir. Les facteurs influant sur l'observance et les résultats seront aussi évalués.

Il s'agit de la première étude de ce type chez des patients atteints d'un cancer colorectal. Il sera intéressant d'en suivre les résultats; si elle est menée de manière fructueuse, en effet, elle fournira de précieux renseignements dans le domaine en expansion qu'est la cardio-oncologie et aidera à améliorer les soins dispensés aux patients.

cardiaques.

Nous espérons que le fait d'aborderen ces pages les besoins de ce domaine émergent ouvrira de nouvelles possibilités d'activités cliniques et de recherche, de collaboration et d'échanges d'idées et d'initiatives visant à mieux servir nos patients atteints de cancer.

Enfin, le président de l'ACPRC Simon Bacon et la directrice générale Stacey Grocholski font pour nous le point sur les activités de l'Association.

Ne manquez pas notre prochain numéro, qui traitera des indicateurs de la qualité en réadaptation et en prévention cardiaques. N'hésitez pas à joindre les membres du comité de rédaction afin de leur communiquer toute suggestion pour les prochains numéros du bulletin.

Étude de cas

Cardiomyopathie liée à l'emploi des anthracyclines : réaction favorable à la thérapie médicale malgré une exposition antérieure aux anthracyclines

Christopher Johnson, M.D.[1]; Susan Dent, M.D.[2]; Jeffrey Sulpherb; Sean Hopkins3; Nadine Grahamb; Angeline Law, M.D.[1]; Ellamae Stadnik, M.D.[1]; Michele Turek, M.D.[1]; [1]Division de cardiologie, Départment de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario) Canada; [2]Division d'oncologie médicale, Département de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario) Canada; 3Département de la pharmacie, Centre de cancérologie de l'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario) Canada

Une femme de 63 ans se présente avec des symptômes et des signes d'insuffisance cardiaque. Elle a reçu, 18 ans auparavant, une chimiothérapie à base d'antracyclines pour un cancer du sein au stade précoce. Son échocardiogramme indique une fraction d'éjection (FE) de 25 %. Une tomodensitométrie cardiaque confirme la normalité des coronaires et révèle une métastase osseuse due à un cancer du sein récurrent.

Un inhibiteur ECA et un bêta-bloquant lui sont administrés aux fins de traitement, par suite de quoi son état s'améliore rapidement. Dans les années qui suivent, sa fraction d'injection s'améliore pour revenir dans les valeurs normales-basses. La patiente ne présente plus aujourd'hui de symptômes d'insuffisance cardiaque et n'a pas été hospitalisée.

Les anthracyclines infligent aux fibres musculaires des blessures irréversibles, ce qui entraîne un risque de cardiotoxicité fonction de la dose[1]. L'insuffisance cardiaque peut survenir tôt, mais même une exposition antérieure confère un risque pour le reste de la vie du patient. La fraction d'éjection ventriculaire gauche est mesurée avant et après la chimiothérapie par anthracyclines. La cardiotoxicité suivant une exposition se définit notamment comme : une diminution de 10 points de la fraction d'éjection, avec FE résultante < 50 ou 55, une diminution de 20 points de la fraction d'éjection, avec FE résultante > 50 ou 55 et toute diminution de la fraction d'éjection avec FE résultante inférieure aux valeurs normales (< 50 ou < 55).

Le traitement précoce de la cardiotoxicité induite par les anthracyclines au moyen d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et de bêta-bloquants a été associé à de bons résultats sur le plan clinique et celui de la fraction d'éjection2. Bien qu'un long intervalle se soit écoulé, chez notre patiente, entre l'exposition aux anthracyclines et le début de la thérapie médicale pour l'insuffisance cardiaque, l'évolution clinique et celle de la fraction d'éjection ont été favorables.

En raison de leur efficacité, les anthracyclines continuent d'être utilisées pour le cancer du sein et de nombreux autres cancers, ce qui a d'importantes conséquences sur le risque de maladies cardiovasculaires et le fardeau planétaire que représente l'insuffisance cardiaque. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de lignes directrices définitives sur la surveillance à long terme de la fraction d'éjection suivant l'exposition aux anthracyclines. Les patients et leurs fournisseurs de soins de santé devraient être conscients du risque de cardiomyopathie tardive provoquée par le traitement.

Références :

1. *M. G. Khouri, P. S. Douglas, J. R. Mackey et coll. « Cancer Therapy-Induced Cardiac Toxicity in Early Breast Cancer: Addressing the Unresolved Issues », Circulation, vol. 126 (2012), p. 2749-2763.*
2. *2D. Cardinale, A. Colombo, G. Lamantia et coll. « Anthracycline-Induced Cardiomyopathy: Clinical Relevance and Response to Pharmacologic Therapy », Journal of the American College of Cardiology, vol. 55 (2010), p. 213-220.*

Entraînement physique pour les patients en attente d'une résection du poumon – une étude de cas

Sonya Meigh, Paul Stern et James Rushton, Réadaptation cardiaque, Hôpital universitaire de Staffordshire du Nord, Stoke-on-Trent (R.-U.)

Combiner la réadaptation cardiaque à la réadaptation oncologique

Le service de réadaptation cardiaque de l'Hôpital universitaire de Staffordshire du Nord (Stoke-on-Trent) a une longue histoire dont les débuts remontent aux années 1970. C'est dans le cadre de ce programme que le premier essai clinique randomisé (ECR) a été réalisé au Royaume-Uni à propos de la réadaptation cardiaque1. Récemment, la prise en charge préopératoire des patients atteints du cancer du poumon en attente d'une résection chirurgicale a été intégrée au programme de réadaptation cardiaque actuel avec succès. L'inclusion de maladies cardiovasculaires plus complexes, assortie des changements aux directives cliniques qui s'imposaient, a mené au développement des compétences du personnel actuel lui permettant de gérer une grande variété de problèmes médicaux complexes. De nombreux patients atteints de troubles cardiaques et ayant accès au service de réadaptation présentent plusieurs morbidités souvent plus débilitantes que leur affection cardiaque. Ainsi, les approches de traitement sont maintenant beaucoup mieux adaptées aux besoins de chacun. Les patients atteints du cancer du poumon présentent des comorbidités cardiovasculaires et pulmonaires additionnelles semblables. Ces patients peuvent maintenant bénéficier d'un accès à une grande variété de professionnels des soins de cardiologie – infirmières, physiologistes de l'exercice, spécialistes de la nutrition, physiothérapeutes, etc. – dont les compétences sont transférables à d'autres domaines spécialisés. La nécessité de combiner ces services est apparue clairement lorsqu'on a reconnu que les patients atteints d'un cancer du poumon qui subissent des interventions invasives constituaient désormais une population plus malade et composée de personnes âgées. Cette population présente un risque élevé de complications, qui prolongeraient leur séjour à l'hôpital et le rendraient coûteux. Auparavant, les gestionnaires mettaient l'accent sur la physiothérapie postopératoire adaptée aux besoins, notamment des exercices de respiration et de déambulation précoce. On croit maintenant qu'une intervention préopératoire destinée à réduire le déconditionnement, à stabiliser les comorbidités et à influencer les facteurs de risque modifiables peut réduire efficacement l'incidence de ce type de complications. Compte tenu des répercussions sur les coûts que peut avoir l'établissement d'un nouveau modèle, l'expansion du service de réadaptation cardiaque actuel semblait être une solution de rechange appropriée. Les aiguillages vers le programme sont laissés à la discrétion des chirurgiens, mais ce sont généralement les patients qui courent le plus grand risque de devoir subir une chirurgie qui en font l'objet.

Présentation de cas

Mme W, une femme de 63 ans, a reçu le diagnostic de cancer du poumon de stade T2 N0 M0 dans le lobe supérieur gauche et doit subir une résection du poumon par thoracotomie. Elle a été aiguillée vers la réadaptation préopératoire en raison de son âge avancé, de ses antécédents de tabagisme et de ses importantes comorbidités (MPOC, hypertension, diabète et anxiété). L'exploration fonctionnelle respiratoire à laquelle elle a été soumise a révélé un volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) qui se situait à 55 % du niveau prévu. D'après l'évaluation, elle fumait de 20 à 30 cigarettes par jour (40 paquets par année), sa tension artérielle sous l'effet d'inhibiteurs ECA était de 155/90 et on lui avait récemment prescrit du lorazépam en raison du stress supplémentaire et de l'anxiété associés à son diagnostic de cancer et à l'attente de son opération.

Entraînement physique pour les patients atteints du cancer du poumon

On a remis à Mme W un entraîneur du seuil inspiratoire, réglé à 70 % de la pression inspiratoire maximale, qu'elle devait utiliser trois fois par jour pendant 15 minutes. Des recherches préliminaires semblent indiquer que l'entraînement des muscles inspiratoires avant l'opération pourrait aider à préserver la fonction pulmonaire après l'opération[2,3]. Mme W a également participé à des séances de réadaptation cardiaque pendant les trois semaines qui ont précédé son opération. Les séances avaient lieu deux fois par semaine et étaient fondées sur un entraînement par intervalles à haute intensité, réalisé au moyen de la marche sur tapis roulant (3,5 km/h, 4,6 MET), de la montée sur marche (18 par minute, 4,8 MET) et des poids libres (6 kg). Il a été montré que l'entraînement par intervalles produit des effets physiologiques comparables à l'exercice d'intensité modérée, et ce, pour plusieurs affections chroniques[4,5]. Des études semblent indiquer que l'entraînement par intervalles à haute intensité peut efficacement améliorer la tolérance à l'exercice et la capacité mitochondriale tout en ne demandant qu'un effort cardiaque minimal[4,5]. Pendant ces séances, Mme W a atteint un rythme de travail

Résultat	Avant la réadaptation	Après la réadaptation
VEMS prévu	55 %	67 %
Distance de la marche de six minutes (10 m)	423 m (3 MET en moyenne)	490 m (3,4 MET en moyenne)
Indice du CRM	4	3
Score sur l'HADS	A (15) D (8)	A (8) D (6)

Tableau 1 – Résultats avant et après trois semaines de réadaptation

correspondant à 80% de son rythme cardiaque maximal en raison d'essoufflement, mais elle n'a souffert d'aucun autre événement indésirable. La prise répétée de mesures à la suite de trois semaines d'exercices et d'entraînement des muscles inspiratoires a révélé une amélioration importante du VEMS prévu, de la distance de la marche de six minutes ainsi que des scores sur l'échelle de dyspnée et sur l'échelle hospitalière de mesure de l'anxiété et de la dépression (HADS) du Conseil de recherches médicales.

Enseignement pour les patients atteints du cancer du poumon

Le programme de réadaptation cardiaque actuel comporte des stratégies pour agir sur les facteurs de risque cardiovasculaire modifiables dont le tabagisme, la nutrition et la gestion du stress, qui sont également pertinents dans le cadre des soins oncologiques. Mme W, comme plusieurs patients atteints du cancer du poumon, a de longs antécédents de tabagisme, ce qui, dans la plupart des cas, constitue l'étiologie de l'évolution de la maladie. Ces personnes adoptent souvent de mauvaises habitudes alimentaires et subissent une perte de poids, car le diagnostic de cancer peut être particulièrement traumatisant pour leur famille et elles. Mme W estime avoir grandement tiré profit de l'enseignement et du soutien offerts ainsi que de l'accès à une grande variété de professionnels de la santé au sein de l'équipe de réadaptation cardiaque. Elle a réussi à arrêter de fumer 16 jours avant son opération, a adopté un régime bien équilibré et a jugé que les techniques de gestion du stress lui avaient été utiles pour l'aider à gérer son anxiété (en plus des médicaments), ce qui lui a permis de ressentir une meilleure maîtrise de soi avant son opération.

Après l'opération

Mme W s'est très bien rétablie de son opération et a reçu son congé après quatre jours. Elle n'a souffert d'aucune complication postopératoire cardiovasculaire ou pulmonaire visible. Elle se déplaçait seule dans l'unité le lendemain de son opération, les drains thoraciques ont été enlevés après deux jours et elle a seulement eu besoin d'un minimum d'oxygène d'appoint. Bien qu'il ait fallu réguler médicalement sa glycémie pendant la phase initiale postopératoire, la durée de son séjour à l'hôpital a été comparable à celle de patients plus jeunes qui ne présentent aucune comorbidité importante. Lors du suivi réalisé trois mois après son opération, Mme W était en cours de traitement de chimiothérapie postopératoire et continuait de bien se porter. Elle se considérait comme une ex-fumeuse, n'avait plus besoin de lorazépam pour gérer son anxiété et continuait d'assister aux séances d'entraînement chaque semaine. Mme W trouvait l'exercice particulièrement bénéfique pour gérer la douleur et la fatigue associées à la chimiothérapie.

Conclusion

La modification réussie des facteurs de risque et les excellents résultats du patient, évidents dans ce cas, portent à croire que le modèle de réadaptation cardiaque actuel pourrait convenir parfaitement pour aider à la préparation des candidats à la chirurgie courant un risque élevé, le tout dans le but d'améliorer les résultats postopératoires sans qu'il ne soit nécessaire de créer un nouveau modèle chirurgical coûteux. Il est aussi évident que d'autres recherches devront être menées pour bien éclairer les cliniciens à propos de l'incidence réelle de cette intervention nouvelle.

Références

(1) CARSON, P., M. LLOYD et R. PHILLIPS. « Exercise after myocardial infarction: a controlled trial », Journal of Royal College Physiology, vol. 16 (1982), p. 147-151.

(2) BENZO, R., et coll. « Pre-operative pulmonary rehabilitation before lung cancer resection: Results from two

randomised studies », Lung Cancer, vol. 74, no 3 (2011), p. 441-445.
(3) VALKENET, K., et coll. « The effects of pre-operative exercise therapy on post-operative outcome: a systematic review ». Clinical rehabilitation, vol. 25, no 2 (2011), p. 99-111.
(4) GIBALA, M., et coll. « Physiological adaptations to low-volume, high intensity interval training in health and disease ». The Journal of Physiology, vol. 590 (2012), p. 1077-1084.
(5) KORTIANOU, E., et coll. « Effectiveness of interval exercise training in patients with COPD », Cardiopulmonary Physical Therapy Journal, vol. 21, no 3 (2010), p. 12-19.

Créez votre profil professionnel

Patients atteints d'un cancer en contexte de réadaptation cardiaque

Les équipes de réadaptation Action Heart et Action Health, Dudley Group NHS Foundation Trust, West Midlands, Angleterre

Introduction

Établi au Russells Hall Hospital de Dudley, West Midlands, le programme Action Heart existe depuis un certain temps déjà; sa création remonte en fait au milieu des années 1970. Depuis cette époque, Action Heart ne cesse d'évoluer, et ce qui se voulait initialement un programme d'activité physique destiné aux patients ayant souffert d'un infarctus du myocarde pourrait aujourd'hui être décrit comme un programme complet véritablement inclusif, qui offre prescriptions d'exercice, analyse du mode de vie et counseling à tous les patients, quel que soit leur diagnostic cardiaque.

Dans les dernières années, les responsables d'Action Heart ont aussi collaboré avec le service de santé publique de Dudley pour offrir, à l'échelle du bourg, un programme d'aiguillage en activité physique, à toute personne jugée susceptible de développer une maladie cardiovasculaire,le manque d'activité physique aurait été établi comme un facteur de risque. Les trois centres de loisirs du Conseil participent aussi au programme d'aiguillage; leur personnel est en effet formé pour accepter les individus présentant un risque faible à modéré.

Les responsables d'Action Heart ont également été sollicités pour savoir s'ils pourraient accueillir d'autres groupes de patients atteints de maladies cardiovasculaires, et le programme a été intégré à des projets précis, notamment ceux destinés à des patients qui avaient subi des accidents ischémiques transitoires (AIT) et des AVC et à des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et de maladies artérielles périphériques. Ces développements ont été reconnus dans le document Cardiovascular Disease Outcomes Strategy, publié en 2013 par le ministère britannique de la Santé, qui incite les fournisseurs de services à envisager de travailler d'une manière plus générique, plutôt qu'en vase clos[1].

Activité physique et cancer

La recherche tend de plus en plus à montrer de manière probante qu'une activité physique régulière après le diagnostic et le traitement de la plupart des cancers, en particulier les cancers du sein et cancers colorectaux, peut améliorer la qualité de vie, diminuer le recours aux services de santé et accélérer le retour au travail. Il est aussi admis que les incapacités courantes avec lesquelles doivent composer les personnes ayant survécu à un cancer peuvent être évitées ou atténuées par l'activité physique.

Contre toute attente, cependant, les efforts visant à encourager une vie active ne constituent pas un élément incontournable des traitements contre le cancer ni des parcours de réadaptation. La société Macmillan, qui œuvre contre le cancer, signale aussi une diminution de l'activité physique chez les survivants du cancer, qui se disent jusqu'à 30 % moins actifs.

Il y a donc un profond fossé entre la théorie et la pratique, un manque de services de réadaptation structurés qui empêche, justement, de passer de la théorie à la pratique, compromettant ce faisant les chances de survie des patients atteints de cancer.

Le « chevauchement » entre réadaptation cardiaque/post-cancer

Dans la pratique, le nombre de patients vivants avec le cancer augmente énormément. Au Royaume-Uni, deux millions de personnes en seraient actuellement atteintes, et l'on s'attend à ce que ce nombre augmente de 3 % par année3. Dans le cas d'Action Heart, un balayage de notre base de données a révélé qu'environ 5 % des personnes aiguillées pour un problème cardiaque avaient déjà reçu un diagnostic de cancer avant d'entrer dans le programme ou étaient atteintes d'un cancer au moment de leur inscription. Puisque le programme offre automatiquement douze mois de surveillance, par ailleurs, il n'est pas rare que des cancers soient diagnostiqués en cours de route. L'expérience Action Heart donne à penser que la plupart des programmes de réadaptation cardiaque auront aussi à travailler avec des patients atteints de cancer.

Objectifs en matière d'activité physique

Chez les patients atteints de cancer, les objectifs en matière d'activité physique varieront en fonction de l'état d'avancement du traitement. Il a été prouvé que le fait de commencer ou de continuer ou de continuer à pratiquer l'activité physique pendant et après la chirurgie, la chimiothérapie ou la radiothérapie peut s'avérer bénéfique. En règle générale, tout accroissement de l'activité constitue un bon pas en avant, bien que des objectifs précis pour différents cancers doivent encore être établis. En l'absence de tels objectifs, il semble approprié d'adopter les lignes directrices pour l'activité physique formulées par le ministère de la Santé[3], qui recommande que les adultes (personnes âgées de 19 à 64 ans) et aînés (personnes âgées de 65 ans et plus) atteignent une dose d'activité physique hebdomadaire en cumulant jusqu'à 150 minutes d'activité d'intensité modérée, 10 minutes ou plus à la fois; l'un des moyens d'y parvenir consiste à faire 30 minutes d'exercice au moins cinq jours par semaine. Les lignes directrices stipulent également que des bienfaits comparables peuvent être obtenus en 75 minutes d'activité physique vigoureuse, ou par une combinaison appropriée d'activité physique modérée et vigoureuse. Chez les patients atteints d'un cancer, l'activité physique décline souvent en dessous de ces niveaux recommandés.

Le lien entre le cancer du sein et la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires donne aussi à penser que l'objectif fixé par le ministère de la Santé serait pertinent pour les patients atteints de cancer. Il existe déjà des preuves solides de la relation entre le risque de maladie cardiovasculaire et le cancer du sein[4], la chimiotoxicité constituant un facteur de risque accru[5]. Il s'avère donc impératif de parer au risque de maladie cardiovasculaire chez les survivantes du cancer du sein et judicieux d'associer, là où cela s'avère pertinent, les services cardiaques et ceux liés au cancer.

En résumé, on observe sur le plan de l'activité physique une grande synergie entre les objectifs ciblés pour les patients atteints de cancers et les patients atteints de maladies cardiaques.

Action Health - La vision

On trouve au centre Action Heart du Russells Hall Hospital une excellente structure de réadaptation physique, et il s'agissait probablement, pour les équipes de traitement du cancer, d'une progression naturelle que de se tourner vers Action Heart pour mettre au point un service d'activité physique à l'intention de leurs patients. Cette collaboration a mené à une demande de subvention fructueuse auprès de la société Macmillan, et c'est ainsi qu'« Action Health » a vu le jour (le changement de nom visait à rassurer les patients, qui auraient ainsi la certitude de ne pas avoir été aiguillés vers le mauvais service!)

L'objectif global du projet Action Health consistait à établir un service d'activité physique efficace, efficient et viable pour les patients de Dudley qui étaient traités, par exemple, pour des cancers du sein, colorectaux, urologiques, de la peau, gynécologiques et hématologiques. Le service a été conçu pour accélérer l'intégration de l'activité physique dans le cadre du traitement du cancer et faire en sorte que les survivants du cancer soient aussi nombreux que possible à atteindre le niveau minimal d'activité physique recommandé par le ministère de la Santé.

Le centre Action Heart, au Russells Hall Hospital, demeure le pôle d'échange de l'équipe Action Health et est utilisé pour promouvoir l'activité physique aux premiers stades de la réadaptation après un cancer. Les liens existants avec les stations d'activité physique dans la collectivité (en raison du programme d'aiguillage en activité physique de Dudley) sont mis à profit afin d'offrir aux patients un large éventail d'options qui leur permettront d'atteindre la dose d'activité physique désirée.

Action Health – Le service

Consultation et autodétermination

Une fois qu'un aiguillage a été effectué, le patient est joint par un membre de l'équipe Action Health et invité à une consultation individuelle. Au cours de cette consultation, il est invité à prendre le contrôle de sa situation et à aider à déterminer la station d'activité physique qui lui conviendrait le mieux. Le personnel d'Action Health aide aussi à orienter les patients vers la station d'activité physique la plus adaptée, en tenant compte de leurs préférences et du soutien/de la surveillance dont ils pourraient avoir besoin.

Stations d'activité physique

- Centre Action Heart
- Centres de loisirs de Dudley (x3)
- Gymnases extérieurs (x8)
- Groupes de marche
- Exercice autonome

Intervention axée sur l'exercice

Tous les patients d'Action Health se voient offrir une intervention de douze semaines en activité physique à la station d'activité dont ils ont convenu et bénéficient du soutien continu du personnel du programme. Une consultation intérimaire est prévue, après six semaines, pour évaluer les progrès réalisés et formuler un plan d'activité à adopter à l'issue du programme.

Action Health – La recherche

L'activité physique et son rôle dans la prévention et le traitement du cancer constituent, dans l'immédiat et pour l'avenir, un domaine très propice à la recherche.

Le projet Action Health contribuera aussi aux données dont nous disposons relativement à l'utilisation de l'activité physique chez les patients atteints de cancer. Un sous-groupe de patients participe en effet à un certain nombre d'évaluations physiologiques, psychologiques et relatives à la qualité de vie qui aideront à déterminer l'efficacité de l'intervention.

Expérience à ce jour

Le projet Action Health connaît un développement prometteur et accueillera probablement, d'ici la publication du présent article, son centième patient. Il convient de souligner que la grande majorité des patients à ce jour ont choisi la voie supervisée, optant pour l'entraînement au centre Action Heart pour leurs douze semaines d'activité physique. Ils ont apprécié le soutien offert par l'équipe d'Action Health et ont été heureux de pouvoir discuter de leur situation générale avec un professionnel de la santé.

La collaboration entre les équipes de réadaptation cardiaque et post-cancer a contribué pour beaucoup à la réussite du projet. Cette collaboration a notamment consisté en des échanges d'information et de formation entre les médecins, les infirmières, les physiothérapeutes et les instructeurs en activité physique. En principe, le personnel ayant déjà travaillé avec des patients atteints de maladies cardiaques (pour des problèmes connexes d'ordre psychologique ou liés au mode de vie, à la fatigue et à la mobilité) paraît bien placé pour s'occuper de patients atteints de cancer, avec le soutien des équipes de traitement du cancer. Dans le cadre d'Action Heart, ce soutien entre services s'est avéré bien plus bénéfique que toute formation « autonome ».

Le projet Action Heart semble en voie de devenir un ajout majeur au portefeuille de services d'activité physique de Dudley.

Conclusion

L'une des conséquences du vieillissement de notre population est que beaucoup de gens devront vivre avec plus d'une maladie de longue durée. Bien que la recherche ne reflète généralement pas ce fait, excluant très souvent les comorbidités comme des facteurs parasites, les services auront bientôt à accueillir périodiquement des patients de ce genre. Cela devrait aider à mettre au point des services plus génériques, lorsque les besoins des patients le justifient, et pourrait créer d'emballantes possibilités de collaboration ou d'expansion pour les services existants.

Le financement pour de nouveaux projets étant à l'heure actuelle assez limité au sein du système de santé publique du Royaume-Uni, il pourrait s'avérer avantageux pour les éventuelles nouvelles initiatives d'explorer les possibilités de collaboration avec des services d'activité physique existants. Le service Action Health est un partenariat entre l'équipe de réadaptation cardiaque Action Heart et les équipes de Dudley qui œuvrent auprès des patients atteints de cancer. Les programmes de réadaptation cardiaque sont largement répandus

au Royaume-Uni, et leurs équipes multidisciplinaires comprennent généralement une expertise en activité physique. D'autres régions du Royaume-Uni pourraient donc arriver à établir des partenariats similaires, à consolider l'utilisation et la viabilité des installations/du personnel et à montrer aux commissaires qu'ils ont optimisé les fonds dont ils disposaient.

Références
1. Cardiovascular Disease Outcomes Strategy – Improving outcomes for people with or at risk of cardiovascular disease, ministère britannique de la Santé, 2013.
2. (Ministère britannique de la Santé, de l'Activité physique et de l'Amélioration et de la Protection de la santé, 2011).
3. J. Maddams, D. Brewster, A. Gavin et coll. « Cancer Prevalence in the United Kingdom: estimates for 2008 », British Journal of Cancer, vol. 10, no 3 (2009), p. 541-547.
4. J. Patnaik, T. Byers et coll. « Cardiovascular disease competes with breast cancer as the leading cause of death for older females diagnosed with breast cancer: a retrospective cohort study », Breast Cancer Research, vol. 13 (2011), p. R64. Sur Internet à l'adresse : http://breast-cancer-research.com/content/13/3/R64.
5. H. A. Azim, E. de Azambuja et coll. « Long-term effects of adjuvant chemotherapy in breast cancer », Annals of Oncology, vol. 22 (2011), p. 1939-1947.

Pour de plus amples renseignements et pour recevoir une affiche électronique décrivant de manière plus détaillée les services offerts aux patients atteints de cancer, veuillez écrire à actionhealth@actionheart.com.

Message du président

Simon Bacon, président de l'ACPRC

Il y a maintenant près de six mois que j'ai officiellement pris les rênes rênes de l'association... et ces six mois ont été plutôt chargés! En tant qu'organisme, nous avons osé revoir notre image. L'expansion de notre nom pour y inclure l'adjectif « cardiovasculaire » plutôt que « cardiaque » et la notion de prévention témoignent vraiment de l'envergure du travail – excellent d'ailleurs! – que vous effectuez jour après jour. Cette nouvelle image s'accompagne cependant d'une responsabilité, celle de parvenir à satisfaire, en tant qu'organisme, les besoins d'intervenants beaucoup plus nombreux. Dans cette optique, la direction et le conseil d'administration cherchent activement de nouveaux produits et services que nous pourrions créer et offrir afin d'améliorer le travail et la recherche de nos membres actuels et de ceux qui pourraient se joindre à nous dans le futur. Au cours de la prochaine année, nous demanderons votre rétroaction sur de nouveaux produits éventuels, et je vous incite tous à vous faire entendre, car vous avez la chance unique de modeler et d'améliorer ce que vous offre votre Association.

Si nous poursuivons nos efforts pour offrir à nos membres un plus vaste éventail d'avantages encore plus intéressants, nous devons malheureusement composer avec un soutien réduit de la part de nos commanditaires. Comme tous les organismes du même genre, l'ACPRC a connu dans les trois dernières années une diminution soutenue de ses revenus de commandite. Cela a eu

Du neuf à l'ACPRC

Dictionnaire de données du Registre canadien de réadaptation cardiaque, version 2.0 - Le sous-comité de recherche du RCRC a pour mandat d'examiner et de mettre à jour, tous les deux ans, le dictionnaire des éléments de données du Registre. La première fois, étant donné l'important volume de commentaires reçus de la part des programmes participants, un groupe de travail a été mis sur pied pour s'acquitter de cette tâche et formuler des recommandations à l'intention du sous-comité de recherche, du sous-comité de liaison avec les programmes et du comité plénier du RCRC. Le groupe de travail se compose de membres des sous-comités de recherche et de liaison avec les programmes, ainsi que d'un membre de l'initiative de dictionnaire de données de la Société canadienne de cardiologie possédant une expertise méthodologique.

Tout au long du mois de mai, nous invitons les membres de l'ACPRC à faire connaître leur opinion relativement à la version 2.0 du dictionnaire de données du RCRC. Des commentaires peuvent être formulés sur le blogue, qui sera modéré par le président du groupe de travail, le Dr Todd Duhamel. Tous les commentaires seront transmis au groupe de travail en juin afin que ce dernier les étudie et prenne les mesures qui s'imposent. Pour accéder au dictionnaire de données 2.0 et au blogue, ouvrez une session sur notre site Web au www.cacr.ca.

Indicateurs de la qualité en réadaptation cardiaque - le numéro de juin d'Atout CV sera consacré à la mise en œuvre des indicateurs de la qualité en réadaptation cardiaque, d'un point de vue national et international. Surveillez votre boîte aux lettres; vous devriez le recevoir sous peu!

Le vote électronique - un moyen plus facile de sélectionner les nouveaux membres de votre conseil!
À compter de cette année, vous pouvez élire électroniquement les nouveaux membres qui composeront

une incidence notable sur notre budget, depuis quelques années maintenant déficitaire. Bien que l'Association jouit toujours d'une bonne santé sur le plan financier, il est clair qu'aucun organisme ne peut survivre lorsqu'il perd de l'argent chaque année. Au cours des 6 à 18 derniers mois, il a souvent été question lors des discussions du conseil de diversifier nos flux de rentrées et de devenir moins dépendant de l'assemblée annuelle pour générer des fonds. Nous avons aussi jeté un regard critique sur nos dépenses et avons raffiné l'organisme afin qu'il soit aussi rationalisé que possible. À mesure que nous progresserons, nous pourrions avoir à prendre des décisions difficiles pour assurer la stabilité à court terme de l'organisme et mettre en place des mesures qui nous permettront de croître et de prospérer à moyen et à long terme.

En cette période trépidante, mais difficile, il apparaît crucial de veiller à ce que l'Association vous tienne activement informés et à ce que vous ayez l'occasion de participer au processus. À cette fin, j'aimerais rappeler la tenue prochaine d'élections (au sujet desquelles vous trouverez plus d'information dans le présent numéro). La vitalité de l'Association s'explique par la participation dévouée des membres à son fonctionnement. J'encourage chacun de vous à jouer un rôle actif dans le processus de vote - collectivement, nous sommes plus forts. Nous avons comme toujours la capacité de rendre ce formidable organisme meilleur encore.

le conseil! Jusqu'à aujourd'hui, nous postions les bulletins de vote et acceptions vos votes par voie postale. Le processus électronique aidera à sauver des arbres, à réaliser des économies sur les frais d'affranchissement, à gagner du temps et à accroître notre efficacité. En un seul clic, chaque membre aura accès à un (1) vote anonyme, et le processus demeurera strictement confidentiel. Si vous préférez nous faire parvenir votre vote par la poste ou par télécopieur, il vous sera bien entendu possible de le faire. À compter du 21 mai, vous pourrez voter en ligne OU imprimer la trousse de vote que vous trouverez sur notre site Web. La date limite pour voter est le 30 juin. Bonne chance à tous les candidats!

Message de la direction

Stacey Grocholski, directrice générale de l'ACPRC

Comme le soulignait Simon, l'association fait actuellement peau neuve, et vous pourriez avoir remarqué, depuis janvier, un certain nombre de changements mineurs ou plus importants. Le changement le plus flagrant est probablement le nom de notre publication, passé assé en anglais, de CICRP à CV Edge, qu'on pourrait traduire par Enjeux CV.. Non seulement le nom a changé, mais le bulletin arbore aussi une nouvelle mise en page, à l'image de l'organisation. J'espère que vous aimez son nouveau look! Le nouveau nom est le fruit d'un effort collectif de la part des membres, dont plus de 55 % ont voté en faveur du titre anglais « CV Edge ». Je crois que ce nom ouvre à l'Association de plus vastes débouchés et nous permet de nous présenter comme les plus grands experts dans le domaine de la prévention et de la réadaptation cardiovasculaire. J'espère que vous avez aimé lire la publication et je vous invite comme d'habitude à me faire parvenir vos commentaires.

Parallèlement à ce processus de renouvellement de l'image, des activités clés et des priorités ont été établies. Nous nous réjouissons de redéfinir les produits et services existants et de trouver de nouveaux moyens de créer de la valeur pour nos membres. Dans cette optique, des travaux et des recherches préliminaires ont déjà été entrepris, et deux nouveaux groupes de travail sont actuellement mis sur pied. L'objectif de ces groupes (bien qu'ils soient, de par leur nature, très différents) consiste à prendre du recul, à examiner les pratiques actuelles, à se concentrer sur la recherche, à formuler des recommandations à l'intention du groupe de travail sur le modèle d'affaires et à présenter cette information aux membres afin de les consulter et de recueillir auprès d'eux des commentaires constructifs. Nous traversons une période des plus stimulantes, et je vous invite à envisager de vous joindre à l'un de ces comités – vous trouverez davantage de renseignements les concernant sur la page d'accueil de notre site Web, au cacr.ca. N'hésitez pas à m'adresser, en tout temps, vos questions ou commentaires au sujet du processus ou à me faire savoir comment je pourrais vous aider. Je voudrais enfin remercier nos dévoués comités bénévoles, qui travaillent sans relâche pour redonner au domaine de la réadaptation cardiaque et le rendent tellement plus fort!

LES 25 ET 26 OCTOBRE
VANCOUVER, C.-B.

CONFÉRENCE ANNUELLE ET SYMPOSIUM DE L'ACPRC

Organisée en marge du Congrès canadien sur la santé cardiovasculaire (CCSC), la conférence annuelle de l'ACPRC se veut une occasion de réseauter avec d'autres professionnels de la réadaptation cardiaque, d'acquérir des connaissances essentielles qui amélioreront le rendement et la prestation des programmes et de rencontrer de grands spécialistes venus présenter les plus récentes recherches et pratiques exemplaires. Veillez à vous inscrire en tant que membre de l'ACPRC – les inscriptions débuteront le 2 juin.

Exposants

L'exposition de l'ACPRC est divisée en quatre catégories d'exposants : programmes de réadaptation cardiaque, commanditaires de la conférence, organisme/entreprise à but lucratif et organismes sans but lucratif. C'est l'occasion pour vous de présenter votre programme ou peut-être un projet sur lequel vous travaillez. Ne tardez pas à présenter votre demande; faites-le dès aujourd'hui, car les places sont limitées - visitez le : https://cacr.encryptedsecure2.com/francais/Development_Professionel/SymposiumFR.cfm

Prix de leadership

Présentez la candidature d'un autre membre pour un prix de leadership dans le domaine de la pratique clinique, de la recherche, de l'éducation/du transfert de connaissances ou du plaidoyer. Faites-nous savoir dès aujourd'hui qui parmi vos collègues devrait être reconnu :
http://cacr.ca/awards/LeadershipAwardApplication.cfm

John Stanton
Conférencier de séance plénière
Prévention cardiovasculaire...
Ensemble, nous pouvons le faire!

Le Canada connaît, en matière de soins cardiovasculaires, un succès novateur, que ce soit aux stades du diagnostic, du traitement ou du rétablissement. Le temps est maintenant venu d'adopter une approche collective et proactive en matière de prévention. Nous connaissons les problèmes et bon nombre des solutions. John Stanton a amené des centaines de milliers de Nords-Américains à surmonter la peur du ridicule et à chausser leurs espadrilles pour adopter un mode de vie plus athlétique et plus sain. Il vous motivera à prendre les commandes en vous faisant part d'idées novatrices destinées à améliorer votre approche personnelle, professionnelle et communautaire des soins de santé. Ne manquez pas cette séance le *dimanche 26 octobre 15 h.*

Soirée rencontre
Le samedi 25 octobre
Steamworks Brew Pub - 375, rue Water
Les places sont limit es.

Rédacteur en chef et rédacteurs adjoints de la publication
Warner Mampuya, rédacteur en chef
Kelly Angevaare, rédactrice adjointe
John Buckley, rédacteur adjoint
Andrew Jeklin, rédacteur adjoint
Holly Wykes, rédactrice adjointe
Stacey Grocholski, directrice générale de l'ACPRC
Leanne Lemieux, rédactrice responsable de la mise en page

ACPRC
Association canadienne de prévention et de réadaptation cardiovasculaires

1390 Taylor Avenue
Winnipeg, Manitoba R3M 3V8 Canada
Téléphone: (204) 928-7870
Web: www.cacr.ca
courriel: admin@cacpr.ca

Avertissement : L'information contenue dans la présente publication reflète les opinions et conclusions du ou des auteurs et non celles de l'ACPRC. Il s'agit d'information de nature générale, qui ne devrait être utilisée à d'autres fins que pour informer les lecteurs des recherches actuelles dans le domaine.