

PROGRAMME RÉGIONAL DE SERVICES EN SANTÉ CARDIAQUE

CADRE DE RÉFÉRENCE

VOLET RÉADAPTATION CARDIAQUE

Février 2010

Mise à jour : 24 mars 2011

Adopté par le Sous-comité Maladies chroniques le 24 février 2010

Équipe de révision et rédaction pour la mise à jour 2010

Révision et rédaction

D^r Paul Farand
Linda Cormier

Supervision

Francine Boulanger

Secrétariat

Nathalie Nolet

Équipe de rédaction (mai 2004)

Conception et analyse

Louise Rivard, agente de programmation, Direction de l'organisation des services et des ententes de gestion
Robert Pronovost, médecin-conseil, Direction de la santé publique et de l'évaluation de l'Estrie

Rédaction

Chantal Boucher
Denyse Lamontagne

Secrétariat

Nicole Calvert

Graphisme

Bernard Bilodeau, technicien en communication

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes suivantes qui ont participé de près ou de loin à la mise à jour de ce cadre de référence. Leur expertise fut grandement appréciée.

ANDRÉ MALTAIS, chef de service en cardiologie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ANNIE TESSIER, kinésiologue, Pro-Cœur, CSSS de Memphrémagog.

DIANE DURANLEAU, infirmière, CSSS du Haut-Saint-François.

FRANCE BISSON, pilote régional I-CLSC, Direction des ressources financières, informationnelles et matérielles, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

HÉLÈNE BÉLANGER, chargée de projet au programme régional de réadaptation Traité Santé, Hôpital Laval.

JESSICA LECLERC, kinésiologue, Pro-Cœur, CSSS de Memphrémagog.

LUCIE LAFLAMME, kinésiologue, programme de réadaptation cardiaque, Estrie.

MARC ALARIE, représentant, Pfizer.

MICHEL CARBONNEAU, agent de planification, de programmation et de recherche, Direction de la santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

PAUL FARAND, cardiologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

PHILIPPE LAMONTAGNE, médecin, directeur des affaires médicales et universitaires, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

PIERRE DESGAGNÉS, éducateur physique, Ph.D., Hôpital Laval, Pavillon de prévention des maladies cardiaques.

RAYMONDE VAILLANCOURT, médecin, chef du DRMG, Direction des affaires médicales et universitaires, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

SERGE LEPAGE, cardiologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

SYLVIE HINSE, chef de programme APG (adulte population en général), CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes suivantes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce cadre de référence. Leur expertise fut grandement appréciée.

ALAIN VANASSE, médecin, P.H.D., Centre de recherche clinique, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

DANIEL AUGER, B.Sc. Éducation physique, conseiller Kino-Québec, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie.

DENISE ST-CYR-TRIBBLE, infirmière P.H.D., professeure au Département des sciences infirmières, Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke, CLSC de Sherbrooke.

DONALD DELISLE, médecin, Département régional de médecine générale, Estrie.

ÉLISE ROUSSEAU, B.Sc. D.T.PB, CFPC spécialiste conseil, Pfizer.

FRANCES GALLAGHER, infirmière P.H.D., professeure au Département des sciences infirmières, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, CLSC de Sherbrooke.

GILBERTE POIRIER, chef bibliothécaire, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

HÉLÈNE BÉLANGER-BONNEAU, médecin-conseil, Direction de la santé publique et de l'évaluation de l'Estrie.

LYNA BOLDUC, infirmière B.Sc., M.A.P., agente régionale du programme, Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de Québec.

LYNNE MICHAUD, B.Sc. T.S., Centre de santé de la MRC de Coaticook.

MARC JALBERT, propriétaire du Maxi-Club, Centre médico-sportif, Sherbrooke.

MARC VALLÉE, pharmacien, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

MARIO WILHELMY, médecin, responsable du Centre de réadaptation cardiaque Procoeur, Magog, directeur des services professionnels au Centre de santé Memphrémagog.

MARTIN TURGEON, pharmacien, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

NICOLE BOLDUC, infirmière clinicienne, directrice des services infirmiers, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, professeure adjointe, Département des sciences infirmières, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

NICOLE CHARLAND, B.Sc. D.T.P., Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

THÉRÈSE OUELLET, Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de Québec.

PATRICK FARRAS, B.Sc. Kin., Maxi-Club, Centre médico-sportif, Sherbrooke.

PIERRE NOËL, B.Sc. Inf., assistant au supérieur immédiat à l'équipe de base en santé mentale et aux services de l'accueil, CLSC de Sherbrooke.

SYLVIE GAGNON, médecin cardiologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, professeure à la Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

MEMBRES DU COMITÉ D'ORIENTATION SUR LES MALADIES CHRONIQUES/ HABITUDES DE VIE

ALAIN BARBEAU, coordonnateur des programmes communautaires, préventifs et services courants, CLSC – CHSLD du Haut-St-François.

CLAIRE GIGUÈRE, chef de programme (S.C., S.M. et E.J.E.), Carrefour santé du Granit.

DENYSE VINCENT, chef de programme, CLSC – CHSLD du Haut-St-François.

ÉDITH COUTURE, agente de programmation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

ESTHER PAQUETTE, chef de programme, Centre de santé Memphrémagog.

FRANCE SIMONEAU, conseillère aux établissements, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

HÉLÈNE BÉLANGER-BONNEAU, médecin, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

JEANNE DION, responsable des soins infirmiers, Centre de santé de la MRC de Coaticook.

JOHANNE BOLDUC, chef de programme, Centre de santé de Coaticook.

JOSÉE BERNIER, chef administratif de programmes, Centre de santé de la MRC d'Asbestos.

LINDA CORMIER, chef clinico-administrative du programme clientèle en cardiorespiratoire, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont.

LINDA DIELEMAN, agente de programmation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

LOUISE GAGNON, chef administratif de programmes, Carrefour santé et services sociaux du Val-Saint-François.

MADELEINE BOUSQUET, chef de programme, Centre de santé Memphrémagog.

MARIE-FRANCE FOURNIER, agente de programmation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

PIERRE-ANDRÉ RAINVILLE, directeur des programmes de santé physique et des services hospitaliers, Centre de santé de la MRC d'Asbestos.

SYLVIE HINSE, chef de programme APG (adulte population en général), CLSC de Sherbrooke.

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE PROGRAMMATION CLINIQUE EN SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

DIANE DURANLEAU, infirmière, CLSC – CHSLD du Haut-Saint-Francois.

DANIEL LUSSIER, infirmier, CLSC de Sherbrooke.

ÉLISABETH TURGEON, B.Sc. Kin., Programme CHUS ACTIF, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

HÉLÈNE BÉLANGER-BONNEAU, médecin, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

JOHANNE BOLDUC, coordonnatrice au soutien à domicile, Centre de santé de la MRC de Coaticook.

LINDA CORMIER, chef clinico-administrative du programme clientèle en cardiorespiratoire, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont.

LOUISE RIVARD, agente de programmation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

SYLVIE HINSE, chef de programme APG (adulte population en général), CLSC de Sherbrooke.

SYLVIE LIRETTE, infirmière chef de la courte durée, Centre de santé du Granit.

SYLVIE MOREAU, chef de programme PPA (personnes en perte d'autonomie), Centre de santé Memphrémagog

TABLE DES MATIÈRES

Programme régional de services en santé cardiaque.....	9
Avant-propos.....	9
Mise en contexte.....	10
Volet réadaptation cardiaque.....	12
La réadaptation : une définition.....	12
Critères d'admissibilité.....	12
Critères d'inclusion : admissibilité.....	14
Assises du volet réadaptation.....	14
<i>Centré sur la clientèle</i>	14
<i>Intégration au réseau de soins et de services de santé et une mise en réseau efficace</i>	15
<i>Gestion par résultats</i>	16
<i>Approche adaptée à l'individu qui permet d'identifier et d'intervenir selon le degré de motivation de la personne</i>	16
Mission et objectifs du programme de réadaptation cardiaque.....	18
Modèle général d'intervention.....	19
Phases du programme.....	19
<i>Phase préalable à l'entrée</i>	19
Recrutement de la clientèle.....	20
<i>Évaluation préprogramme</i>	21
<i>Phase de réadaptation active</i>	21
<i>Phase de maintien</i>	22
Structure du programme.....	23
Responsabilités et rôles de la personne intervenante pivot.....	24
Interventions cliniques.....	24
Collaboration à l'organisation des services en réadaptation.....	25
Rôle des autres membres de l'équipe.....	26
Mécanismes de liaison.....	28
Mécanismes existants dans la région 05.....	28
Évaluation du programme.....	29
Développements futurs.....	30
Sigles et abréviations.....	31

ANNEXES

<i>Annexe 1</i>	<i>Qu'est-ce qu'un réseau de soins et de services de santé?</i>	<i>32</i>
<i>Annexe 2</i>	<i>Stratégies de l'Organisation mondiale de la santé</i>	
	<i>« Vers l'unité pour la santé »</i>	<i>34</i>
<i>Annexe 3</i>	<i>Modèle de Prochaska</i>	<i>36</i>
<i>Annexe 3A</i>	<i>L'approche motivationnelle selon le D' Jacques Bédard</i>	<i>38</i>
<i>Annexe 4</i>	<i>Volet sexualité</i>	<i>43</i>
<i>Annexe 5</i>	<i>Volet spiritualité</i>	<i>46</i>
<i>Annexe 6</i>	<i>Santé cardiaque chez la femme</i>	<i>51</i>
<i>Annexe 7</i>	<i>Nomenclature : Programme régional de maladies chroniques.....</i>	<i>54</i>
<i>Annexe 8</i>	<i>Fiche descriptive des indicateurs : entente de gestion 2008-2009</i>	<i>68</i>
RÉFÉRENCES	77

PROGRAMME RÉGIONAL DE SERVICES EN SANTÉ CARDIAQUE

Avant-propos

Ce document présente le volet de *réadaptation cardiaque* du Programme régional en santé cardiaque. Ce volet vient s'ajouter au volet *insuffisance cardiaque* du Programme régional en santé cardiaque, ainsi qu'à d'autres programmes en cours, tel le Programme régional intégré de services de prévention et de gestion des maladies chroniques. À cet effet, il a été conçu et planifié de manière à s'inscrire dans une vision et une démarche intégratives globales, celles des maladies chroniques mettant une emphase sur les habitudes de vie ainsi que sur la capacité et les habiletés des individus à prendre adéquatement en charge leur santé.

Les stratégies ainsi proposées dans ce document cherchent à éviter le développement isolé ou *en silo* du volet de réadaptation cardiaque tout en ouvrant la porte aux interventions diversifiées, complémentaires et concertées des divers acteurs concernés non seulement par les maladies cardiaques, mais aussi pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies pulmonaires et autres. En somme, l'approche sous-jacente utilisée permet d'optimiser les ressources aux niveaux organisationnel, fonctionnel et clinique. Cela évite le morcellement ainsi que le cloisonnement et le chevauchement des services et favorise un lien instigateur entre les différentes pratiques cliniques tout en consolidant et bonifiant les interventions individuelles.

La présente programmation de réadaptation cardiaque repose sur certaines valeurs : l'accessibilité, la continuité, la complémentarité et la proximité des services à partir de la perspective clientèle. Le tout se faisant dans un engagement et une responsabilité partagés des divers acteurs du réseau de la santé, mais aussi des milieux de vie, et ce, dans le respect des partenaires et des missions des établissements, qu'ils soient publics ou privés.

Les expériences acquises par la mise en œuvre de deux projets des Fonds d'adaptation des services de santé (les expériences vécues dans les régions de Québec et du Saguenay-Lac-St-Jean) confirment, entre autres, la pertinence d'offrir une trajectoire élargie de services de réadaptation intégrés pour les maladies cardiaques, *décentrés à une échelle locale* et dont l'organisation originale vise à renforcer le potentiel des individus et à optimiser leur santé. Dans le cadre des présents travaux, nous nous sommes grandement inspirés, avec leur autorisation, du programme *Traité Santé* de la région de Québec¹.

Autant en ce qui a trait aux facteurs de risque qu'à leurs répercussions sur les personnes atteintes, les maladies chroniques possèdent des éléments similaires. Ce document fournit un tronc commun pour l'intervention en réadaptation pour l'ensemble des maladies chroniques, qui tient compte de ces éléments similaires. Il apporte également des spécifications quant aux aspects particuliers de certaines maladies².

Finalement, le présent document n'est pas un plaidoyer justifiant *le pourquoi* d'un programme de réadaptation cardiaque en Estrie. Il vise le *comment*. Ce cadre de référence révisé comporte de nouvelles informations permettant aux personnes intervenantes d'être mieux outillées dans leur pratique professionnelle auprès des clientèles.

À l'exemple du *Traité Santé* de la région de Québec, nous avons intégré une partie traitant de la sexualité, de la spiritualité ainsi que de la santé cardiaque des femmes.

Pour conclure, nous tenons à remercier les personnes impliquées dans ce programme qui ont accepté de collaborer à cette mise à jour par le témoignage de leurs expériences et de leurs commentaires.

Mise en contexte

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause d'hospitalisation des patients adultes au Québec (19 %). Toutefois, principalement en raison des améliorations thérapeutiques, la mortalité suite à un événement cardiovasculaire aigu a diminué graduellement au cours des dernières décennies. Parallèlement à cela, la plupart des pays industrialisés se sont dotés de structures ayant comme objectif de freiner l'évolution de la maladie et d'améliorer la qualité de vie et la survie des patients avec maladie cardiovasculaire. Ces structures ont généralement pris la forme de cliniques de réadaptation cardiaque axées notamment sur l'enseignement et la prise en charge des facteurs de risque et sur la participation à des programmes d'exercice physique. Lorsqu'évalué dans le cadre d'études randomisées d'envergure, ce programme axé sur la participation à un programme d'activités physiques d'une durée de quelques mois, se sont avérés moins bénéfiques que ce qui était initialement estimé.

Aucune étude individuelle n'avait montré clairement le bénéfice de la réadaptation cardiaque au niveau de la prévention de la mortalité cardiovasculaire ou du réinfarctus. Le bénéfice avait été démontré dans le cadre de méta-analyses qui, dans la grande majorité, incluaient des patients avant l'avènement des traitements interventionnels précoces tels que nous les pratiquons actuellement, notamment au CHUS. Les résultats de la plus grande étude randomisée sur le sujet viennent d'être publiés (Archives of Internal Medicine : Giannuzzi et al; nov. 2008). Ces résultats très attendus portent sur 3 241 patients qui ont été randomisés soit aux soins usuels ou à un programme très élaboré comprenant des interventions éducatives et comportementales mais ne comprenant toutefois pas un programme d'exercice. Ces interventions se poursuivaient pour un total de trois ans à la suite desquelles l'intervention n'a pas modifié la survenue des issues primaires cliniques qui étaient une issue primaire combinée. Il est toutefois noté qu'une des issues secondaires comprenant le décès de causes cardiovasculaires ou l'infarctus ou l'ACV a été diminuée de manière significative, principalement en regard d'une diminution du nombre d'infarctus de 0,7 % en valeur absolue.

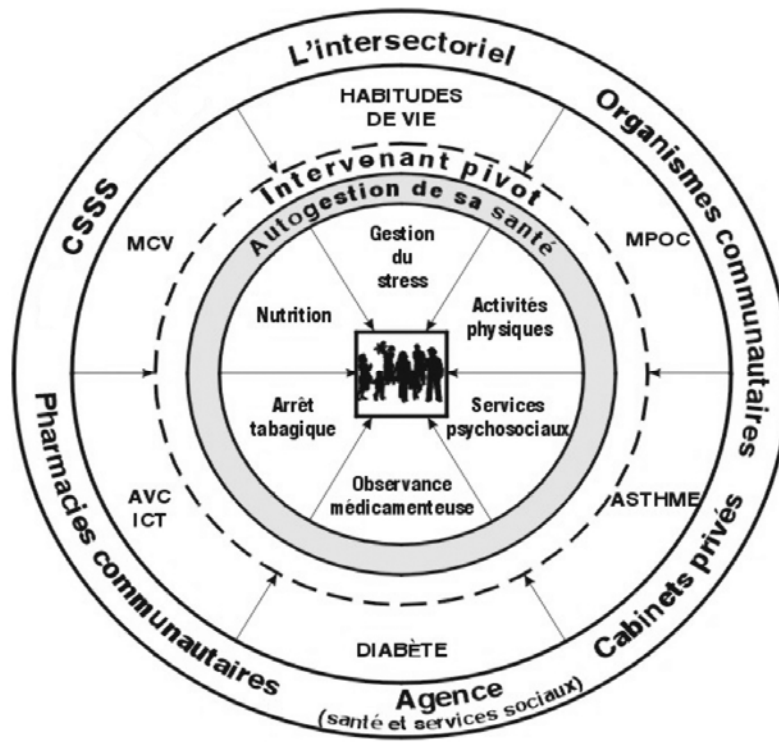
De même, bien qu'il y ait un consensus très large que la pratique de l'activité physique et le maintien de saines habitudes de vie contribuent à réduire l'incidence ou la récurrence d'événements cardiovasculaires, le bénéfice de la mise en place d'un programme d'activités physiques et son évaluation par des études randomisées est moins claire et relève majoritairement de méta-analyses qui, encore dans ce cas, ont été majoritairement effectuées avant les stratégies de revascularisation modernes. L'étude HF-ACTION supervisée par le Docteur David J. Welland et présentée en 2008 a évalué un programme d'activités physiques versus des soins usuels chez 2 331 patients avec insuffisance cardiaque. La pratique d'exercice physique s'est avérée sécuritaire mais a seulement démontré une tendance non significative pour une diminution de la mortalité et de l'hospitalisation de toutes causes en plus d'améliorer certaines issues secondaires toutefois d'importance incluant notamment une diminution des symptômes et une amélioration de la qualité de vie.

En résumé, bien que l'atteinte et le maintien de saines habitudes de vie au long terme diminuent la survenue d'événements cardiovasculaires et la mortalité, les études prospectives démontrent un bénéfice qui est moindre que celui initialement espéré au plan

clinique dans le contexte de la mise en place de programmes de réadaptation avec une intervention brève comme le nôtre.

Secondairement à ces réflexions, il est nécessaire de réorienter certains des objectifs du cadre de référence du volet de réadaptation cardiaque afin de prioriser les aspects où le bénéfice clinique est le mieux démontré.

Figure 1 : MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES



VOLET RÉADAPTATION CARDIAQUE

(DÉFINITION, CLIENTÈLE ET ASSISES)

La réadaptation cardiaque constitue une partie importante d'un plan de traitement efficace pour freiner l'évolution de la maladie, augmenter la capacité fonctionnelle des porteurs de ces dites maladies et, par le fait même, améliorer la qualité de vie³.

La réadaptation : une définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la réadaptation comme l'ensemble des activités permettant aux personnes aux prises avec une affection chronique d'améliorer leur condition physique, mentale et sociale, de sorte qu'elles puissent reprendre par elles-mêmes une place aussi normale que possible dans la société et mener une vie active.

Cette définition se situe dans le cadre des orientations ministérielles en déficience physique qui s'appuient elles-mêmes sur le concept de processus de production des handicaps, concept proposé par l'OMS en 1980 et mis au point par la Société canadienne de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH).

Il est reconnu que la perception qu'a l'individu de ses capacités est plus déterminante que la sévérité de sa maladie. Dans la majorité des cas, l'adaptation à la maladie, davantage que la maladie elle-même, semble le meilleur indicateur de la récupération de la qualité de vie et de la réintégration au travail.

En Estrie, l'équipe de programmation clinique en santé cardiaque retient cette définition de la réadaptation cardiaque :

La réadaptation se définit comme l'ensemble des stratégies d'intervention mises en place afin d'améliorer ou de maintenir une personne, de façon autonome, à un niveau de fonctionnement optimal sur les plans physique, psychologique, affectif, social et professionnel⁴.

Critères d'admissibilité

Les personnes suivantes sont admissibles :

1. personnes souffrant de maladie coronarienne athérosclérotique;
2. personnes souffrant d'insuffisance cardiaque;
3. personnes souffrant de diabète;
4. personnes ayant deux facteurs de risque de maladie coronarienne athérosclérotique.

Une priorisation est effectuée en fonction de la condition médicale de la clientèle selon les critères déterminés ci-dessous ainsi qu'en fonction des listes d'attente pour chaque établissement participant.

L'ordre de priorisation est le suivant :

1. Personnes souffrant de maladie coronarienne athérosclérotique

La plus grande partie de la population ciblée est composée des personnes souffrant de maladie coronarienne athérosclérotique. À noter que la portion concernant le programme d'entraînement doit débuter plus de quatre semaines après un événement coronarien instable.

L'identification des usagers avec maladie coronarienne athérosclérotique se fait, notamment, à partir des interventions ou diagnostics suivants : angine clinique, examen de stratification non-invasif montrant la présence d'une maladie coronarienne athérosclérotique (ECG d'effort, stress-échographie, Mibi-Persentin ou d'effort), coronarographie avec lésions de plus de 50 %, angioplastie coronarienne, chirurgie de revascularisation coronarienne, antécédent d'infarctus, d'angine ou de syndrome coronarien aigu.

2. Personnes souffrant d'insuffisance cardiaque

La clientèle avec insuffisance cardiaque est celle admissible à être suivie par une clinique d'insuffisance cardiaque de notre région, soit les usagers avec insuffisance cardiaque systolique et FEVG moins de 40 % ou bien avec insuffisance cardiaque d'autres étiologies ayant eu besoin d'être hospitalisés pour un épisode d'insuffisance cardiaque décompensé.

3. Personnes souffrant de diabète

La clientèle souffrant de diabète de type I ou II.

4. Personnes ayant deux facteurs de risque modifiables de maladie coronarienne athérosclérotique

Les personnes ayant deux facteurs de risque de maladie coronarienne parmi les suivants :

- maladies vasculaires athérosclérotiques périphériques (MVAS) ;
- hypertension artérielle (TA de plus de 140/90) ;
- dyslipidémie (selon les recommandations en prévention primaire) ;
- tabagisme actif ;
- antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce (homme moins de 45 ans et femme moins de 55 ans) ;
- âgé de plus de 75 ans ;
- obésité (IMC plus de 30 ou tour de taille de plus de 102 cm (homme), de plus de 88 cm (femme)).

Par ailleurs, les personnes devront accepter de participer au programme et d'avoir :

- un suivi médical actif (pour certains CSSS, les personnes sans suivi médical sont acceptées);
- les capacités d'apprentissage requises pour participer au programme;

- la motivation à s'engager dans une démarche de réadaptation incluant minimalement un volet du programme;
- un état clinique stable;
- une évaluation complète et une stratification du risque.

Les proches des personnes atteintes constituent également une clientèle importante pour le programme. Ils sont invités à être présents lors des rencontres avec l'infirmière et à participer aux conférences. Ceux-ci ne sont toutefois pas admis aux activités physiques compte tenu des espaces souvent très restreints des lieux physiques.

Programme du CHUS vs CSSS

L'admission au programme de réadaptation se fait via les CSSS. Les demandes de stratification qui seront reçues directement par le programme du CHUS seront renvoyées au CSSS respectif du patient. Pour la majorité des CSSS, la stratification sera réalisée par un cardiologue du CHUS qui déterminera le lieu où se fera le programme (CSSS vs CHUS) en fonction de la condition de la personne et des ressources du CSSS. Pour certains CSSS qui ont les ressources nécessaires, l'épreuve d'effort sera réalisée sur place, de même que le reste du programme de réadaptation.

Critères d'inclusion : admissibilité

Par ailleurs, les personnes devront accepter de participer au programme et avoir :

- un suivi médical actif (pour certains CSSS, les personnes sans suivi médical seront refusées);
- les capacités d'apprentissage requises pour participer au programme;
- la motivation à s'engager dans une démarche de réadaptation incluant minimalement un volet du programme;
- un état clinique stable;
- une évaluation complète et une stratification du risque.

Les proches des personnes atteintes constituent également une clientèle importante pour le programme. Ils sont invités à être présents lors des rencontres avec l'infirmière et à participer aux conférences. Ceux-ci ne sont toutefois pas admis aux activités physiques compte tenu des espaces souvent très restreints des lieux physiques.

Assises du volet réadaptation

Le programme s'appuie sur les assises suivantes :

- ***Centré sur la clientèle***

Le programme est centré sur les besoins de la clientèle. La personne et sa famille sont au cœur des interventions. Les services et interventions, provenant du public comme du privé, doivent graviter vers eux avec comme constantes l'accessibilité, la complémentarité et la proximité de l'offre de service. La qualité et l'équité des services (le programme doit être accessible à tous et toutes, sans égard au milieu de vie) doivent constituer d'importantes préoccupations.

Différentes approches, autant individuelles que de groupe, seront utilisées pour répondre aux besoins de la clientèle. Par exemple, une personne qui préférerait un programme de marche à la maison plutôt qu'en groupe, ou une personne avec un IMC plus grand que 30, bénéficierait d'un suivi individuel avec un ou une nutritionniste en plus des sessions de groupe.

L'approche globale de la personne⁵ considère les dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Le programme s'appuie sur l'autonomie de l'individu atteint et mise avant tout sur le potentiel des personnes. Les personnes participantes réussiront à développer des habiletés qui les aideront à prendre en charge leur maladie chronique. La définition de Barlow et autres traduit bien le concept d'auto-prise en charge : « l'auto-prise en charge de la maladie chronique, par les personnes qui en sont atteintes, constitue une habileté des personnes à gérer les symptômes, les traitements, les conséquences physiques et psychosociales de la maladie chronique, ainsi que les changements d'habitude et de mode de vie⁶ ».

La réadaptation repose sur les besoins de la personne atteinte de maladies chroniques et non uniquement sur son diagnostic. La volonté et les besoins de la personne sont respectés à toutes les étapes de l'intervention.

Les services offerts doivent donc être adaptés à la personne et être acceptables pour celle-ci.

- ***Intégration au réseau de soins et de services de santé et une mise en réseau efficace***

La mise en place du programme de réadaptation doit se faire, d'une part, en s'intégrant harmonieusement à la réalité des réseaux de santé de chacun des territoires et, d'autre part, en suivant certains principes essentiels pour réaliser une mise en réseau efficace des services et des interventions afin d'atteindre les cibles visées d'accessibilité, de continuité et de complémentarité. Soulignons que la collaboration entre tous les partenaires des réseaux de soins est essentielle pour y arriver⁷. De la littérature, certains éléments constituent des composantes essentielles pour le programme : une porte d'entrée unique, la gestion par cas effectuée par une personne intervenante pivot et un plan de service individualisé. Ils sont définis comme suit :

- une **porte d'entrée unique** : un guichet pour chaque CSSS ainsi qu'au CHUS où la demande est traitée, dirigée vers la personne intervenante pivot territoriale;
- la **gestion par cas** : la personne intervenante pivot, l'infirmière, identifie les besoins de la personne référée et, dans un processus intégré, verra à satisfaire ses besoins spécifiques avec les ressources disponibles;
- le **plan d'interventions individualisé** : un instrument de planification et de coordination commune aux personnes intervenantes et à la personne participante concernant les objectifs prioritaires répondant à ses besoins, les services requis et la durée prévisible.

Les portes d'entrée du programme de réadaptation proposées sont :

- tous les CSSS de la région 05;
- le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

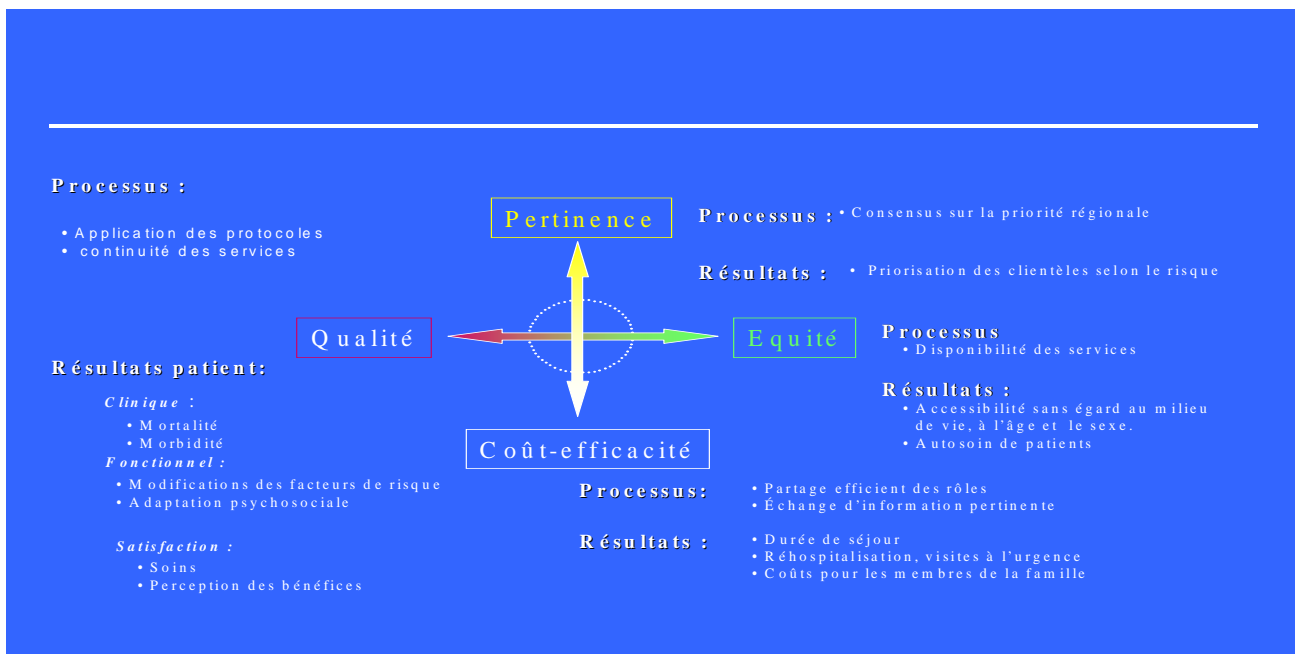
Pour une définition plus complète d'un réseau de soins et de services, voir l'annexe 1.

- **Gestion par résultats**

Nous ne pouvons parler d'implantation de programme sans parler de performance. La mesure de la performance, tant au niveau organisationnel que clinique, se traduit par un choix d'indicateurs qui ont été définis à partir de valeurs édictées par la stratégie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « Vers l'unité pour la santé⁸ », acceptée comme guide par le Comité régional en santé cardiovasculaire, en octobre 2002.

Un groupe de personnes a comparé et contrasté les principes de cette stratégie avec les éléments d'un programme en réadaptation cardiaque. (Vous référer à l'annexe 2 pour plus de détails sur la stratégie).

La partie des indicateurs, fruit de leur travail, vous est ici présentée :



Adaptation faite par Nicole Bolduc, Danielle St-Louis et le D^r Paul Grand'Maison, avec l'accord de Charles Boelen⁹

- **Approche adaptée à l'individu qui permet d'identifier et d'intervenir selon le degré de motivation de la personne**

Le programme vise la réadaptation des gens aux prises avec un problème cardiaque afin qu'ils adoptent des changements de comportements en s'entraînant à prendre adéquatement leur santé en charge et en modifiant leurs facteurs de risque, plus particulièrement leurs habitudes de vie. Citons le tabagisme, la sédentarité et la mauvaise alimentation, mais aussi l'obésité, la dyslipidémie, l'hypertension, le stress ainsi que la dysglycémie.

Afin d'optimiser l'acquisition des connaissances, de nouvelles attitudes et de meilleurs comportements, l'approche utilisée auprès des individus doit permettre d'identifier et d'intervenir selon le degré de motivation de la personne¹⁰. À cet effet, les interventions planifiées découleront du modèle de Prochaska (annexe 3), de l'approche motivationnelle, développée par le D^r Jacques Bédard (annexe 3A), du modèle de

changements comportementaux, dérivé du Health Belief Model¹¹, de la théorie de l'auto-efficacité¹² et du concept « Health Locus of Control » (foyer de contrôle interne et externe)¹³.

Prochaska¹⁴ propose une spirale du changement qui indique les différentes phases où l'individu se situe. Pour chacune des phases, il propose des interventions d'enseignement et de soutien adaptées. Vous référer à l'annexe 3 pour le modèle de Prochaska à l'annexe 3A pour l'approche motivationnelle développée par le D^r Jacques Bédard

MISSION ET OBJECTIFS DU PROGRAMME DE RÉADAPTATION CARDIAQUE

Les buts visés par la réadaptation cardiaque sont le rétablissement des meilleures conditions physiologiques, psychologiques et professionnelles possibles et la diminution du risque de mort et de nouvel événement cardiaque ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie.

Bien que l'approche proposée peut être bénéfique pour d'autres patients à risque tels les diabétiques et ceux avec un syndrome métabolique, ces derniers sont en partie pris en charge par la clinique de diabétiques et la clinique d'obésité. Ce volet du cadre de référence vise donc principalement les patients souffrant de maladie cardiovasculaire coronarienne.

Tel que mentionné dans la mise en contexte, les interventions que nous effectuons dans le cadre du programme de réadaptation cardiaque ne sont pas toutes équivalentes pour ce qui a trait au devenir des patients. Ainsi, dans l'ordre, les priorités devraient être de :

1. mettre l'emphase sur le contrôle des facteurs de risque classiques dont le traitement a démontré un bénéfice sur le devenir des patients avec maladie coronarienne athérosclérotique; c'est-à-dire la cessation du tabagisme et l'atteinte des valeurs cibles en ce qui a trait au traitement de la dyslipidémie et de l'hypertension artérielle.
2. perte de poids et amélioration des paramètres anthropométriques tels le tour de taille à l'aide d'approche multidisciplinaire incluant notamment la participation à un programme d'activités physiques et l'enseignement de saines habitudes alimentaires.
3. offrir un programme d'activités physique supervisé et adapté pour chacun des patients.
4. favoriser la mise en place et le développement de structures permettant le maintien de saines habitudes de vie hors du programme de réadaptation cardiaque.

MODÈLE GÉNÉRAL D'INTERVENTION

Aux fins de planification, le programme est découpé en quatre phases regroupant chacune un ensemble de services que reçoit chronologiquement la personne participante au programme et qui doivent être planifiées et organisées. Ces phases sont les suivantes :

- 1) préalable à l'entrée;
- 2) évaluation préprogramme;
- 3) réadaptation active;
- 4) maintien.

Les phases décrites ne sont ni étanches ni linéaires, mais elles facilitent la compréhension du programme, sa planification et sa mise en œuvre.

La présente section comporte un sous-chapitre par rapport à chacune des phases et aux services à organiser, compte tenu du cheminement de la personne participante. Elle comporte aussi des informations sur les mécanismes de liaison qui constituent un élément clé du succès du programme.

Phases du programme

Les phases décrites dans cette partie du document sont énumérées dans la clientèle cible du *Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladie cardiaque ischémique*. Ce programme est intimement lié (arrimé et offert en continuité) aux autres activités du réseau de santé du territoire et aux autres programmes spécialisés rattachés aux maladies cardiaques. Les divers types de services, de première ligne et spécialisés, touchent souvent une partie de la même clientèle à des moments différents.

• **Phase préalable à l'entrée**

Les personnes participantes au programme doivent satisfaire à trois critères :

- avoir un diagnostic énuméré dans la clientèle cible, établi par un omnipraticien ou un spécialiste;
- être suivies par un médecin (omnipraticien ou interniste ou cardiologue);
- être motivées à s'engager activement dans un processus de réadaptation dans le but d'améliorer leur qualité de vie.

Recrutement de la clientèle

Les activités de recrutement visent à déterminer quelles personnes atteintes d'une maladie cardiaque sont susceptibles de bénéficier du programme de réadaptation.

Recrutement pour les clientèles ciblées dans le cadre du Programme réadaptation cardiaque

Quand?	<ul style="list-style-type: none">• Lors de l'hospitalisation;• Lors d'une visite à un médecin de famille ou toute autre personne intervenante de la santé;• Lors d'activités dans la communauté.
Quoi?	<p>Sont identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none">• les critères d'admissibilité;• les facteurs facilitants ou contraignants;• les principaux facteurs de risque. <p>Note : Dès ce moment, des interventions brèves peuvent débuter en fonction des facteurs de risque identifiés.</p>
Par qui?	<p>Au moment de l'hospitalisation pour cause de MCV, la personne participante est recrutée par le médecin, une infirmière ou toute autre personne intervenante.</p> <p>Dans la communauté, le recrutement se fait principalement par :</p> <ul style="list-style-type: none">• un médecin (en CSSS, en cabinet médical ou GMF ou dans le contexte de consultations externes en CH);• un infirmier ou une infirmière du CSSS (programmes SIC et autres cliniques ou programmes spécialisés);• un pharmacien ou une pharmacienne du territoire;• un ou une nutritionniste;• une personne intervenante en activité physique;• tout autre professionnel de la santé;• la personne atteinte ou ses proches.
Outils	<p>Les documents suivants peuvent être utilisés pour la référence de la personne :</p> <ul style="list-style-type: none">• ordonnance médicale;• documents informatiques (liaison);• formulaires de référence;• tout autre moyen de référence (courriel, boîte vocale, télécopieur). <p>Ces documents doivent être acheminés au guichet d'accès (unique) du CSSS ou au secrétariat du CHUS-ACTIF (Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke).</p>

Ainsi, au départ de la clientèle, lors d'une hospitalisation au CHUS pour angine, infarctus, angioplastie ou pontage coronarien, le programme est présenté par l'infirmière soignante. Celle-ci lui explique en quoi consiste le programme, puis lui fait signer un formulaire autorisant le personnel du CHUS-ACTIF ou de son CSSS à le contacter.

La demande sera envoyée au guichet d'accès du CSSS concerné. L'infirmière du programme contactera la personne et l'avisera qu'elle suivra le programme dans son CSSS. Une séance d'information sur les services offerts par le programme a lieu une

fois par mois au CHUS-ACTIF. Les personnes qui s'y présentent peuvent, si elles le désirent, avoir une épreuve d'effort lors de cette visite. Du même coup, la stratification du risque ainsi que la prescription d'exercice sont faites. Ceci évitera un deuxième déplacement au CHUS et accélérera le processus pour l'inscription au programme.

Les personnes hospitalisées aux CSSS de Memphrémagog et du Granit sont recrutées directement, et l'épreuve d'effort est faite à Magog ou possiblement au CH de Beauce pour les gens du Granit.

- ***Évaluation préprogramme***

Durant cette phase, la personne atteinte est guidée vers le choix de se prendre en charge, et des moyens adaptés à ses besoins lui sont proposés pour lui venir en aide dans ce cheminement. Cette phase débute à l'occasion du premier contact formel avec une personne intervenante de la santé qui connaît le programme et qui l'explique à la personne désirant participer au programme. Lorsque celle-ci accepte de s'engager dans une démarche de réadaptation afin d'améliorer sa qualité de vie, la professionnelle ou le professionnel établit la référence vers la personne intervenante pivot du CSSS du territoire concerné ou du Programme CHUS-ACTIF.

La future personne participante a été informée du programme, de la philosophie qui le sous-tend et des critères de participation. Elle manifeste son intérêt de se prendre en charge. La phase d'entrée dans le programme se termine au moment où la personne s'engage à se prendre en charge sur au moins un facteur de risque.

Les interventions en réadaptation se déroulent essentiellement dans la communauté pour toutes les clientèles. Les durées d'hospitalisation sont de plus en plus courtes et permettent rarement de commencer le programme de réadaptation. Il faut cependant le présenter pendant le séjour hospitalier et orienter vers la personne intervenante pivot la personne intéressée à entreprendre une démarche en réadaptation dans son territoire local. Un mécanisme adéquat de liaison assure le transfert du dossier à l'infirmière pivot du territoire désigné qui, par la suite, prendra contact avec la personne afin de planifier un premier rendez-vous. De plus, l'infirmière pivot s'assurera qu'une épreuve d'effort a été faite depuis moins de six mois. Sinon, elle en informera le médecin traitant afin qu'elle soit prescrite.

La stratification sera établie selon des critères standards, et un formulaire sera distribué à tous les médecins afin d'uniformiser la stratification (voir section Outils). Ce document est produit par la D^{re} Sylvie Gagnon et le D^r Serge Lepage, cardiologues au CHUS.

- ***Phase de réadaptation active***

Cette phase est considérée comme faisant partie du programme actif puisque la personne participante s'engage formellement à se prendre en charge et à changer au moins un comportement modifiable. Elle doit aussi prendre des engagements précis en ce qui concerne l'atteinte d'objectifs et l'utilisation des moyens pour y parvenir, et ce, dans le cadre d'un plan d'interventions individualisé (PII) défini dans le temps et négocié avec les personnes intervenantes de la santé et, si possible, avec ses proches. Ce PII (voir section Outils) sera débuté avec la personne participante lors de la première rencontre avec l'infirmière pivot. Il déterminera quel est le but visé du PII et quelles sont les manifestations des problèmes ainsi que la source de difficulté. Avec l'aide de l'infirmière pivot, la personne participante précisera quels sont les résultats attendus de l'intervention et déterminera les moyens pour atteindre ses objectifs.

Cette notion de contrat stimule et confirme l'engagement et l'auto-prise en charge de la personne inscrite au programme. Précisons qu'au-delà de ces engagements, la personne participante poursuit son suivi médical avec son médecin traitant de façon continue. Il s'agit de l'engagement minimal. L'approche proposée s'appuie sur le respect des besoins et des intérêts de la personne participante tout en tenant compte des facteurs qui facilitent ou rendent plus difficile sa prise en charge. L'individu et les circonstances évoluant, d'autres objectifs de résultats peuvent être ajoutés au plan d'action en cours de route. Des objectifs plus particuliers peuvent aussi s'ajouter en fonction des problèmes de santé des individus. La personne sera alors dirigée, au besoin, vers les services professionnels concernés.

La phase active de réadaptation a une durée déterminée de douze semaines. Elle comprend les activités physiques et les conférences en plus des trois rencontres avec l'infirmière (début, mi et fin du programme). La mise à jour du plan de service individualisé et l'orientation vers les différents services de réadaptation sont assurées par l'infirmière pivot. Des mécanismes de liaison formels facilitent la coordination des épisodes de services pour la personne participante.

- ***Phase de maintien***

Cette phase débute après la réalisation du contrat de réadaptation de douze semaines. Certains objectifs fixés par la personne participante devraient être atteints. Le plan d'action de cette phase est établi en fonction du déroulement de la phase active de réadaptation. Certaines personnes participantes auront besoin de poursuivre des activités dans le milieu, telles que activités physiques offertes par des clubs de marche, inscription dans des centres privés, cours de cuisine communautaire, etc. Un nouveau comportement est considéré comme acquis après 18 mois de maintien.

Un mécanisme de relance téléphonique planifié et coordonné aide la personne dans les changements qu'elle a amorcés et la motive davantage à continuer. Ces relances sont personnalisées en fonction de chacune des personnes et sont effectuées par l'intervenant au programme. Idéalement, les relances devraient avoir lieu six semaines, trois mois, six mois et un an après la fin du programme. Ces relances ont une durée approximative de 20 minutes. (Voir section Outils, grille de relance téléphonique.)

Les relances ont pour but de vérifier le maintien des comportements, le renforcement de l'auto-prise en charge. De plus, elles peuvent éventuellement mener la personne à participer de nouveau à une activité du programme, de façon ad hoc, un peu à titre d'ancien. Dans certains cas, il faut aider la personne à se mobiliser davantage en l'amenant à s'inscrire de nouveau dans un processus de réadaptation actif dans sa MRC, ce qui lui permettra d'améliorer sa condition cardiaque. La personne participante doit aussi pouvoir contacter l'infirmière pivot du programme en cas de besoin.

STRUCTURE DU PROGRAMME

L'admission au programme peut être effectuée par chacun des points de service via les intervenants en place.

L'intervenant-pivot est l'infirmier clinicien attiré à la clinique de réadaptation cardiaque du CHUS. Ce dernier gère les demandes qui n'ont pas été adressées spécifiquement auprès d'un centre local. Ces patients sont évalués par l'équipe du CHUS afin d'intervenir sur les facteurs de risque modifiables et afin de stratifier le risque cardiovasculaire pour l'entraînement notamment à partir d'un tapis roulant effectué dans les six mois précédant l'inclusion du patient au programme.

Le programme de base comprend un programme d'initiation à l'activité physique ainsi qu'un programme d'enseignement sur la maladie coronarienne et ses facteurs de risque. Par la suite, le programme d'activité physique est d'une durée de 12 semaines à l'effet de deux séances par semaine d'entraînement physique.

Les facteurs de risque modifiables sont suivis selon un protocole établi afin de mettre en place des interventions spécifiques pour chacun des patients notamment via la médication contre la dyslipidémie ou l'hypertension ou des interventions visant l'arrêt du tabagisme.

Les patients poursuivent leur suivi avec leur médecin traitant en omnipratique pour la durée du programme ainsi qu'avec les intervenants du programme (infirmières, kinésiologues, nutritionnistes).

RESPONSABILITÉS ET RÔLES DE LA PERSONNE INTERVENANTE PIVOT

Le concept de personne intervenante pivot s'appuie sur un besoin de continuité et de concertation dans les services offerts sur un territoire ou dans une communauté. La principale fonction de cette personne consiste en la planification et la coordination du plan de services individualisé (plan d'action) dans le but de répondre aux besoins de la personne participante. La personne intervenante pivot est dans ce programme une infirmière qui évalue les besoins de la personne atteinte et de ses proches, et qui s'assure que le réseau y répond. Plus précisément, elle accueille, soutient, accompagne, informe la personne participante et rend possible la continuité entre les interventions des multiples acteurs. Ce rôle doit s'exercer dans une perspective de renforcement des capacités personnelles des personnes participantes, à l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire et en collaboration avec les ressources de la communauté.

L'infirmière pivot planifie, organise, coordonne et évalue les activités concernant le programme de réadaptation. Elle vise à intégrer dans sa pratique les énoncés décrivant divers aspects de l'exercice de sa profession, soit le partenariat infirmière – personne participante, la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le processus thérapeutique, la réadaptation fonctionnelle, la qualité de vie et l'engagement professionnel. Toutes ces perspectives de l'exercice de la profession infirmière sont des préoccupations constantes.

Interventions cliniques

- Recevoir les demandes pour le programme, établir un contact avec la personne participante et amorcer le processus d'intégration au programme :
 - Communiquer par téléphone avec elle dans un délai **maximal** d'une à trois semaines suivant la réception de la demande;
 - L'informer du contenu du programme de réadaptation et du rôle de l'infirmière pivot;
 - Évaluer globalement ses besoins et son intérêt à adhérer au programme;
 - Planifier le premier rendez-vous.
- S'assurer que les résultats suivants soient au dossier :
 - Formule sanguine complète;
 - Glycémie à jeun, et si diabétique, HbA_{1c};
 - Bilan lipidique;
 - Épreuve d'effort (de moins de 6 mois);
 - Fraction d'éjection par coronarographie ou échographie cardiaque ou ventriculographie isotopique (une fraction d'éjection est nécessaire pour la stratification du risque). Toutefois, une échographie n'est pas nécessaire si une fraction d'éjection a été évaluée lors de l'angioplastie ou lors d'une ventriculographie isotopique;
 - Autorisations pour le résumé de dossier;
 - **S'assurer que la stratification du risque et la prescription de l'exercice soient au dossier avant le début du programme d'activités physiques.**
- Élaborer le plan d'interventions individualisé en fonction de ses besoins et la diriger vers les services professionnels ciblés :
 - Compléter la collecte de données;
 - Établir le contrat de réadaptation;

- Amorcer ou compléter l'intervention éducative en tenant compte de ses besoins prioritaires, ce qui consiste à la sensibiliser au problème de santé cardiovasculaire et à sa réalité multifactorielle, la conscientiser sur le contrôle et le pouvoir qu'elle est apte à exercer, réduire son stress engendré par sa maladie et l'aider à définir les conséquences de l'action et de l'inaction;
- Vérifier son avancement dans le processus de réadaptation et adapter le contrat de réadaptation :
 - La soutenir dans ses démarches;
 - Proposer des solutions de rechange si l'application du plan initial connaît des difficultés en utilisant une approche d'autogestion d'habilitation de changements et de prise en charge;
- Coordonner les liens avec les autres personnes intervenantes du programme :
 - S'assurer que les liens entre la personne participante et les différentes personnes intervenantes du programme se réalisent correctement tout au long du processus;
 - Agir comme un « coach » pour la personne participante (rappels, motivation, atteinte des objectifs, counseling, etc.) en complémentarité avec les autres personnes intervenantes directes;
 - Assurer le transfert d'information aux différentes personnes ressources du programme concernées, particulièrement au médecin traitant et aux spécialistes; les informer de la participation de leurs clientèles et de la fin du programme en précisant l'atteinte ou non des objectifs.

Collaboration à l'organisation des services en réadaptation

- Coordonner les liens avec les différentes ressources du programme en association avec la ou le gestionnaire identifié.

RÔLE DES AUTRES MEMBRES DE L'ÉQUIPE

Cardiologue et/ou médecin de famille

- Poursuivre le suivi médical et pharmacologique;
- Prescrire l'épreuve d'effort;
- Stratifier le risque;
- Prescrire l'intensité de l'activité physique.

Le médecin désigné

- Contribuer à la promotion du Programme de réadaptation cardiaque auprès de ses pairs et dans la communauté;
- Être la personne ressource du RLS concernant les problématiques avec l'application du Programme de réadaptation cardiaque;
- Soutenir ses confrères pour la stratification et la prescription d'exercices;
- En collaboration avec les membres de l'équipe, assurer l'élaboration d'un plan d'urgence lors de l'activité physique;
- Participer aux travaux en lien avec le programme;
- Participer de façon ad hoc aux rencontres régionales;
- Participer à l'évaluation du programme.

Infirmier praticien spécialisé du CHUS

L'infirmier praticien du centre de réadaptation du CHUS jouera un rôle pour le développement de protocoles visant la gestion des facteurs de risque des patients, notamment pour ceux n'ayant pas de médecin traitant. L'infirmier praticien pourra aussi assister les infirmiers-pivots dans le cadre de l'évaluation du programme.

Kinésologue ou éducateur physique

- Offrir des activités éducatives de groupe;
- Promouvoir les bienfaits de l'activité physique et enseigner les saines habitudes de vie;
- Offrir aux personnes participantes un programme adapté d'activité physique d'environ douze semaines;
- Assurer la progression de l'entraînement et le suivi selon la prescription de départ;
- Alimenter la motivation, l'observance;
- Participer aux réunions d'équipe;
- Proposer un programme d'activité physique à domicile (pour les personnes qui ne participent pas aux activités de groupe en raison d'incapacités).

Nutritionniste

- Offrir des activités éducatives de groupe;
- Faire la promotion de saines habitudes alimentaires;
- Déterminer les forces et les faiblesses des habitudes alimentaires actuelles au regard des problèmes de santé ou des facteurs de risque présents, s'il y a lieu;
- Offrir aux personnes participantes un suivi adapté lorsque nécessaire;
- Participer aux réunions d'équipe.

Personne intervenante en psychosocial

- Offrir des activités éducatives de groupe;
- Faire la promotion de saines habitudes de vie comme la gestion du stress, l'adaptation à sa maladie;
- S'assurer du suivi des conditions psychologiques et sociales des personnes participantes vivant des difficultés;
- Participer aux réunions d'équipe.

MÉCANISMES DE LIAISON

Dans le cadre de ce programme, des mécanismes de liaison bien établis doivent exister sur le territoire de la région 05 pour favoriser la communication entre les différents partenaires. Les facteurs facilitant le déroulement de la fonction liaison sont les suivants :

- La connaissance, par toutes les personnes intervenantes, du programme dans son ensemble (philosophie, objectifs, activités, mécanismes d'accès) qui est un préalable essentiel pour faciliter l'orientation de la personne au programme;
- La prise de conscience, par chacune des personnes intervenantes, du processus global dans lequel elles s'inscrivent et de leur contribution;
- L'existence de modalités de communication formelles entre les professionnels les plus actifs dans l'élaboration et le suivi du plan d'action (par exemple, lettre aux médecins traitants, feuille sommaire ou autre, feuille de collecte de données pour le suivi de la personne);
- La normalisation des protocoles d'investigation et d'intervention;
- L'harmonisation de tous les outils de référence dans la région. (Section Outils : le formulaire de référence suggéré).

Mécanismes existants dans la région 05

Actuellement, la région 05 assure des mécanismes de liaison entre le CHUS et les CSSS par une fiche de continuité depuis 1996.

En 2010, la fiche RESEAU informatisée sera utilisée pour le transfert/référence CHUS/CSSS.

Voici les principes directeurs de ce mécanisme de liaison réalisé conjointement par le CHUS et les CLSC de la région 05 :

- Favoriser une communication directe entre les deux types d'établissement afin de minimiser les intermédiaires;
- Planifier de façon précoce le congé de la personne ayant reçu des services de l'hôpital;
- Diminuer les délais de prise en charge ou de continuité de soins et services entre les établissements;
- La liaison doit être perçue comme une continuité de soins et services déjà amorcés;
- Favoriser l'utilisation de moyens techniques modernes pour faciliter la continuité de soins et services (exemples : télécopieur, informatique);
- Optimiser le respect de la confidentialité;
- Mettre en place des mécanismes souples, rapides et simples;
- Uniformiser les procédures de liaison (fiche de transmission unique, bottin des ressources, etc.);
- Identifier les personnes de référence sur chaque unité de soins (l'assistante infirmière-chef);
- Identifier un service ou une personne de référence dans chaque CSSS (guichet d'accès ou infirmière pivot).

ÉVALUATION DU PROGRAMME

Le traitement des patients via le centre de réadaptation cardiaque nécessite la collecte de plusieurs données, notamment au plan de l'histoire clinique, de l'examen physique et de tests paracliniques. L'évolution de ces paramètres ainsi que le devenir clinique des patients que nous suivons revêt un intérêt non seulement pour le traitement de nos patients mais pour l'avancement des connaissances dans le domaine de la réadaptation cardiaque.

Tel que survenu lors de plusieurs autres études, l'évaluation du devenir clinique par réhospitalisation ou mortalité de nos patients sera biaisée par un biais de référence et un biais de participation des patients au programme de réadaptation cardiaque et limite les possibilités d'évaluer le programme de réadaptation cardiaque sur ces variables. Nous devons toutefois procéder à ces analyses.

Ainsi, au-delà des données administratives concernant le nombre de patients et la participation, il sera nécessaire d'évaluer le programme sur le nombre de patients dont les facteurs de risque modifiables sont contrôlés.

À noter qu'un protocole d'éthique est actuellement en voie d'être accepté pour constituer un registre des patients suivis par le programme de réadaptation cardiaque et de pouvoir mieux suivre leur évolution avec le temps.

DÉVELOPPEMENTS FUTURS

Les patients avec maladie coronarienne athérosclérotique sont des patients pouvant notamment se retrouver au sein d'autres cliniques notamment la clinique de diabète, d'obésité, de médecine vasculaire et de maladie pulmonaire obstructive chronique. Ces cliniques visent aussi le traitement de maladies chroniques ayant des facteurs de risque qui, souvent, s'entrecoupent. La mise en commun de certaines ressources pourrait être un développement intéressant notamment pour la gestion des programmes ainsi que pour améliorer le suivi des patients.

Toujours en allant dans le sens de ne pas dupliquer les interventions et d'échanger les informations concernant un patient efficacement, un programme de suivi informatique (PRAM) est actuellement en développement et pourrait être particulièrement intéressant dans le contexte de la réadaptation cardiaque. Ce programme permettrait non seulement la constitution d'un dossier de suivi commun entre les diverses cliniques mais aussi entre les divers établissements et équipes.

Les patients avec maladie coronarienne en âge de travailler constituent une population plus difficilement rejointe par notre programme. Cette population, bien qu'elle ne constitue pas la majorité des patients avec maladies athérosclérotiques, pourrait être rejointe par le biais de programmes autres, notamment auprès des installations sportives disponibles à l'extérieur du CHUS (Université de Sherbrooke, CÉGEP de Sherbrooke et autres établissements privés et publics). Le maintien et le développement d'ententes avec les responsables de ces installations pourrait permettre à plus de patients d'initier un programme de réadaptation en effectuant le suivi des facteurs de risque de ces patients à la clinique de réadaptation, laissant la partie entraînement physique aux centres externes selon les résultats d'une stratification. Cette avenue pourrait aussi permettre d'améliorer le maintien de saines habitudes de vie une fois le programme de 12 semaines terminé pour certains patients en réadaptation.

Si la structure est en mesure de soutenir éventuellement plus d'inscriptions, les patients avec diagnostic principal de maladie coronarienne suite à une hospitalisation pourraient être référés automatiquement pour être rejoints par la clinique de réadaptation cardiaque selon un protocole à mettre en place avec les établissements concernés, notamment via leur CMDP.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AACVPR	:	American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation
ACSM	:	American College of Sports Medicine
AHA	:	American Heart Association
AVD	:	Activités de la vie domestique
AVQ	:	Activités de la vie quotidienne
CACR	:	Canadian Association of Cardiac Rehabilitation
CAT	:	Centre d'abandon du tabagisme
CH	:	Centre hospitalier
CIDIH	:	Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
CSSS	:	Centre de santé et de services sociaux
FTE	:	Fumée de tabac dans l'environnement
IMC		Indice de masse corporelle
MCV	:	Maladie cardiovasculaire
MOS	:	Modèle d'organisation de service
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
PII	:	Plan d'interventions individualisé
RCR	:	Réanimation cardiorespiratoire
RLS	:	Réseau local de services
SAD	:	Soins à domicile
SCC	:	Société Canadienne Cardiologie
SIC	:	Soins infirmiers courants

QU'EST-CE QU'UN RÉSEAU DE SOINS ET DE SERVICES DE SANTÉ?

Différents auteurs définissent le réseau de soins. Shortell¹⁵ le définit comme « *Un réseau d'organisations qui fournissent ou assurent la prestation d'un continuum de services à une population définie et qui accepte la responsabilité clinique et financière des résultats comme de l'état de santé de la population desservie* ».

Pour Robinson¹⁶, « *C'est un système de communication et de support en «interface» qui va d'un niveau de soins à un autre et où le patient/proche est au centre* ». Toujours selon le même auteur, « *Le réseau de soins comprend une équipe de soins intégrés où chaque membre contribue au soutien du patient/proche. Ce réseau comporte aussi des services et ressources communautaires ainsi qu'un réseau social étendu. Un « maillage » entre tous ces services et ressources est essentiel* ».

Les objectifs d'un réseau de soins intégrés de services sont de :

- évaluer et prioriser les besoins du patient/proche;
- dispenser et coordonner des services;
- améliorer la communication dans tout le réseau.

Ce type de réseau couvre tous les niveaux de soins (primaire, secondaire, tertiaire et de réadaptation) et toutes les dimensions de services (soins aigus, maintien à domicile).

Pour y donner suite, une nouvelle façon de faire est proposée. Pour obtenir les résultats voulus, Shortell¹⁷ propose un système qui répondra aux critères suivants :

- 1) Culture d'une nouvelle gestion : c'est une nouvelle façon de penser, de voir le réseau de soins à travers l'épisode de la maladie cheminant vers le bien-être;
- 2) Évaluation des besoins de la population : se rapprocher des communautés, tenir compte des démarches, des préférences des personnes;
- 3) Utilisation d'un système de gestion de soins : intégrer des méthodes d'évaluation des données cliniques, utiliser des protocoles ou cheminements cliniques, dans le but d'assurer une continuité de soins entre les sites et les professionnels et dans un processus continu d'amélioration de la qualité;
- 4) Gestion de système technologique : évaluation des coûts / bénéfices des techniques alternatives par rapport aux besoins de la population et de l'habileté du système à utiliser la nouvelle technologie; achat / partage de technologies alternatives de traitement à moindre coût;
- 5) Instauration d'un processus d'amélioration de la qualité : principes et pratiques d'un processus dynamique dans le but de réagir promptement aux circonstances;

- 6) Utilisation de liens informatiques et de système de récompenses : liens électroniques pour les données cliniques et financières à travers le continuum de soins et système de récompenses de la performance pour encourager la collaboration.

Le réseau intégré de soins et services proposé repose sur ces critères et améliorera l'accessibilité aux services et son efficacité. Un plan de service individualisé, adapté aux besoins du patient/proche, établi par les professionnels, permettra d'éliminer le chevauchement des services et de prévenir les coupures entre les secteurs.

STRATÉGIE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ « VERS L'UNITÉ POUR LA SANTÉ¹⁸ »

En 1999, l'Organisation mondiale de la santé a lancé une nouvelle stratégie intitulée « Vers l'unité pour la santé – VUPS » (*Towards Unity for Health-TUFH*). Cette stratégie poursuit les orientations mises de l'avant par une autre stratégie, soit celle de la « Santé Pour Tous » qui a été acceptée par l'ensemble des nations en 1981. Selon cette dernière stratégie, l'ensemble des personnes de la planète doivent avoir la possibilité d'une meilleure santé, santé qui se définit comme un état de bien-être complet sur les plans physique, mental et social.

La stratégie « Vers l'unité pour la santé » s'articule autour de certains éléments clés : répondre aux besoins des personnes, intégrer les services, moduler les pratiques professionnelles, créer des partenariats productifs et mesurer les impacts. Ainsi, l'objectif général de la stratégie est d'améliorer les performances des systèmes de prestation de services de santé pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés en facilitant l'intégration/coordination des services, considérant les implications pour la pratique de la formation professionnelle d'une telle approche, créant des partenariats productifs et durables entre les personnes intervenantes clés (décideurs politiques, gestionnaires de santé, professions de santé, institutions académiques, communautés) et mesurant les impacts d'une telle approche de soins et services.

Pour améliorer la santé, des valeurs communes doivent être acceptées par l'ensemble des personnes intervenantes. À cet effet, la stratégie « Vers l'unité pour la santé » propose quatre valeurs de référence de base pour diriger les actions. Ces valeurs sont schématisées dans la boussole pour la santé (figure 2). Un équilibre entre ces quatre valeurs est nécessaire pour répondre de façon optimale aux besoins de santé des individus et des populations. La qualité réfère à l'offre et à la gestion de soins et services de haut niveau scientifique et en accord avec les normes de pratiques professionnelles. L'équité doit assurer que chacun des membres d'une communauté ait les mêmes possibilités d'amélioration de la santé et de bien-être. La qualité et l'équité sont parfois en contradiction et un équilibre entre ces deux valeurs représente un rêve à la fois nécessaire et réalisable. Par ailleurs, ces deux premières valeurs doivent aussi être confrontées à deux autres, soit la pertinence, i.e. des services offerts selon les priorités, et l'efficacité, i.e. des services qui utilisent de façon optimale les ressources disponibles. Ces deux dernières valeurs représentent l'axe de la réalité auquel les gestionnaires de services de santé sont confrontés. Ce n'est qu'en trouvant un équilibre entre ces quatre valeurs et l'axe du rêve et de la réalité que nous pourrions répondre de façon optimale aux besoins des individus et des communautés.

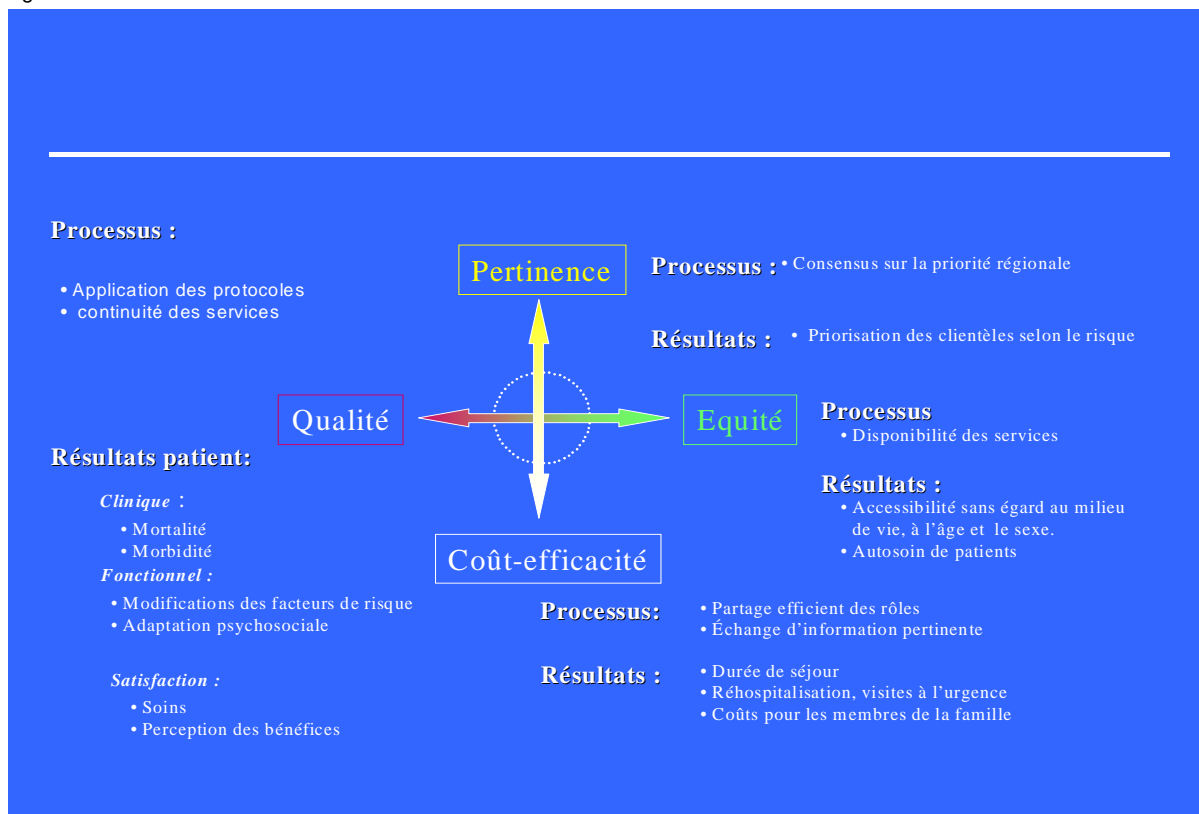
L'intégration et la coordination des soins et services représentent la première caractéristique de services de santé qui optimisent leur réponse aux besoins. La stratégie VUPS reconnaît quatre éléments majeurs qui permettent d'atteindre cette intégration. La population de référence doit être d'abord bien définie tout comme le territoire où s'appliquent les services de santé. Les soins et services doivent à la fois s'adresser à la santé individuelle et à la santé publique; une complémentarité et une intégration de ces activités sont nécessaires et représentent un point d'entrée majeur pour assurer l'intégration. Idéalement, il devrait exister pour ce territoire et pour cette population un

système d'information complet, efficient et utilisé par tous qui permet d'échanger les informations entre les personnes intervenantes et qui sous-tend ainsi l'unité de but et d'action de tout un chacun. Finalement, la stratégie VUPS reconnaît que des changements dans le but d'améliorer la santé pour tous ne peuvent survenir que s'il y a une interaction continue et étroite entre l'organisation des services des soins de santé, la pratique professionnelle et l'éducation professionnelle.

Le défi de la stratégie « Vers l'unité pour la santé » se situe dans le fait qu'elle appelle à une contribution active de l'ensemble des professionnels ou des personnes intervenantes de la santé. Le pentagone du partenariat présente le réseau des relations possibles entre cinq groupes de partenaires-clés, soit les décideurs politiques, les gestionnaires de la santé, les professions de santé, les communautés et les institutions académiques. Chaque partenaire a ses propres caractéristiques et références, ses forces et contraintes, ses attentes et ses objectifs. L'intérogénéité entre les partenaires peut et doit être transformé dans un partenariat productif, durable et satisfaisant pour l'ensemble, le tout idéalement dans un engagement à long terme. L'unité doit donc être créée sur les deux fronts, soit l'action et les acteurs.

La raison d'être de la stratégie VUPS et de tout projet qui utilise cette stratégie comme cadre de référence est d'identifier des leçons qui peuvent servir à d'autres. Il faut donc mesurer l'impact des services de santé en regard des valeurs mises de l'avant soit la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficience. Les indicateurs tant dans le processus que dans les résultats peuvent et doivent être identifiés dans le but d'identifier l'impact d'un système de santé en regard de ces valeurs.

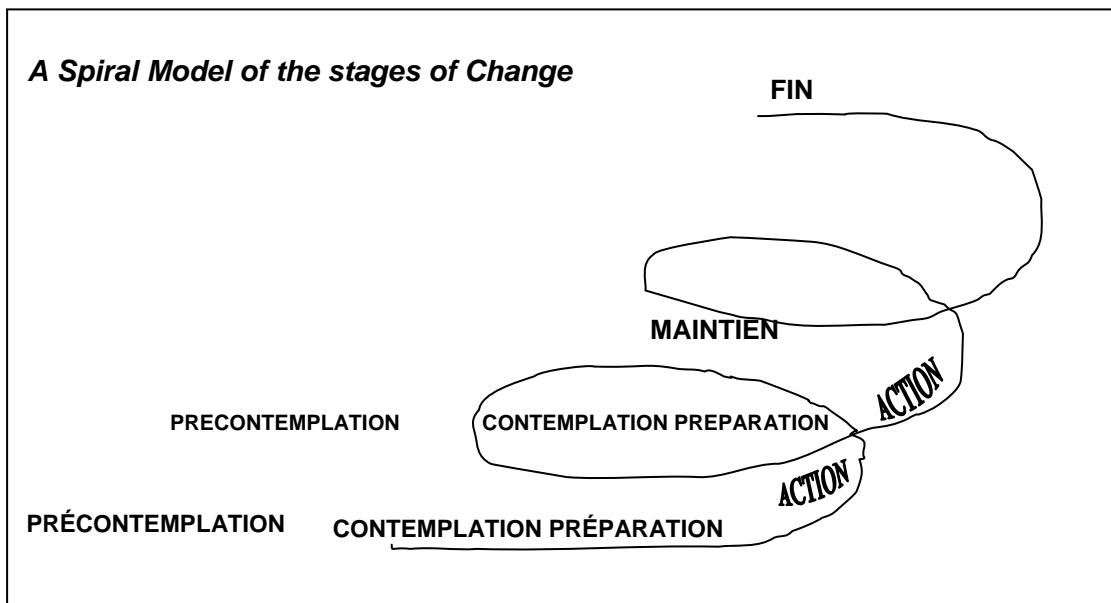
Figure 2



Adaptation faite par Nicole Bolduc, Danielle St-Louis et Dr Paul Grand'Maison, avec l'accord de Charles Boelen¹¹.

MODÈLE PROCHASKA

Prochaska¹⁹ propose une spirale du changement qui indique les différentes phases où l'individu se situe. Pour chacune des phases, il propose des interventions d'enseignement et de soutien adaptées.



Tiré de : Prochaska, DiClemente, Norcross (1992)

Ces étapes sont les suivantes :

- Précontemplation : l'individu ne pense pas ou n'est pas prêt à changer un comportement dans un avenir rapproché;
- Contemplation : l'individu considère sérieusement la possibilité de changer un comportement dans moins de six mois;
- Préparation : à cette étape, l'individu considère sérieusement à changer un comportement à l'intérieur d'un mois et a déjà commencé à anticiper certains changements;
- Action : l'individu modifie activement des habitudes ou son environnement;
- Maintien : l'individu maintient ses nouvelles habitudes de vie. Selon le CACR²⁰, le maintien se fait jusqu'à six mois.

La rechute est toujours possible et peut se situer à n'importe quelle étape. Si l'individu rechute, il recommence un nouveau cycle. Il peut à ce moment considérer la situation comme un échec. Alors, il est important que la personne intervenante pivot le revoie et l'aide à prendre conscience des changements qu'il a réussi à effectuer. Il doit également analyser

sa rechute : quel événement l'a provoquée? Que fera-t-il la prochaine fois s'il revit la même situation?

Selon cette théorie :

- Les phases de changements sont similaires, qu'on ait affaire à un problème de dépendance (assuétude), de détresse psychique ou de mauvaise alimentation ou autre; il est essentiel que les personnes participantes ainsi que le personnel professionnel comprennent les phases de modification du comportement;
- Les interventions et stratégies dont disposent ceux qui sont dans un processus de changement doivent être adaptées à la phase où ils se trouvent (par exemple, il est inutile de fournir à un fumeur une information détaillée sur les moyens de s'adapter quand il aura cessé de fumer s'il n'a pas encore pris conscience de l'impact de son comportement sur sa santé);
- Les interventions devraient offrir plusieurs options dont l'entraide, des stratégies individuelles et de groupe ainsi que des actions sur le plan de l'environnement et des politiques.

Les personnes intervenantes évalueront le degré de préparation au changement des personnes participantes, ce qui les aidera à choisir l'approche utile pour faire évoluer celles-ci dans le processus.

La compréhension des différentes étapes de changement vécu nous aidera par conséquent à définir les modalités d'intervention comme la formation des groupes, le contenu des enseignements, la fréquence des rencontres, la nature des suivis, etc.

Ce modèle a été validé, entre autres, auprès d'un groupe de personnes âgées de plus de 65 ans ayant subi un événement cardiaque récent²¹. Le but de l'étude était d'évaluer les prédicteurs significatifs à l'adhérence à l'exercice et la validité du modèle.

L'étude a révélé que les prédicteurs les plus significatifs, autant positifs que négatifs, étaient la perception d'auto-efficacité, la perception des bénéfices liés à l'activité physique, le soutien interpersonnel ainsi que la perception des barrières à pratiquer ces activités physiques. Ces prédicteurs comptent pour 50 % de la variance dans les étapes de participation à l'activité physique. Pour ce qui est de la validité, les mesures faites (test, retest, validité de construit, consistance interne) selon les prédicteurs énumérés précédemment et quelques autres (moins significatifs), ont démontré que le modèle était bien supporté ($p < .0001$). Cette étude a aussi démontré que ce modèle peut être appliqué auprès d'autres clientèles de gens âgés.

Plusieurs auteurs²²⁻²³ ont aussi utilisé ce modèle qui est utilisé très fréquemment pour la réadaptation cardiaque.

Selon le modèle, la quantité d'informations transmises et les changements qui en découleront sont en fonction de leur engagement et de leur degré de motivation. Selon les auteurs, « toute activité que l'on amorce pour modifier notre pensée ou comportement est un processus de changement²⁴ ».

L'APPROCHE MOTIVATIONNELLE SELON LE D^R JACQUES BÉDARD²⁵

Mentorat
vers un changement
comportemental
efficace

Jacques Bédard, M.D., CSPQ, FRCPC(C)
Médecine interne

« Vie de qualité »



ÉVALUATION :
MOTIVATION AU CHANGEMENT

MODÈLE

CONVICTION – CONFIANCE



Source :

Modèle élaboré par
l'Institut Bayer
« Institute for Health
Care Communication »,
dans le cadre de l'atelier :
« Choices and Changes:
Clinician Influence and
Patient Action ».

ÉVALUATION :
STADES DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

STADE

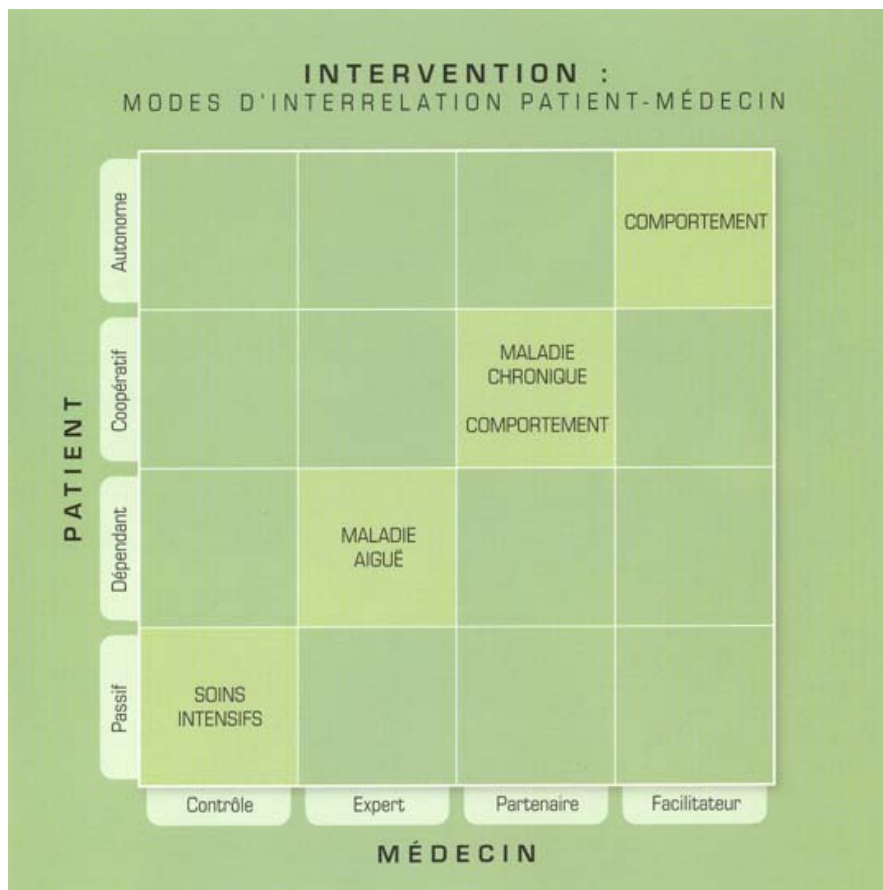
« Qu'est-ce que vous penseriez de changer...?
Votre consommation de...? Perdre du poids...? »

CONVICTION

« Si vous décidiez de... qu'est-ce que ça
pourrait vous apporter de bon...? »

CONFIANCE

« Si vous décidiez vraiment de...
pensez-vous être capable de le faire...? »



INTERVENTION : PCP

« CONVICTION »

1

**PROVOQUER L'EXPRESSION
DES AVANTAGES :**

« Si vous décidez de... qu'est-ce que
ça peut vous apporter de bon...? »

(Faire élaborer sur les plans PERSONNEL et AFFECTIF)

2

**DONNER UNE INFORMATION NON
ÉQUIVOQUE SUR LES AVANTAGES
DE MODIFIER LE COMPORTEMENT**

(Reformulation – renforcement – recadrage)

« CONFIANCE »

1

« Si vous décidiez vraiment de...
pensez-vous être capable de le faire...? »

2

« Qu'est-ce qui vous empêcherait de...? »
« BARRIÈRES »

3

« Comment pensez-vous pouvoir...? »
« STRATÉGIES »

Exploiter les **SUCCÈS** antérieurs

INTÉGRATION DES CONCEPTS : STADE – MOTIVATION (CV/CF) – INTERVENTION



Annexes 4, 5 et 6

Les annexes suivantes traitant de la sexualité, la spiritualité ainsi que la santé cardiaque chez la femme sont tirées directement du Cadre de référence Traité Santé, version 3, Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques.

VOLET SEXUALITÉ²⁶

Problématique

Parmi les préoccupations immédiates rapportées par les personnes durant leur réadaptation, des auteurs mentionnent que la reprise de l'activité sexuelle se classe au même rang que l'inquiétude vécue face au retour au travail, les obligations financières et le retour à l'environnement familial. Cependant, ces questionnements sont peu abordés avec la clientèle et encore moins chez la clientèle féminine ou âgée.

Les études touchant la qualité de vie des gens vivant avec une maladie chronique tentent d'inclure la façon dont la sexualité sera vécue et exprimée durant l'adaptation à cette nouvelle condition. Cette sphère est souvent négligée, voire même oubliée. Les sujets traités en réadaptation sont l'exercice, l'alimentation, le stress, les loisirs, le travail, le tabagisme, les médicaments, mais rarement la sexualité.

La maladie chronique affecte toutes les dimensions de la vie de la personne qui en est atteinte, incluant le volet sexuel. Si celui-ci est oublié, plusieurs impacts négatifs chez la personne atteinte de la maladie ou chez son partenaire peuvent être observés, tels :

- une diminution de la confiance entre les conjoints;
- un éloignement progressif entre eux pouvant se traduire par une diminution de gestes d'intimité ou de projets à long terme;
- une inversion des rôles sexuels;
- une surprotection envers le conjoint atteint, renforçant d'autant plus le sentiment de dévalorisation ressenti chez certaines personnes à la suite de leur incident. Cette attitude s'explique par la peur de perdre l'être cher et la volonté de ne pas revivre l'angoisse créée par la situation.

Ces situations entraîneront, à court ou à long terme, des tensions et des frustrations dans le couple qui se répercuteront sur leur vie sexuelle.

Effets de la maladie chronique sur l'expression de la sexualité

La diminution des activités sexuelles et les dysfonctions sexuelles sont les principaux effets de la maladie chronique sur l'expression de la sexualité.

- Les raisons énoncées pour diminuer les rencontres sexuelles sont nombreuses, mais universelles :
 - le manque d'information relative à la sexualité;
 - la baisse de désir sexuel ou d'intérêt sexuel;
 - la peur de subir un échec lors de la relation sexuelle;
 - la présence d'une relation de couple ou d'une sexualité déficientes est l'excuse parfaite pour mettre un terme à la sexualité entre conjoints;
 - une diminution de l'estime de soi;
 - des douleurs thoraciques résiduelles;
 - une forme physique inadéquate;
 - la peur de provoquer une autre crise;

- le conseil d'un médecin;
- la présence d'une dépression;
- l'incapacité à avoir ou à maintenir une érection;
- la décision du partenaire de mettre un terme aux relations sexuelles.

Les dysfonctions sexuelles répertoriées

- **Pour les hommes** : les troubles du désir, la dysfonction érectile et l'éjaculation prématurée. Les troubles du désir s'expliquent par la peur, l'anxiété et l'angoisse créées par le désir de performance et l'image altérée à la suite de la maladie. Pour sa part, rarement la dysfonction érectile est exclusivement physique. En effet, elle serait due majoritairement à l'anxiété alors que la personne croit que c'est la maladie qui en est responsable. Par exemple, dès que l'homme se met en position de spectateur envers son érection en se demandant s'il sera capable cette fois-ci d'avoir et de maintenir une érection, il est presque certain qu'elle n'arrivera pas puisque l'anxiété provoquée par cette interrogation altère tout le processus physique et psychologique nécessaire à celle-ci. Finalement, l'éjaculation prématurée est expliquée, entre autres, par le désir de terminer la rencontre sexuelle précocement de peur de provoquer de l'angine ou une nouvelle crise.
- **Pour les femmes** : les troubles du désir s'expliquent, entre autres, par la peur de ne pas être aussi attirante qu'avant pour le partenaire (principalement dans le cas d'une chirurgie). De plus, des anorgasmies secondaires, de la dyspareunie lors des rapports sexuels, du vaginisme et de l'aversion sexuelle sont également répertoriés²⁷.

Intervention et préoccupations

Cette dimension peut être abordée par l'un et l'autre des professionnels du programme. Plusieurs interrogations liées au retour à la sexualité surgissent à la suite d'un incident cardiaque. Toutefois, en répondant aux questions, il importe de ne pas créer de dysfonctions sexuelles ou d'angoisse qui n'existaient pas avant.

Il est important d'aborder quelques points généraux d'éducation sexuelle :

- explorer les formes d'expression de la sexualité :
 - les différentes formes que peuvent prendre la sexualité, sans mettre l'emphase sur le fait que la sexualité se vit entre deux personnes et qu'elle implique une relation sexuelle;
 - le fait d'être un homme ou une femme représente une des nombreuses expressions de la sexualité, la façon dont chacun se perçoit comme être sexué et sexuel influence l'interaction avec son environnement;
 - l'identité sexuelle est aussi importante que la rencontre sexuelle à laquelle les gens accordent malheureusement toute l'importance;
 - diverses expressions de la sexualité peuvent être exploitées en premier lieu lorsqu'on songe à réintégrer la sexualité dans le couple telles que les baisers, les caresses, les bains entre conjoints, les marches main dans la main, les soupers aux chandelles;
 - l'écriture de mots d'affection au partenaire. Ces différentes expressions sont d'autant plus importantes qu'elles désamorcent souvent la peur, l'angoisse et le

désir de performance qui s'installent autant chez la personne atteinte que chez son partenaire.

- éviter de créer des dysfonctions sexuelles ou de l'angoisse qui n'étaient pas présentes. Par exemple, une personne ne se sentant pas prête à expérimenter un retour à la sexualité avec son partenaire, alors qu'on lui avait dit que le désir reviendrait de lui-même, peut se remettre en cause et se dévaloriser seulement en croyant ne pas être comme les autres;
- désamorcer les croyances et les peurs telles :
 - la peur de mourir ou de faire mourir son conjoint durant la relation sexuelle;
 - la peur de ressentir ou de provoquer de l'angine ou une nouvelle crise cardiaque (faible risque de refaire une crise cardiaque durant la relation sexuelle, d'autant plus que des exercices réguliers peuvent faire diminuer cette faible probabilité);
 - la crainte que la relation sexuelle ne soit pas aussi satisfaisante qu'avant pour les deux partenaires.
- aider à verbaliser les craintes avec le partenaire quant au retour de l'activité sexuelle;
- donner des indications sur la reprise sécuritaire de l'activité sexuelle :
 - le moment opportun où les partenaires se sentiront à l'aise sans insister sur le nombre de semaines. À titre indicatif, il n'y a pas de consensus actuellement. Selon les études, la période de reprise d'activité varie entre deux à quatre semaines après l'incident, jusqu'à 2 ou 3 mois;
 - les effets de l'activité sur le cœur : l'activité sexuelle devrait être considérée comme toute autre activité régulière d'intensité modérée. Certains auteurs ont rapporté que l'activité sexuelle avec son conjoint régulier avait moins d'effet sur le cœur que de conduire pour se rendre au travail, d'argumenter ou de regarder une émission de télévision stressante;
 - suggérer l'activité sexuelle le matin, accompagnée de repos avant et après, en insistant sur l'importance de mettre l'emphase sur les préliminaires afin d'augmenter graduellement l'excitation et le rythme cardiaque;
 - recommander d'avoir à portée de main de la nitroglycérine, ce qui pourra à la fois rassurer les deux partenaires et soulager la douleur thoracique le cas échéant;
 - reprendre en premier lieu les positions sexuelles familières et confortables pour vivre une rencontre sexuelle agréable. Les personnes qui ont eu une chirurgie ne devraient pas adopter une position où l'extension des bras est prédominante;
 - éviter les températures extrêmes, les environnements non familiers, la prise d'alcool et l'activité sexuelle après un repas lourd (attendre au moins 3 heures);
 - apprendre à la personne cardiaque à écouter ses signaux corporels.

Ces points serviront de base pour des discussions entre conjoints ou avec les intervenants de la santé. Ainsi, l'éducation sexuelle suggérée est en lien avec les questionnements universels du départ et devrait désamorcer des inquiétudes avant que celles-ci ne s'accumulent. Le simple fait de les mentionner à la personne peut réussir à diminuer l'anxiété liée au retour à la sexualité d'avant la maladie ainsi qu'à éviter les frustrations et l'éloignement entre les partenaires.

VOLET SPIRITUALITÉ²⁸

Dimension spirituelle de la personne

De tout temps, et dans toutes les civilisations, la dimension spirituelle est considérée comme un aspect fondamental et déterminant de la nature humaine. Aujourd'hui, des études et des recherches viennent démontrer comment le bien-être spirituel représente un aspect significatif du bien-être et un déterminant de la santé. Dans des études sur les maladies coronariennes, les auteurs voient la spiritualité comme un élément essentiel, mais négligé du cheminement des patients vers la santé : « *Les études sur les patients hospitalisés dans un établissement de soins aigus montrent qu'une proportion allant d'un à deux tiers de tous les patients et résidents souhaitent recevoir des soins spirituels*²⁹ ». Une enquête récente du Centre de pastorale de la santé et des services sociaux³⁰ confirme la présence de besoins spirituels et religieux chez les personnes hospitalisées et hébergées.

Définition de la dimension spirituelle

La spiritualité n'est pas un concept facile à définir. Il s'agit d'une notion qui fait référence à de l'intangible, et on constate une grande diversité dans la manière de la considérer et de la définir. Selon la croyance de l'individu, elle sera perçue différemment. La plupart des religions la place au cœur de la vie humaine et la majorité des gens la reconnaissent au plus profond ou au plus intime d'eux-mêmes. C'est pourquoi il est préférable de parler de la *dimension* spirituelle, afin qu'il soit clair qu'on désigne quelque chose qui fait partie intégrante de l'être humain.

Dans une vision holistique³¹ de l'être humain, la dimension spirituelle lui est inhérente : elle est intégrée dans tout son être, elle fait corps avec lui. Toute personne vit une expérience spirituelle³², que ce soit tout au cours de son histoire ou en fin de vie. Cette expérience renvoie à sa profondeur, au mouvement de son désir profond, c'est-à-dire à ce qui anime fondamentalement la personne, à son âme. Elle renvoie aussi à son ouverture et à son lien à la transcendance ou à Dieu. C'est alors qu'on utilise les termes « religieux », dans le sens de « relié » à un tout-Autre. Cette dimension religieuse se rattache souvent à une tradition et se vit par des rituels, dans la liturgie et par l'appartenance à une communauté de foi.

D'autres auteurs parlent de la dimension spirituelle ou créative³³. Pour eux, l'activité spirituelle n'est pas seulement notre relation à Dieu, mais notre capacité d'engagement, de créativité et de transcendance. Elle est aussi la capacité de recul critique par rapport à l'activité spirituelle et de contribution à celle-ci.

Elle se distingue de la religion, qui est « *un ensemble de croyances, de rituels et de pratiques organisés avec lesquels une personne s'identifie et veut être associée. Ceci implique la vénération d'une divinité, d'un être supérieur avec d'autres qui ont les mêmes croyances et la même foi*³⁴ ».

Comment la dimension spirituelle peut-elle se manifester? Elle se manifeste lorsqu'une personne se questionne sur le sens profond des choses, de sa vie et cherche à comprendre sa place, son rôle dans ce monde. Le questionnement spirituel se situe donc à un niveau qui transcende le quotidien. Si elle transcende le quotidien, la spiritualité est toutefois aussi au cœur du quotidien « *...vécue à travers les relations sociales*³⁵ ». Chez les personnes

atteintes de maladies chroniques, la préoccupation spirituelle se manifeste pour certaines par le questionnement de la personne face au sens à donner à sa maladie et à la chronicité de celle-ci : pourquoi je souffre? Pourquoi cela m'arrive-t-il à moi? Si la personne est croyante, les questions peuvent être dirigées vers le dieu de sa croyance : Dieu veut-il que je souffre? Pourquoi Dieu permet-il que cela m'arrive? M'a-t-il abandonné? Pour d'autres, la préoccupation spirituelle se manifeste par des rites, des prières, des lectures ou d'autres moyens.

La dimension spirituelle se développe-t-elle? La spiritualité se développe tout au long de la vie de l'individu et peut aussi décliner si elle est négligée. Chaque personne rencontrée sera à un degré de développement spirituel différent. Son expression peut varier selon le contexte de vie de la personne et selon sa culture. Certaines situations stressantes, comme par exemple la phase aiguë d'une maladie (lorsque toutes les activités sont interrompues), peuvent empêcher l'expression de la spiritualité pour un certain temps (incapacité de méditer, de prier, de faire des lectures et des réflexions spirituelles ou encore d'en parler). L'incapacité d'exprimer sa spiritualité peut être aussi troublante pour certaines personnes que peut l'être le questionnement spirituel pour d'autres aux prises avec une maladie chronique³⁶.

Le point important à se rappeler, c'est que la « spiritualité » ou la *dimension spirituelle* fait partie intégrante de l'être humain. Elle lui est *inhérente*. Dans notre vision unifiée de la personne, cette dimension anime la partie la plus intime de son intériorité et est en interrelation avec ses autres dimensions (physique, cognitive, affective, sociale). Un des enjeux, pour l'intervenant qui est en entrevue avec une personne atteinte d'une maladie chronique, est d'identifier comment la dimension spirituelle représente pour elle une ressource qui l'aide à assumer ce qu'elle a à vivre, ou bien d'identifier les besoins qu'elle peut éprouver en ce qui a trait à son expérience spirituelle.

Dépistage des besoins spirituels

Si le concept de désir³⁷ s'avère plus juste pour évoquer la dynamique intime de l'expérience spirituelle d'une personne, on utilise plutôt le terme « besoins spirituels et religieux »³⁸ pour proposer une nomenclature. Le terme « besoin » a l'avantage de faire consensus dans le mode de gestion du réseau de la santé et des services sociaux, qui s'élabore à partir des besoins identifiés chez les individus pour prioriser les interventions. Le terme « besoin » désigne plus clairement l'état intérieur d'une personne en situation de déséquilibre (en recherche « d'homéostasie ») ou de difficulté d'adaptation face à un problème de santé important.

L'intervenant qui fait le dépistage des besoins spirituels cherche essentiellement à vérifier avec le client :

- a) comment la spiritualité fait partie de sa vie;
- b) le rôle et l'importance qu'elle prend dans la prise en charge de sa problématique de maladie chronique.

Telles que définies au *Cadre de référence du Centre de pastorale de la santé et des services sociaux*, six catégories de besoin permettent de cerner la dimension spirituelle. Elles sont présentées dans le tableau suivant et permettent d'approfondir le dépistage de cette dimension³⁹.

Ce tableau a été élaboré pour aider l'intervenant responsable du dépistage à être attentif à l'expérience spirituelle des personnes rencontrées, et avoir comme repères quelques questions pouvant favoriser l'ouverture et l'écoute à cette même expérience.

Tableau Dépistage des besoins spirituels

<p>1- Besoin de comprendre, de questionner, de faire un bilan</p> <ul style="list-style-type: none">• Actuellement, est-ce que vous avez des préoccupations d'ordre existentiel ou fondamental sur le sens de votre vie, sur la souffrance, etc. (exemples : « Pourquoi ça m'arrive à moi ? », « Que fait Dieu dans tout ça? »)?• Sentez-vous le besoin de faire le point ou de faire un bilan pour voir où vous en êtes, ou voir ce qui est important pour vous (exemples : identifier mes valeurs, mes sources de force et d'espoir)?
<p>2- Besoin d'être relié aux autres</p> <ul style="list-style-type: none">• Sentez-vous un besoin de soutien ou d'écoute dans ce que vous vivez présentement?• Est-ce que votre problématique de santé a amené des changements dans vos relations?• Êtes-vous membre d'un groupe spirituel ou religieux?• Ce groupe vous apporte-t-il du soutien et si oui, comment?
<p>3- Besoin d'ouverture à la vie (intérieuriser son expérience personnelle pour connaître ses propres désirs)</p> <ul style="list-style-type: none">• Sentez-vous le besoin d'appivoiser ce que vous vivez intérieurement?• Souhaitez-vous vous connaître davantage à travers ce que vous vivez présentement (exemple : reconnaître vos souffrances et vos limites, contacter vos aspirations et vos rêves, etc.)?• Vous sentez-vous en recherche de confiance, de paix, de liberté intérieure, d'espérance et d'ouverture face à l'avenir?
<p>4- Besoin d'ouverture à Dieu (dans une relation personnelle)</p> <ul style="list-style-type: none">• La foi est-elle importante dans votre vie?• Vous sentez-vous en lien avec Dieu ou un « Être suprême », et si oui, quelle place cette relation prend-t-elle dans ce que vous vivez?• Comment ce lien vient-il inspirer ou influencer votre désir de prendre en main votre santé?
<p>5- Besoins liés à la pratique spirituelle et religieuse</p> <ul style="list-style-type: none">• Êtes-vous rattaché à une tradition religieuse (exemples : catholique, protestant, bouddhiste, etc.)?• Quelles sont vos pratiques spirituelles ou religieuses (exemples : prière, messe, sacrements, méditation, lectures spirituelles, etc.)?• Quelle place cela occupe-t-il dans votre vie?
<p>6- Besoins de cheminer (intégrer des pertes, croissance personnelle, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none">• Qu'est-ce qui vous amène à faire appel au <i>Programme Traité santé</i>?• Est-ce que votre problème de santé change quelque chose dans votre façon de voir la vie, dans vos valeurs, votre spiritualité, vos croyances?• Vous sentez-vous dans un virage ou un tournant personnel qui vous amène à vouloir aller de l'avant et vous dépasser (exemples de thèmes : deuils à vivre, acceptation, pardon, mission personnelle, etc.)?

À la suite de cette exploration, l'intervenant peut vérifier avec la personne s'il croit opportun de faire appel à une ressource de son milieu ou bien à un animateur ou une animatrice de pastorale de la santé, afin d'obtenir un soutien ou une aide relativement à son expérience spirituelle personnelle.

Intervention en ce qui a trait à la dimension spirituelle

L'accompagnement spirituel de la personne atteinte d'une maladie chronique tient compte de son état physique et psychologique. L'accompagnement visera à l'aider à vivre le mieux possible avec sa condition, à l'assumer sainement en puisant dans ses ressources spirituelles. Cette intervention est tantôt faite par le personnel de la santé, mais souvent, lorsqu'on doit aller au-delà du dépistage des besoins spirituels, il sera réalisé par une personne de l'équipe pastorale ou d'accompagnement spirituel. Souvent, l'accompagnateur spirituel, en créant un lien de confiance avec la personne, collaborera à l'établissement d'un lien de confiance entre celle-ci et l'équipe médicale.

L'animateur de pastorale accueille et entend la personne afin de voir où elle se trouve spirituellement, psychologiquement et physiquement. Par l'écoute attentive, l'empathie et la compassion, il l'amène à cheminer selon son désir profond afin qu'elle retrouve un sens à sa dignité comme personne, un sens à sa vie, une espérance et une paix intérieure. « James a été capable d'intégrer un cancer incurable dans sa vie. Il s'est trouvé une nouvelle mission de vie : aider sa femme et ses enfants à continuer. Dans cette découverte de lui-même comme personne entière malgré sa maladie, il a retrouvé une paix avec lui-même et avec Dieu⁴⁰ », relate Van der Poel.

Dans son livre *Beginning again*, l'auteure, elle-même atteinte d'une maladie chronique, propose d'aider le patient à cheminer vers le sentiment de paix et de plénitude en le guidant à travers des étapes qui lui permettront de trouver, à même les difficultés et les embûches que peuvent apporter la chronicité d'une maladie, des occasions de croissance personnelle, de redéfinition du sens de sa vie et de compréhension plus grande de ce qui anime son intériorité⁴¹.

Dans son livre *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness* (2000), Miller propose des interventions en nursing qui peuvent amener de l'espoir aux personnes. Mauk & Schmidt les présentent ainsi⁴² :

Modèle d'intervention pour maintenir l'espoir

STRATÉGIES POUR MAINTENIR L'ESPOIR	APPLICATIONS PRATIQUES
Stratégies cognitives	Évaluer les capacités cognitives du patient; dire au patient qu'il pourra traverser ses difficultés; encourager la lecture spirituelle pour méditer; encourager l'utilisation des stratégies qui ont été gagnantes dans le passé; encourager la pensée positive.
Déterminisme	Parler d'espoir au patient; encourager une attitude positive.
Philosophie de vie et compréhension du monde	Rappeler au patient que la croissance se fait souvent à travers des difficultés.
Stratégies spirituelles	Offrir au patient les objets de culte et le mettre en contact avec les personnes qui peuvent l'aider dans son cheminement spirituel.
Relations avec les intervenants	Avoir une relation chaleureuse et sincère avec le patient...
Liens avec la famille	Encourager la participation de la famille dans les soins du patient et aider à résoudre les tensions.
Sens d'avoir le contrôle	Offrir l'information et la formation nécessaires pour que le patient comprenne sa maladie et développe de l'autonomie en participant à ses propres soins.
Objectifs à atteindre	Aider le patient à avoir des objectifs à court et à long terme qui soient réalistes.
Autres	Humour, thérapie de relaxation; musicothérapie...

Les suggestions d'interventions de Miller prônent une démarche plus directive, où l'intervenant suggère à la personne des pistes de réflexions et d'actions. Les interventions proposées par Van der Poel (1998) et Earle (2004) prônent, à l'opposé, une approche non directive d'accompagnement du cheminement de la personne. Dans les trois cas, l'objectif est d'amener la personne à trouver de l'espoir, un sens à sa vie, un sens à sa dignité, le sentiment d'être une personne à part entière et de donner un sens à ce qui anime son intériorité.

L'expérience de la maladie et de la souffrance provoque des remises en question et amène à sentir ses besoins et à éprouver un manque. La personne trouve souvent dans sa profondeur spirituelle et religieuse à la fois un soutien, un point d'appui et un tremplin dans sa croissance ou dans sa transformation intérieure. Bref, elle peut y trouver un fondement.

L'intervenant du *Programme Traité santé*, en tant que partenaire de la personne dans son apprentissage de la prise en charge de sa maladie chronique, de sa santé et de sa vie, veillera à aider celle-ci à identifier les moyens ou les ressources les plus appropriés pour elle à l'égard de son expérience spirituelle.

VOLET SANTÉ CARDIAQUE CHEZ LA FEMME⁴³

Les maladies cardiovasculaires chez les femmes, quelques particularités

Problématique

Les maladies cardiovasculaires (MCV) représentent la principale cause de mortalité et de morbidité chez les canadiennes⁴⁴. Les coronaropathies sont la cause de nombreux décès chez les femmes⁴⁵. Les nouvelles lignes directrices fondées sur les preuves issues des études récentes favorisent des stratégies de prévention des MCV en fonction du sexe⁴⁶. Chez les femmes, la manifestation clinique des maladies coronariennes est plus tardive et apparaît en moyenne dix ans plus tard comparativement aux hommes⁴⁷. Cet âge plus avancé lors du début des MCV est associé à une augmentation des comorbidités tels que le diabète, l'hypertension artérielle et l'insuffisance cardiaque⁴⁸. Plusieurs autres comorbidités peuvent également être présentes et interférer avec le processus de réadaptation (cancer, ostéoporose, fibromyalgie, obésité, etc.).

Signes et symptômes de la maladie cardiaque chez la femme

Les femmes méconnaissent les signes précurseurs de la maladie et consultent tardivement leur médecin. Elles ont tendance à moins attribuer leurs symptômes à une cause cardiaque même lors d'un infarctus du myocarde⁴⁹. Les manifestations des syndromes coronariens (angine ou infarctus du myocarde) incluent une multitude de signes et symptômes⁵⁰.

- Les signes et symptômes typiques classiques sont :
 - douleur/inconfort au thorax (central ou à gauche);
 - associés plus ou moins avec de la diaphorèse (transpiration);
 - un souffle court.
- Les symptômes atypiques sont, quant à eux, moins bien définis et peuvent inclure une série de symptômes :
 - douleur à la poitrine du côté droit;
 - inconfort digestif;
 - douleur au dos;
 - fatigue soudaine;
 - nausées et vomissements.

Les principales différences observées selon le sexe et le diagnostic sont présentées au tableau suivant.

Résumé des différences lors de symptômes liés au syndrome coronarien

Résumé des différences en ce qui a trait aux symptômes présents lors d'un syndrome coronarien aigu selon le sexe et le diagnostic

Sexe	Symptômes différents lors d'un syndrome coronarien aigu	Symptômes différents lors d'infarctus du myocarde
Femme	<ul style="list-style-type: none">> Douleur au dos> Dyspnée> Indigestion> Douleur à la mâchoire> Nausées ou vomissements> Palpitations	<ul style="list-style-type: none">> Douleur abdominale> Douleur au dos> Étourdissements> Dyspnée> Fatigue> Douleur à la mâchoire> Perte d'appétit> Nausées ou vomissements> Palpitations> Douleur au cou> Indigestion> Syncope
Homme		<ul style="list-style-type: none">> Douleur à la poitrine> Diaphorèse

Adapté de Patel H et al, Am Heart J, 2004.

Ce tableau démontre que plusieurs symptômes sont comparables entre les sexes, mais certains symptômes atypiques ont été plus fréquemment rapportés chez la femme. Les symptômes à la poitrine sont toutefois de forts prédicteurs d'un syndrome coronarien aigu chez les femmes et sont les plus fréquemment rapportés. Néanmoins, une récente étude menée chez 515 femmes ayant subi un infarctus du myocarde rapporte que la douleur aiguë à la poitrine était absente chez 43 % des patientes. En phase aiguë, les femmes ont rapporté plus fréquemment⁵¹ :

- un souffle court (58 %);
- une faiblesse (55 %);
- une fatigue (43 %).

Il est intéressant de constater qu'en deçà du prodrome d'infarctus aigu du myocarde, les symptômes les plus fréquemment rapportés par les femmes un mois avant l'événement étaient :

- la fatigue inhabituelle (71 %);
- les troubles du sommeil (48 %);
- le souffle court (42 %).

Donc les femmes avec syndrome coronarien aigu peuvent présenter un tableau mixte incluant à la fois des symptômes typiques et atypiques⁵². Chez la femme, la description de la douleur ressentie peut être décrite différemment des hommes. Elle est plus généralisée, plus discrète et plus subtile, graduelle et parfois aiguë, ou simplement passagère ou encore

prolongée⁵³. La douleur au repos survenant pendant des périodes de stress ou pendant le sommeil est un autre signe annonciateur de la maladie. Cette même étude a révélé que seulement 30 % des femmes ont une douleur sévère à la poitrine ou au bras et 25 % n'ont rapporté aucune douleur ou très peu de douleur lors d'un infarctus. Or, les symptômes les plus fréquents sont des épisodes de sueurs froides (60 %), la fatigue (55 %) et un inconfort général à la poitrine (50 %).

Une étude suggère que les femmes, avant la ménopause, présenteraient davantage de symptômes atypiques à la poitrine (douleur à droite, sensation de plénitude) comparativement aux femmes après la ménopause⁵⁴. Peu importe le statut hormonal, la majorité des femmes rapportent fréquemment des symptômes typiques à la poitrine (douleur substernale, à gauche). Le déni face à la maladie coronarienne serait un comportement commun chez les femmes, qui refuseraient de reconnaître leurs symptômes et leur importance. De plus, comme la maladie coronarienne est plus rare chez cette population, le diagnostic d'angine ou d'infarctus du myocarde est souvent tardif, entraînant des répercussions significatives sur le traitement. La récupération de la maladie sera plus difficile et influencera ainsi le processus de réadaptation, qui pourrait être plus long et nécessiter plus de soutien.

La ménopause amène des changements affectant négativement le profil de risque cardiovasculaire. Une série de changements métaboliques et hémodynamiques survient après la ménopause et serait probablement attribuable à la perte d'effets protecteurs des hormones sexuelles⁵⁵.

La ménopause induit des changements dans le profil métabolique global, dont :

- un déclin des concentrations sériques de HDL-cholestérol;
- une augmentation des concentrations de LDL-cholestérol et du cholestérol total;
- un taux sérique de lipoprotéines (a) augmentant après la ménopause;
- une augmentation de la résistance à l'insuline;
- une diminution de la sécrétion d'insuline;
- une diminution de l'élimination de l'insuline;
- une augmentation de la masse adipeuse corporelle;
- une diminution de l'activité fibrinolytique;
 - une augmentation des taux d'homocystéine;
 - une détérioration de la fonction endothéliale.

En conséquence, le risque de coronaropathie est plus élevé. En effet, le risque de maladie coronarienne après la ménopause est multiplié par dix, comparativement à seulement 4,6 fois dans le même groupe d'âge chez les hommes⁵⁶.

Toutes les études reconnaissent que l'adoption de saines habitudes alimentaires et la pratique régulière de l'activité physique aident au contrôle du poids, à la diminution de la pression artérielle, des dyslipidémies et du taux de sucre dans le sang. L'abandon du tabagisme est une autre stratégie recommandée par l'American Heart Association (AHA) pour la prévention des maladies cardiovasculaires. Les femmes ont un certain pouvoir sur leur santé en introduisant ces habitudes dans leur vie. Les professionnels de la santé doivent les référer vers des ressources sécuritaires et adaptées à leurs besoins particuliers.

Nomenclature

Programme régional de Gestion des maladies chroniques

Volet « *Réadaptation cardiaque* »

Volet « *Insuffisance cardiaque* »

Volet « Diabète »

14 JANVIER 2005

RÉVISION JUIN 2005

RÉVISION FÉVRIER 2006

RÉVISION JUILLET 2006

RÉVISION AVRIL 2007 ET AVRIL 2008

RÉSUMÉ DU PROGRAMME GESTION DES MALADIES CHRONIQUES EN ESTRIE

Avec l'adoption du Programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques, chaque CSSS doit mettre en place un mécanisme de concertation et de coordination entre les différents partenaires du réseau local de services (RLS). Le modèle estrien est grandement inspiré du modèle « Expanded Chronic Care Model » fréquemment utilisé dans la gestion des maladies chroniques. Il vise, en plus d'une approche intégrée des maladies chroniques dans l'organisation du système de santé, l'autogestion ainsi que le développement des habiletés et capacités personnelles des individus. L'emphase est mise sur la participation active des personnes pour l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie et la gestion personnelle de leur condition. Une équipe interdisciplinaire en prévention et gestion des maladies chroniques, composée minimalement d'infirmières, de nutritionnistes et de kinésiologues, offre des services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques tels le diabète et les maladies cardiovasculaires. Pour les activités du Réseau MPOC, elles sont habituellement assurées par l'inhalothérapeute du CSSS. Dans ce guide nous ne décrivons pas les activités du Réseau MPOC. Vous trouverez ci-dessous les trois volets : Réadaptation cardiaque, Insuffisance cardiaque et Diabète.

Programme de réadaptation cardiaque

Le programme s'adresse à une clientèle connue pour cardiopathie ischémique. Il vise à améliorer la santé cardiovasculaire et la qualité de vie des personnes atteintes, à les aider à récupérer et à prévenir d'autres événements cardiaques. Le programme, d'une durée de 12 semaines intensives, offre des rencontres individuelles et de groupe (activité physique) ainsi que des activités ponctuelles éducatives (conférences). Le programme contribue à la modification de comportements à risque et de facteurs nuisibles à la santé. À la fin du programme, un suivi téléphonique par l'infirmière (à 6 semaines, 3, 6 et 12 mois) permettra d'évaluer les nouveaux besoins et, si nécessaire, définir avec le participant de nouvelles stratégies de changements de comportements. Le suivi médical est assuré par le médecin de famille du participant.

Clinique d'insuffisance cardiaque

La clinique d'insuffisance cardiaque a pour but d'offrir à la personne atteinte des services en cliniques ambulatoires le plus près possible de son domicile i.e. dans son CSSS. Il s'agit d'un programme d'enseignement et de suivi individualisé adapté à la condition médicale de la personne atteinte. Il sera offert, selon les besoins de la personne, la classe d'insuffisance cardiaque (classes 1 à 4) et le type d'établissement (avec ou sans urgence 24/7). Les objectifs du programme sont de favoriser l'autogestion de la santé et de la maladie de la personne atteinte et ses proches, améliorer sa qualité de vie et réduire les consultations à l'urgence et les hospitalisations. L'infirmière soutiendra la personne dans l'atteinte d'objectifs réalistes à court terme dans le changement de ses habitudes de vie. Au besoin, une référence sera faite à la nutritionniste ou autre professionnel de l'équipe interdisciplinaire. Le suivi médical est assuré par le médecin de famille de l'utilisateur. Un médecin désigné dans les établissements avec une urgence 24/7 assurera des disponibilités.

Clinique de suivi et d'enseignement pour les diabétiques

La clinique a pour but d'offrir à la personne atteinte des services en cliniques ambulatoires le plus près possible de son domicile i.e. dans son CSSS. Les objectifs du programme sont de favoriser l'autogestion de la santé et de la maladie par la personne atteinte et ses proches et l'amélioration de sa qualité de vie. Il s'agit d'un programme d'enseignement et de suivi individualisé adapté à la condition médicale de la personne atteinte. Celle-ci sera invitée à participer à des activités ponctuelles éducatives (conférences) concernant, entre autres, l'alimentation et les bienfaits de l'activité physique sur sa condition de diabétique. L'infirmière soutiendra la personne dans l'atteinte d'objectifs réalistes à court terme dans le changement de ses habitudes de vie. Au besoin, une référence sera faite à la nutritionniste ou autre professionnel de l'équipe interdisciplinaire. Le suivi médical est assuré par le médecin de famille du participant.

INTRODUCTION

Afin de permettre une bonne validation du programme régional de gestion des *maladies chroniques*, certains codes ont été retenus parce qu'ils s'appliquent de façon appropriée dans ce programme. Par ailleurs, d'autres codes du Cadre normatif pourraient aussi convenir, selon les besoins de l'utilisateur.

L'utilisation de ces codes va permettre, à la fin de chacune des périodes de validation du programme, de donner un portrait plus juste et comparable d'un établissement à l'autre.

Le document est séparé par chapitre :

Section 1 : Activités de l'intervenant-intervenante pivot

Section 2 : Activités des autres intervenants (nutritionniste, kinésologue, psychosocial)

Section 3 : Activités de groupe

Annexe 1 : Extraction des données

Annexe 2 : Historique de la nomenclature

SECTION 1 : ACTIVITÉS DE L'INTERVENANT PIVOT EN SUIVI INDIVIDUEL

Ces activités sont inscrites au Centre d'activités 6307.

1.1 *Sous-programme*

Programme *Gestion des maladies chroniques*

1.2 *Type d'intervention*

1 Intervention individuelle

1.3 *Raisons d'intervention*

1304 Obésité

1305 Diabète, excluant Diabète gestationnel (2705)

1308 Troubles du métabolisme, incluant : hyperlipidémie, hypertriglycéridémie, hyperlipoprotéïnémie

1801 Hypertension

1802 Cardiopathies ischémiques (incluant : MCAS, angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde, etc.).

1807 Autres formes de cardiopathies, incluant : insuffisance cardiaque, cardiomyopathie⁵⁷

1.4 *Actes*

6000 Démarches pour l'usager

6050 Poursuite de la démarche

6500 Action d'évaluation et de réévaluation

6533⁵⁸ Évaluation visite initiale programme régional de gestion des maladies chroniques

6550 Poursuite d'évaluation ou de réévaluation

6700 Action d'observation et de suivi (physique, psychique, psychosocial)

7050 Action éducative et préventive reliée aux saines habitudes de vie

7200 Action éducative et préventive au plan psychosocial

7300 Action éducative et préventive d'enseignement en santé physique

9002 Action de concertation, plan d'interventions (PI) (CLSC seulement)

9003 Action de concertation, plan de services individualisés (PII)

1.5 Profil de l'intervention

194 Suivi systématique Diabète (programme de gestion des maladies chroniques)
196 Services aux usagers en réadaptation cardiaque
197 Services aux usagers en insuffisance cardiaque
Relié au code normalisé 192 Autres services de santé physique

1.6 Mode d'intervention

En présence de l'utilisateur
1..... Rencontre
2..... Communication téléphonique
En l'absence de l'utilisateur
4..... Communication téléphonique

1.7 Lieu d'intervention

100 Au CLSC

1.8 Suivi

100 Aucun suivi sans référence formelle
200 Aucun suivi avec référence formelle interne
300 Aucun suivi avec référence formelle externe
301 Aucun suivi avec référence formelle au centre hospitalier
302 Aucun suivi avec référence formelle au centre de réadaptation
400 Suivi sans référence formelle
500 Suivi avec référence formelle interne
600 Suivi avec référence formelle externe
601 Suivi avec référence formelle au centre hospitalier
602 Suivi avec référence formelle au centre de réadaptation

SECTION 2 : Interventions des autres intervenants en suivi individuel (Nutritionniste, kinésiologue, intervenant psychosocial)

Ces activités sont inscrites aux sous-centres d'activités de l'intervenant

2.1 Sous-programme

Celui habituel de l'intervenant (note pour le kinésiologue ce sera le sous-programme *Gestion des maladies chroniques relié au sous centre d'activité 6307*)

Pour la nutritionniste le sous-programme sera relié au sous-centre d'activités 7112

Pour l'intervenant psychosocial le sous-programme sera relié au sous-centre d'activités 6562

2.2 Type d'intervention

1.....Intervention individuelle

2.3 Raisons d'intervention

1304 Obésité

1305 Diabète, excluant ; Diabète gestationnel (2705)

1308 Troubles du métabolisme, incluant : hyperlipidémie, hypertriglycéridémie, hyperlipoprotéïnémie

1801 Hypertension

1802 Cardiopathies ischémiques (incluant : MCAS, angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde, etc.)

1807 Autres formes de cardiopathies, incluant : insuffisance cardiaque, cardiomyopathie⁵⁹

2.4 Actes

6500 Action d'évaluation et de réévaluation

6550 Poursuite d'évaluation ou de réévaluation

6920 Action éducative et préventive reliée aux activités physiques et récréatives

7000 Action éducative et préventive en alimentation et nutrition

7040 Action à caractère diététique

7050 Action éducative et préventive reliée aux saines habitudes de vie

7700 Action à caractère psychosocial

8100 Action de réadaptation et réintégration sociale

2.5 Profil de l'intervention

194 Suivi systématique Diabète (programme de gestion des maladies chroniques)
196 Services aux usagers en réadaptation cardiaque
197 Services aux usagers en insuffisance cardiaque
Relié au code normalisé 192 Autres services de santé physique

2.6 Mode d'intervention

En présence de l'utilisateur
1 Rencontre
2 Communication téléphonique

2.7 Lieu d'intervention

100 Au CLSC

2.8 Suivi

Il appartient à la personne intervenante pivot d'assurer la coordination des services et les références pour chacun des usagers inscrit au programme. De ce fait, les autres intervenants n'utiliseront que les codes suivants en intervention individuelle :

100 Aucun suivi sans référence formelle
400 Suivi sans référence formelle

SECTION 3 : ACTIVITÉS DE GROUPE

Deux types d'activités de groupes sont possibles dans ce programme :

1. des **ateliers de groupe** d'éducation et de réadaptation (activités physiques) qui constituent des interventions de groupe
2. des **conférences** offertes aux usagers et leurs proches qui constituent des « activités ponctuelles normalisées »

3.1 Les **ateliers de groupe** réalisés dans le cadre du programme sont des interventions de groupe en activités physiques, pour lesquelles chaque participant doit être inscrit. Le nombre et le rythme des ateliers est déterminé et les thèmes abordés à chaque atelier le sont aussi.

Ces ateliers sont habituellement sous la responsabilité de l'intervenant kinésiologue. La présence de l'infirmière pivot est obligatoire.

3.1.1 *Sous-programme*

Programme *Gestion des maladies chroniques*

3.1.2 *Type d'intervention*

4 Intervention de groupe

3.1.3 *Raison d'intervention*

1304 Obésité

1305 Diabète, excluant ; Diabète gestationnel (2705)

1308 Troubles du métabolisme, incluant : hyperlipidémie, hypertriglycéridémie, hyperlipoprotéinémie

1801 Hypertension

1802 Cardiopathies ischémiques (incluant : MCAS, angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde, etc.).

1807 Autres formes de cardiopathies, incluant : insuffisance cardiaque, cardiomyopathie⁶⁰.

3.1.4 *Actes*

8100 Action de réadaptation et réintégration sociale

3.1.5 *Profil de l'intervention*⁶¹

194 Suivi systématique Diabète (programme de gestion des maladies chroniques)

196 Services aux usagers en réadaptation cardiaque

197 Services aux usagers en insuffisance cardiaque

Relié au code normalisé 192 Autres services de santé physique

3.1.7 *Lieu de l'intervention*

100.....au CLSC
500.....dans les locaux d'un organisme communautaire ou d'un groupe du milieu
600.....dans un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux
900.....autres lieux

3.1.8 *Nombre de participants – groupe*

Cette donnée est obligatoire.

Inscrire le nombre total de participant au groupe, c'est à dire le nombre de personnes auprès de qui vous êtes intervenu.

3.1.9 *Suivi*

400..... Suivi sans référence formelle

3.1.10 *Nombre d'intervenants associés*

Dans le cadre de ce programme, d'autres professionnels peuvent être associés à chacun des ateliers prévus au programme. **Il est nécessaire d'indiquer le nombre d'intervenants associés** lors de chacun des ateliers.

À partir de février 2008, le CSSS-IUGS a modifié son offre de services et présente maintenant les services énumérés plus haut en groupe ouvert. Afin de respecter le cadre normatif I-CLSC, le CSSS-IUGS utilisera la nomenclature suivante :

Activité ponctuelle de groupe normalisée

Raison 1 : 5500 Raison 2 et/ou 3: 1304, 1305, 1308, 1801, 1802 ou 1807

Acte 1 : 6920 Acte 2 : 8100

3.2 Activités ponctuelles de groupe

Des **conférences** sont aussi prévues au programme, à l'intention des usagers et leurs proches.

Ces rencontres sont offertes par l'équipe du programme et portent sur différents sujets en lien avec la santé cardiovasculaire et les facteurs de risque. Elles seront saisies comme des « activités ponctuelles normalisées d'éducation systématique ». Il n'est donc pas requis de s'inscrire pour participer à ces rencontres et le nombre de participants peut varier d'une rencontre à l'autre.

N.B. Un seul intervenant saisira les données pour chacune des rencontres même si plusieurs intervenants sont présents.

3.2.1 *Sous-programme*

Programme *Gestion des maladies chroniques ou celui habituel de l'intervenant pour les nutritionnistes ou les travailleurs sociaux*

3.2.2 *Type d'activité ponctuelle*

4.....Activité ponctuelle de groupe

3.2.3 *Raison de l'activité ponctuelle*

5500Prévention - éducation

Raison 2 ou 3 (non obligatoire)

1304 Obésité

1305 Diabète, excluant ; Diabète gestationnel (2705)

1308 Troubles du métabolisme, incluant : hyperlipidémie, hypertriglycéridémie, hyperlipoprotéinémie

1801 Hypertension

1802 Cardiopathies ischémiques (incluant : MCAS, angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde, etc.)

1807 Autres formes de cardiopathies, incluant : insuffisance cardiaque, cardiomyopathie⁶²

3.2.4 *Profil de l'activité ponctuelle*⁶³

194 Suivi systématique Diabète (programme de gestion des maladies chroniques)

196 Services aux usagers en réadaptation cardiaque

197 Services aux usagers en insuffisance cardiaque

Relié au code normalisé 192..... Autres services de santé physique

3.2.5 *Mode de l'activité ponctuelle*

5Groupe - activité d'éducation systématique

3.2.6 *Lieu de l'activité ponctuelle*

100 au CLSC
500 dans les locaux d'un organisme communautaire ou d'un groupe du milieu
600 dans un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux
900 autres lieux

3.2.7 *Nombre de participants à l'activité ponctuelle*

Cette donnée est obligatoire.

Inscrire le nombre total de participant au groupe, c'est à dire le nombre de personnes auprès de qui vous êtes intervenu.

3.2.8 *Suivi*

100 Aucun suivi sans référence formelle

ANNEXE 1 : Extraction des données

Nombre de nouveaux usagers distincts

Nombre total d'interventions pour ces nouveaux usagers

Nombre moyen d'interventions par nouvel usager

Nombre d'interventions de groupe (activité physique)

Nombre moyen de participants aux interventions de groupe

Nombre d'activités ponctuelles de groupe (conférence)

Nombre moyen de participants aux activités ponctuelles de groupe

Annexe 2 : Historique de la nomenclature

La version 2007 permet les mises à jour suivantes :

Préciser les profils 196 Réadaptation cardiaque ou 197 Insuffisance cardiaque

Préciser l'utilisation du code 6533 : Évaluation visite initiale programmes réadaptation cardiaque ou insuffisance cardiaque, 1.5 page 2

La version 2008 permet les mises à jour suivantes :

Bonifier l'utilisation du code 6533 (page 4)

Préciser les ateliers de groupe à Sherbrooke dans le respect du cadre normatif (page 9)

Ajouter le volet diabète et modifier la nomenclature pour couvrir toutes les modalités de services. La nomenclature existante prévue pour le programme régional de services en santé cardiovasculaire est modifiée pour intégrer la gestion des maladies chroniques et définir les volets Réadaptation cardiaque, Insuffisance cardiaque et diabète.

Et fut acceptée à la rencontre régionale du cadre normatif I-CLSC du 8 avril 2008

SANTÉ PHYSIQUE
Maladies chroniques

Fiche R 1.9.2 E

Nombre d'usagers suivis au
Programme de gestion des maladies chroniques

MISE EN CONTEXTE

Avec l'adoption du Programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques, chaque CSSS doit mettre en place un mécanisme de concertation et de coordination entre les différents partenaires du réseau local de services (RLS).

Le modèle estrien est grandement inspiré du modèle « Expanded Chronic Care Model » fréquemment utilisé dans la gestion des maladies chroniques. Il vise, en plus d'une approche intégrée des maladies chroniques dans l'organisation du système de santé, l'autogestion ainsi que le développement des habiletés et capacités personnelles des individus. L'emphase est mise sur la participation active des personnes pour l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie et la gestion personnelle de leur condition.

Une équipe interdisciplinaire en prévention et gestion des maladies chroniques, composée minimalement d'infirmières, de nutritionnistes et de kinésiologues, offre des services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques tels le diabète et les maladies cardiovasculaires. Pour les activités du Réseau MPOC, elles sont habituellement assurées par l'inhalothérapeute du CSSS.

Programme de réadaptation cardiaque

Le programme s'adresse à une clientèle connue pour cardiopathie ischémique. Il vise à améliorer la santé cardiovasculaire et la qualité de vie des personnes atteintes, à les aider à récupérer et à prévenir d'autres événements cardiaques.

Le programme, d'une durée de 12 semaines intensives, offre des rencontres individuelles et de groupe (activité physique) ainsi que des activités ponctuelles éducatives (conférences).

Le programme contribue à la modification de comportements à risque et de facteurs nuisibles à la santé. À la fin du programme, un suivi téléphonique par l'infirmière (à 6 semaines, 3, 6 et 12 mois) permettra d'évaluer les nouveaux besoins et, si nécessaire, définir avec le participant de nouvelles stratégies de changements de comportements. Le suivi médical est assuré par le médecin de famille du participant.

Clinique d'insuffisance cardiaque

La clinique d'insuffisance cardiaque a pour but d'offrir à la personne atteinte des services en cliniques ambulatoires le plus près possible de son domicile i.e. dans son CSSS.

Il s'agit d'un programme d'enseignement et de suivi individualisé adapté à la condition médicale de la personne atteinte. Il sera offert, selon les besoins de la personne, la classe d'insuffisance cardiaque (classes 1 à 4) et le type d'établissement (avec ou sans urgence 24/7).

Les objectifs du programme sont de favoriser l'autogestion de la santé et de la maladie de la personne atteinte et ses proches, améliorer sa qualité de vie et réduire les consultations à l'urgence et les hospitalisations.

L'infirmière soutiendra la personne dans l'atteinte d'objectifs réalistes à court terme dans le changement de ses habitudes de vie. Au besoin, une référence sera faite à la nutritionniste ou autre professionnel de l'équipe interdisciplinaire.

Le suivi médical est assuré par le médecin de famille de l'usager. Un médecin désigné dans les établissements avec une urgence 24/7 assurera des disponibilités.

Clinique de suivi et d'enseignement pour les diabétiques

La clinique a pour but d'offrir à la personne atteinte des services en cliniques ambulatoires le plus près possible de son domicile i.e. dans son CSSS.

Les objectifs du programme sont de favoriser l'autogestion de la santé et de la maladie par la personne atteinte et ses proches et l'amélioration de sa qualité de vie.

Il s'agit d'un programme d'enseignement et de suivi individualisé adapté à la condition médicale de la personne atteinte. Celle-ci sera invitée à participer à des activités ponctuelles éducatives (conférences) concernant, entre autres, l'alimentation et les bienfaits de l'activité physique sur sa condition de diabétique.

L'infirmière soutiendra la personne dans l'atteinte d'objectifs réalistes à court terme dans le changement de ses habitudes de vie.

Au besoin, une référence sera faite à la nutritionniste ou autre professionnel de l'équipe interdisciplinaire.

Le suivi médical est assuré par le médecin de famille du participant.

Réseau MPOC

Ce réseau de services vise à développer, pour une certaine clientèle atteinte de MPOC et leur famille, la capacité et les compétences nécessaires pour s'auto-soigner en toute sécurité à la maison et ce, dès l'apparition des premiers signes d'aggravation. Cette clientèle, en plus de recevoir une formation de quatre heures, conserve en sa possession un cahier pochette contenant un plan d'action signé par le médecin. Ce plan comprend, entre autres, des indications à suivre pour améliorer sa condition, des ordonnances médicales à faire remplir lors de crise et l'identification de ressources à contacter.

De plus, un réseau de soutien est offert par des professionnels. Ces derniers contactent aux six semaines la clientèle inscrite. Ils fournissent, au besoin, un support téléphonique aux heures régulières de travail, soit de 8 heures à 16 heures.

Cette nouvelle approche permet à la clientèle de s'auto-soigner et diminue ainsi les visites aux urgences et les hospitalisations.

DÉFINITION

Il s'agit du nombre d'usagers différents atteints de maladie chronique inscrits au Programme de gestion des maladies chroniques depuis le début de l'année financière.

SANTÉ PHYSIQUE
Maladies chroniques

UTILISATION/ INTERPRÉTATION	Cet indicateur permet de suivre l'évolution du nombre d'usagers suivis au Programme ainsi que le nombre de nouveaux usagers inscrits à la fin de l'année financière. Il servira également à calculer le nombre moyen d'interventions individuelles par usager.																																																								
Mise en garde :	Le nombre de nouveaux usagers peut être différent du nombre d'usagers suivis.																																																								
MÉTHODE DE CALCUL	<p>A) Σ des nouveaux usagers différents, excluant MPOC, du début de l'année à la date de fin de la période de transmission</p> <p>Univers retenu :</p> <p>Profil d'intervention : 194 diabète 196 réadaptation cardiaque 197 insuffisance cardiaque</p> <p>Type d'intervention : 1 Acte d'intervention : 6533 : évaluation initiale Catégorie d'intervenant : infirmière ou infirmière bachelière: 180 ou 185</p> <p>B) Σ des usagers différents, excluant MPOC, du début de l'année à la date de fin de la période de transmission</p> <p>Univers retenu :</p> <p>Profil d'intervention : 194 diabète 196 réadaptation cardiaque 197 insuffisance cardiaque</p> <p>Type d'intervention : 1 Catégorie d'intervenant : infirmière ou infirmière bachelière 180 ou 185</p> <p>C) Σ des nouveaux usagers différents MPOC du début de l'année à la date de fin de la période de transmission</p> <p>Univers retenu :</p> <p>Type d'intervention : 1 Acte d'intervention : 6533 Raison : 1904 Catégorie d'intervenant : 180 ou 185 ou 510</p> <p>D) Σ des usagers différents MPOC, du début de l'année à la date de fin de la période de transmission</p> <p>Univers retenu :</p> <p>Type d'intervention : 1 Acte d'intervention : 7345 réseau MPOC Raison : 1904 Catégorie d'intervenant : 180 ou 185 ou 510</p>																																																								
UNITÉ DE MESURE	Nombre																																																								
VENTILATION(S)	Par établissement Par profil																																																								
SOURCE D'INFORMATION	I-CLSC, système d'information du CHUS																																																								
DONNÉES RECUEILLIES AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS	CSSS, CHUS																																																								
PÉRIODICITÉ DE RECUEIL DES DONNÉES	Période 7, 10, 13																																																								
ATTENTES SIGNIFIÉES	Offrir au plus grand nombre possible de personnes ayant une maladie chronique un suivi par l'équipe interdisciplinaire de gestion des maladies chroniques (voir annexe).																																																								
Cible chiffrée prévue à l'entente de gestion 2008-2009	<p>Avant budget de développement.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Établissement</th> <th colspan="2">Nouveaux usagers</th> <th colspan="2">Charge de cas</th> </tr> <tr> <th>Réadaptation</th> <th>Diabète</th> <th>MPOC</th> <th>Insuffisance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CHUS :</td> <td>210</td> <td>à venir</td> <td>NA</td> <td>190</td> </tr> <tr> <td>CSSS-IUGS :</td> <td>221</td> <td>à venir</td> <td>275</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>CSSS de la MRC-de-Coaticook :</td> <td>34</td> <td>à venir</td> <td>40</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>CSSS du Grenit :</td> <td>45</td> <td>à venir</td> <td>45</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>CSSS du Haut-Saint-François :</td> <td>28</td> <td>à venir</td> <td>41</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>CSSS de Memphrémagog :</td> <td>158</td> <td>à venir</td> <td>76</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>CSSS des Sources :</td> <td>31</td> <td>à venir</td> <td>42</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>CSSS du Val-Saint-François :</td> <td>23</td> <td>à venir</td> <td>49</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>750</td> <td></td> <td>568</td> <td>330</td> </tr> </tbody> </table>			Établissement	Nouveaux usagers		Charge de cas		Réadaptation	Diabète	MPOC	Insuffisance	CHUS :	210	à venir	NA	190	CSSS-IUGS :	221	à venir	275	70	CSSS de la MRC-de-Coaticook :	34	à venir	40	14	CSSS du Grenit :	45	à venir	45	26	CSSS du Haut-Saint-François :	28	à venir	41	14	CSSS de Memphrémagog :	158	à venir	76	-	CSSS des Sources :	31	à venir	42	14	CSSS du Val-Saint-François :	23	à venir	49	-	Total	750		568	330
Établissement	Nouveaux usagers		Charge de cas																																																						
	Réadaptation	Diabète	MPOC	Insuffisance																																																					
CHUS :	210	à venir	NA	190																																																					
CSSS-IUGS :	221	à venir	275	70																																																					
CSSS de la MRC-de-Coaticook :	34	à venir	40	14																																																					
CSSS du Grenit :	45	à venir	45	26																																																					
CSSS du Haut-Saint-François :	28	à venir	41	14																																																					
CSSS de Memphrémagog :	158	à venir	76	-																																																					
CSSS des Sources :	31	à venir	42	14																																																					
CSSS du Val-Saint-François :	23	à venir	49	-																																																					
Total	750		568	330																																																					
Seuil :	Aucun																																																								
Écarts admissibles :	Non disponibles																																																								
HISTORIQUE	Données disponibles depuis le 31 mars 2004 pour les programmes de réadaptation cardiaque et MPOC.																																																								
RESPONSABLES																																																									
Alimentation	CSSS, CHUS																																																								
Production	CSSS, CHUS																																																								
Analyse	Denyse Lamontagne, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie																																																								

Dernière mise à jour : 2008-05-22

Prévalence estimée de certaines maladies chroniques
population des 12 ans et plus en ménage privé
Estrie et MRC, 2005

Maladie	MRC									
	Estrie		Granit	des Sources	Haut-St-François	Val-St-François	Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	
	%	n	n	n	n	n	n	n	n	
Hypertension	12,3%	31 686	2 338	1 516	2 273	3 080	15 624	1 957	4 829	
Maladies cardiaques	5,1%	13 088	988	828	842	1 258	8 478	811	2 002	
MPOC	3,4%	8 725	848	419	628	838	4 319	541	1 335	
Cancer	1,2%	3 079	228	148	222	296	1 624	181	471	

Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005

Notes: La population en ménage privé exclut les personnes vivant en logement collectif au moment de l'enquête (ex: établissements religieux, CHSLD, CH, etc.).
Les pourcentages de prévalence sont tous ceux du Québec, sauf pour l'hypertension. La raison en est que les pourcentages de l'Estrie sont trop imprécis.
On estime alors que le pourcentage du Québec peut s'appliquer à l'Estrie et à chacune de ses MRC.

Prévalence du diabète diagnostiqué
Population des 20 ans et plus
Estrie et MRC, 2004-2005

MRC	Prévalence (n)	Prévalence (%)
Granit	888	5,24
des Sources	877	7,80
Haut-Saint-François	1 052	8,48
Val Saint-François	1 284	5,87
Sherbrooke	6 896	5,28
Coaticook	890	8,48
Memphrémagog	2 135	8,08
Estrie	13 132	6,72

Source: Système de surveillance du diabète, INSPO.

Note: La prévalence en pourcentage est un pourcentage brut.

Michel Caronneau
Service de surveillance de la santé publique et de l'évaluation
Direction de santé publique et de l'évaluation
Mars 2008

**Nombre de patients uniques hospitalisés en courte
durée en Estrie
pour insuffisance cardiaque selon leur territoire de
résidence,
2002-2003 à 2005-2006**

MRC de résidence	Année			
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Granit	28	37	25	26
Des Sources	62	42	43	43
Haut-Saint-François	23	27	25	24
Val-Saint-François	28	28	35	32
Ville de Sherbrooke	210	259	237	223
Coaticook	21	22	15	21
Memprémagog	83	78	68	83
Estrie	466	493	448	462
MRC hors région	18	26	23	24
TOTAL	478	619	471	478

Source : Med-Écho 2002-2003 à 2005-2006.

Note : Insuffisance cardiaque (CIM-9 = 428).

La municipalité de Waterville est intégrée dans le territoire de la MRC de Coaticook.

Brigitte Martin, technicienne de recherche.

Michel Carboneau, agent de planification, de programmation et de recherche.

Agence de santé et de services sociaux de l'Estrie, service de la surveillance de la santé publique et de l'évaluation, le 13 mars 2008.

**Nombre de patients uniques hospitalisés en courte durée en Estrie
pour cardiopathies ischémiques selon leur territoire de résidence,
2002-2003 à 2005-2006**

MRC de résidence	Année			
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Granit	102	114	121	103
Asbestos	98	103	89	71
Haut-Saint-François	118	103	104	101
Val-Saint-François	140	106	108	111
Ville de Sherbrooke	782	687	613	636
Coaticook	82	66	77	84
Memprémagog	265	261	227	234
Estrie	1 583	1 440	1 339	1 340
MRC hors région	437	582	604	597
TOTAL	2 020	2 022	1 943	1 937

Source : Med-Écho 2002-2003 à 2005-2006.

Note : Cardiopathies ischémiques (CIM-9 = 410-414).

La municipalité de Waterville est intégrée dans le territoire de la MRC de Coaticook.

Brigitte Martin, technicienne de recherche.

Michel Carboneau, agent de planification, de programmation et de recherche.

Agence de santé et de services sociaux de l'Estrie, service de la surveillance de la santé publique et de l'évaluation, le 13 mars 2008.

ATTENTES SIGNIFIÉES

Réadaptation cardiaque

Les données d'hospitalisation les plus récentes¹ révèlent que chaque année, 1 340 résidents de l'Estrie sont hospitalisés pour cardiopathies ischémiques.

L'objectif est de desservir 50% des personnes hospitalisées à chaque année pour cardiopathies ischémiques. De ce nombre, environ 30% nécessitent un suivi dans un contexte hospitalier en raison du niveau de risque qu'elles présentent. Ces personnes seront desservies par le CHUS lorsqu'elles résident dans les MRC de Sherbrooke, Coaticook, Haut Saint-François et Val Saint-François.

La cible est établie en nombre de nouveaux usagers suivis et est précisée dans la dernière colonne du tableau suivant. La comparaison de cette cible à l'engagement annualisé 2007-2008 de l'établissement permet d'évaluer s'il s'agit d'une priorité de développement ou non.

R1.9.2 E	Nombre de nouveaux usagers suivis au programme régional de réadaptation cardiaque					
	Établissements	Nb annuel de personnes hospitalisées	Cible à 50%	Nb de personnes nécessitant un environnement CH		Nb de nouvelles personnes à desservir chaque année
		A	B = A*0,5	C = B*0,3		D = B-C
CHUS					150	
CSSS – IUGS	636	318	95		223	
CSSS de la MRC-de-Coaticook	84	42	13		29	
CSSS du Granit	103	52	15		52	
CSSS du Haut-Saint-François	101	51	15		35	
CSSS de Memphrémagog	234	117	35		117	
CSSS des Sources	71	36	11		25	
CSSS du Val-Saint-François	111	56	17		39	
Total région Estrie	1340	670	201		670	

Insuffisance cardiaque

Les données d'hospitalisation les plus récentes² révèlent que chaque année, 452 résidents de l'Estrie sont hospitalisés pour insuffisance cardiaque. De ce nombre, 50 % (classes 3 et 4) doivent être suivis en milieu hospitalier. Ces personnes seront desservies par le CHUS lorsqu'elles résident dans les MRC de Sherbrooke, Coaticook, Haut Saint-François et Val Saint-François.

L'objectif est de desservir 50% des personnes hospitalisées pour insuffisance cardiaque + un nombre équivalent de personnes non hospitalisées mais ayant un suivi médical pour cette condition (en classes 1 et 2).

La cible est établie en nombre d'usagers différents suivis au cours d'une année et est précisée dans la dernière colonne du tableau suivant. La comparaison de cette cible à l'engagement annualisé 2007-2008 de l'établissement permet d'évaluer s'il s'agit d'une priorité de développement ou non.

R1.9.2 E	Nombre d'usagers différents suivis au cours de l'année à la clinique d'insuffisance cardiaque						
	Établissements	Nb annuel de personnes hospitalisées	Cible à 50%	Nb de personnes nécessitant un environnement CH	Nb de personnes avec suivi médical		Nb de personnes à desservir chaque année
		A	B = A*0,5	C = B*0,3	D = A		E = B-C+A
CHUS						45	
CSSS – IUGS	223	112	33	112		190	
CSSS de la MRC-de-Coaticook	21	11	3	11		18	
CSSS du Granit	26	13	4	13		26	
CSSS du Haut-Saint-François	24	12	4	12		20	
CSSS de Memphrémagog	83	42	12	42		83	
CSSS des Sources	43	22	6	22		43	
CSSS du Val-Saint-François	32	16	5	16		27	
Total région Estrie	452	226	68	226		452	

¹ Source : Méd-Écho 2004-2005 et 2005-2006

² Source : Méd-Écho 2004-2005 et 2005-2006

Maladies pulmonaires obstructives chroniques

Les critères d'admissibilité au programme ont été modifiés au cours de l'année 2007-2008.

En l'absence d'information permettant d'estimer la prévalence de ce problème à partir des critères d'admissibilité, l'attente signifiée est de maintenir à 0 le nombre de personnes en attente de suivi dans le cadre de ce programme. Le tableau suivant indique le nombre de personnes pour lesquelles les établissements ont été financés de même que le nombre de personnes en attente au 31 mars 2008.

R1.9.2 E Nombre d'usagers différents suivis au cours de l'année au programme MPOC

Établissements	Nombre de cas financés	
	A	
CSSS – IUGS	275	
CSSS de la MRC-de-Coaticook	40	
CSSS du Granit	45	
CSSS du Haut-Saint-François	41	
CSSS de Memphrémagog	76	
CSSS des Sources	42	
CSSS du Val-Saint-François	49	
Total région Estrie	568	

Diabète

L'objectif pour chacun des CSSS est de desservir le plus grand nombre possible de personnes atteintes de diabète. Des cibles seront précisées au cours de l'année 2008-2009 lorsque les travaux visant à mettre en place les projets cliniques seront plus avancés.

Les engagements pris par les établissements correspondent au nombre de nouveaux usagers suivis et sont précisés dans la dernière colonne du tableau suivant.

R1.9.2 E Nombre de nouveaux usagers suivis à la clinique du diabète

Établissements	Prévalence du diabète diagnostiqué chez les 20 ans et + ¹ 2004-2005	Incidence 3 nouveaux cas / 1000
	A	B
CHUS		
CSSS – IUGS	5995	402
CSSS de la MRC-de-Coaticook	890	49
CSSS du Granit	889	60
CSSS du Haut-Saint-François	1062	58
CSSS de Memphrémagog	2135	126
CSSS des Sources	877	38
CSSS du Val-Saint-François	1284	77
Total région Estrie	13132	810

1: Source: Système de surveillance du diabète INSPQ

SANTÉ PHYSIQUE
Maladies chroniques

Fiche R 1.9.3 E

**Nombre moyen d'interventions individuelles par usagers suivis
au Programme de gestion des maladies chroniques**

DÉFINITION	Il s'agit du nombre moyen d'interventions individuelles faites par l'infirmière ou l'inhalothérapeute auprès des personnes inscrites au Programme de gestion des maladies chroniques depuis le début de l'année financière.
UTILISATION/ INTERPRÉTATION Mise en garde :	Cet indicateur permet de calculer le nombre moyen d'interventions par usager pour chaque programme (réadaptation cardiaque, insuffisance cardiaque, diabète, MPOC).
MÉTHODE DE CALCUL	<p>A) Σ d'interventions, excluant MPOC, du début de l'année à la date de fin de la période de transmission</p> <p>Σ nouveaux usagers inscrits au Programme du début de l'année à la date de fin de période de transmission</p> <p>Univers retenu :</p> <p>Profil d'intervention : 194 diabète 196 réadaptation cardiaque 197 insuffisance cardiaque</p> <p>Type d'intervention : 1 Acte d'intervention : 6533 : évaluation initiale Catégorie d'intervenant : infirmière ou infirmière bachelière : 180 ou 185</p> <p>B) Σ d'interventions, excluant MPOC, du début de l'année à la date de fin de la période de transmission</p> <p>Σ usagers inscrits au Programme du début de l'année à la date de fin de période de transmission</p> <p>Univers retenu :</p> <p>Profil d'intervention : 194 diabète 196 réadaptation cardiaque 197 insuffisance cardiaque</p> <p>Type d'intervention : 1 Catégorie d'intervenant : infirmière ou infirmière bachelière : 180 ou 185</p> <p>C) Σ d'interventions MPOC, du début de l'année à la date de fin de la période de transmission</p> <p>Σ nouveaux usagers inscrits au Programme du début de l'année à la date de fin de période de transmission</p> <p>Univers retenu :</p> <p>Type d'intervention : 1 Acte d'intervention : 6533 Raison : 1904 Catégorie d'intervenant : 180 ou 185 ou 510</p> <p>D) Σ d'interventions MPOC, du début de l'année à la date de fin de la période de transmission</p> <p>Σ usagers inscrits au Programme du début de l'année à la date de fin de période de transmission</p> <p>Univers retenu :</p> <p>Type d'intervention : 1 Acte d'intervention : 7345 réseau MPOC Raison : 1904 Catégorie d'intervenant : 180 ou 185 ou 510</p>
UNITÉ DE MESURE	Nombre
VENTILATION(S)	Par établissement Par profil
SOURCE D'INFORMATION	I-CLSC, système d'information du CHUS
DONNÉES RECUEILLIES AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS	CSSS, CHUS
PÉRIODICITÉ DE RECUEIL DES DONNÉES	Période 7, 10, 13
ATTENTES SIGNIFIÉES Cible chiffrée 2008-2009	<p>Réadaptation cardiaque : 3 rencontres individuelles par usager (pré-programme, mi-programme et fin de programme) puis, suivi téléphonique à 6 semaines, 3, 6 et 12 mois après la fin du programme.</p> <p>Insuffisance cardiaque : Un suivi individualisé est offert selon les besoins de la personne, la classe d'insuffisance cardiaque (classe 1 à 4) et le type d'établissement (avec ou sans urgence 24/7). Pas de cible</p> <p>Diabète : De l'enseignement et un suivi individualisé sont offerts selon les besoins de la personne et la sévérité de la maladie. Pas de cible</p>

SANTÉ PHYSIQUE
Maladies chroniques

R 1.9.3 E (suite)

MPOC : un contact aux six semaines et du support selon les besoins.
Cible : 8 interventions par usager par année.

Aucun
Non disponible

Seuil :

Écarts admissibles :

HISTORIQUE

Données disponibles depuis le 31 mars 2004 pour le programme de réadaptation cardiaque.

RESPONSABLES

Alimentation

CSSS, CHUS

Production

CSSS, CHUS

Analyse

Denyse Lamontagne, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Dernière mise à jour : 2008-05-22

SANTÉ PHYSIQUE
Maladies chroniques

Fiche R 1.9.4 S

**Nombre d'activités ponctuelles éducatives de groupe
au Programme de gestion des maladies chroniques**

DÉFINITION	Il s'agit du nombre d'activités ponctuelles éducatives de groupe (conférences) offertes par les différents intervenants de l'équipe de gestion des maladies chroniques pour les programmes de réadaptation cardiaque et le diabète.
UTILISATION/ INTERPRÉTATION	Cet indicateur permet de suivre l'évolution du nombre d'activités ponctuelles éducatives de groupe (conférences). Il servira également à calculer le nombre moyen de participants par activité.
Mise en garde :	
MÉTHODE DE CALCUL	Σ d'activités ponctuelles éducatives de groupe (conférences) du début de l'année à la date de fin de la période de transmission. Univers retenu : Profil de l'activité ponctuelle : 194 - diabète 196 - réadaptation cardiaque Type d'activité ponctuelle : 4 Raison de l'activité ponctuelle : 5 500 Mode de l'activité ponctuelle : 5
UNITÉ DE MESURE	Nombre
VENTILATION(S)	Par établissement Par profil
SOURCE D'INFORMATION	I-CLSC, système d'information du CHUS
DONNÉES RECUEILLIES AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS	CSSS, CHUS
PÉRIODICITÉ DE RECUEIL DES DONNÉES	Périodes 7, 10, 13
ATTENTES SIGNIFIÉES	Offrir des conférences aux personnes inscrites au Programme de gestion des maladies chroniques (volets réadaptation cardiaque et diabète).
Cible chiffrée 2008-2009 :	Aucune (suivi de programme)
Seuil :	Aucun
Écarts admissibles :	Non disponible
HISTORIQUE	Données disponibles depuis 2005-2006 pour le volet réadaptation cardiaque.
RESPONSABLES	
Alimentation	CSSS, CHUS
Production	CSSS, CHUS
Analyse	Denyse Lamontagne, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Dernière mise à jour : 2008-03-10

RÉFÉRENCES

- 1 Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, région 03. *Traité Santé : programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques : cadre de référence*, 3^e édition, 2007.
- 2 Ibid.
- 3 FALLEN, E.L. et autres. Traitement des patients ayant subi un infarctus du myocarde : rapport consensuel – Révision des lignes de conduite de la SCC formulées en 1991, *Canadian Journal of Cardiology*, 1995, 11 (8), 659-669.
- 4 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE, RÉGION 03. *Traité Santé : programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques : cadre de référence*, 3^e édition, 2007.
- 5 Ibid.
- 6 J. BARLOW ET AL, Self-Management “Approaches for People With Chronic Conditions : a Review, *Patient Education and Counseling*”, 2002
- 7 SHORTELL, S.M. et autres. *Remaking Health Care in America*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1996.
- 8 BOELEN, Charles. *Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.
- 9 BOLDUC, Nicole et autres. *Le programme intégré en santé cardiaque Sherbrooke/Sherbrooke PISC-SE) : un engagement Vers l'unité pour la santé*. Faculté de médecine comme Centre collaborateur de l’OMS, Centre de formation continue, Sherbrooke, 2001, p. 34-38.
- 10 SWAILS, S.H. et B.H. SOUTHARD. *Motivating and Empowering patients for self-learning*, tiré de Wenger N.K., Smith, L.K. Froelicher E.S., et Comoss, P.M. *Cardiac Rehabilitation: a Guide to Practice in the 21th Century*, New York : Decker inc., 1999, p. 371-383.
- 11 BECKER, M.H. *The Health Belief Model personal health behavior*. Health Education Monographs, 2, 1975.
- 12 BANDURA, A. *Self-Efficacy : Towards a fying theory of behavioral change*. Psychological Review, 1977, 84, 191-215.
- 13 LEFTCOURT, H.M. (1966). *Internal-external control of reinforcement*. A review Psychological Bulletin, 1966, 65, 206-220.
- 14 PROCHASKA, J.O. J.C. NORCROSS, J.C., DICLEMENTE, C.C. *Changing for good*, New York : Avon Books, 1994.
- 15 SHORTELL, S.M. et autres. (1993). *Creating organized delivery systems : The barriers and Facilitators*, Hospital and Health Services Administration, 1993, 38 (4), 447-461.
- 16 ROBINSON, K.R. *Envisioning a Network of Care for At-Risk Patients after Myocardial Infarction*, Journal of Cardiovascular Nursing, 1999, 14 (1), 75-78.

- ¹⁷ IGNASZEWSKI, A., S.A. LEAR. *Programme de réadaptation cardiaque*, Canadian Journal of Cardiology, 1999, vol. 15, suppl. G.
- ¹⁸ BOELEN, Charles, Paul GRAND'MAISON, A. SCHOFIELD, Nicole BOLDUC. *La stratégie l'Organisation Mondiale de la Santé Vers l'Unité pour la santé*. Faculté de médecine de Sherbrooke comme Centre collaborateur de l'OMS. Centre de formation continue, Faculté de médecine, Sherbrooke, (2001), p. 28-33.
- ¹⁹ PROCHASKA, J.O. J.C. NORCROSS, J.C., DICLEMENTE, C.C. *Changing for good*, New York : Avon Books, 1994.
- ²⁰ CANADIAN ASSOCIATION OF CARDIAC REHABILITATION. *Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Cardiovascular Disease Prevention*, première édition, 1999, Winnipeg, CARC.
- ²¹ HELLMAN, E.A. *Use of the stages of changes in exercise adherence model among older adults with a cardiac diagnosis*, Journal of Cardiopulmonary and Rehabilitation, 1997, 17 (3), 145-155.
- ²² HOULIHAN, G.D. *The Evaluation of the « Stages of change » model for use in counselling client's undergoing predictive testing for Huntington's disease*, Journal of Advanced Nursing, 1999, 29 (5), 1137-1143.
- ²³ JACOBSON, K.L., D.P. SHROEDER, T.A. JACOBSON. *Patient education and compliance*, tiré de Branch, W.I., Alexander, R.W., Schlant, R.C., Hurst, J.W., *Cardiology in Primary Care*, 2000, U.S.A. The McGraw-Hill Companies.
- ²⁴ PROCHASKA, J.O. J.C. NORCROSS, J.C., DICLEMENTE, C.C. *Changing for good*, New York : Avon Books, 1994.
- ²⁵ Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, région 03. *Traité Santé : programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques : cadre de référence*, 3^e édition, 2007.
- ²⁶ Ibid.
- ²⁷ Bernardo, R.J. *Clin Psychiatry* 2001 ; 62 : 406-12.
- ²⁸ Ibid.
- ²⁹ D. Ornish. *Love & Survival. The Scientific Basis for the Healing Power of Intimacy*, New York: Harper Colins Publishers, 1998.
- ³⁰ Centre de pastorale de la santé et des services sociaux (CPSSS). *Rapport d'enquête exploratoire des besoins spirituels et religieux des usagers de la région 03*. (Document en cours de rédaction)
- ³¹ S. Pacot. *L'évangélisation des profondeurs*, Paris, Éditions du Cerf, 1997, p. 19.
- ³² J.-G. Saint-Arnaud. *Quitte ton pays, l'aventure de la vie spirituelle*, Montréal, Médiaspaul, 2001, p. 26-27.
- ³³ B.M. Ashley, & K.D. Rourke. *Health Care Ethics. A theological Analysis* 4th Ed., Washinton DC., Georgetown University Press, 2000.

- ³⁴ K. L. Mauk, N. K. Schmidt. *Spiritual Care in Nursing Practice*, Philadelphia, Lippincott William & Wilkins, 2004.
- ³⁵ M.A., Burkhardt, & M.G.N. Jacobson, (2000). «Spirituality and Health», In B.M. Dossey, L. Keegan, & C.E. Guzzetta (Eds.), *Holistic Nursing: A handbook for Practice*, 3rd ed). Gaithersburg, MD: Aspen, 2000, p. 91-121.
- ³⁶ M. C. Earle. *Beginning Again. Benedictine Wisdom for Living with Illness*, Harrisburg, Morehouse Publishing, 2004.
- ³⁷ B. Garcea, *La voie du désir*, Montréal, Médiaspaul, 1997, p. 7-17.
- ³⁸ Centre de pastorale de la santé et des services sociaux (CPSSS). *Rapport d'enquête exploratoire des besoins spirituels et religieux des usagers de la région 03*, (document en cours de rédaction). Voir la section « contexte théorique de l'enquête exploratoire ».
- ³⁹ Ibid. Il s'inspire aussi de la «Grille de dépistage de l'historique spirituelle» de Puchalski et Romer publiée en 2000: Notez que les questions 2.3, 2.4 et 4.1 du tableau *Dépistage des besoins spirituels* sont directement tirées de cette grille.
- ⁴⁰ Van der Poel, C. J. *Sharing the Journey. Spiritual Assessment and Pastoral Response to Persons With Incurable Illnesses*, Minnesota, Collegeville, The Liturgical Press, 1998.
- ⁴¹ M.C. Earle. *Beginning Again. Benedictine Wisdom for Living with Illness*, Harrisburg, Morehouse Publishing, 2004.
- ⁴² K. L. Mauk, N. K. Schmidt, (2004). *Spiritual Care in Nursing Practice*, Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- ⁴³ Ibidem note 2.
- ⁴⁴ Site Web de Santé C. Les femmes et la santé cardiovasculaire : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits_cardio.htm.
- ⁴⁵ American Heart Association. *Circulation* 2004; 109 : 672-93.
- ⁴⁶ American Dietetic Association. *JADA* 2004; 104 :984-1001.
- ⁴⁷ NK. Wenger. Coronary Heart Disease; the Female Heart is Vulnerable. *Prog. Cardiovasc. Dis* 2003; 46 :199-229.
- ⁴⁸ N. Bello, L. Mosca. Epidemiology of Coronary Heart Disease in Women. *Prog. Cardiovasc. Dis* 2004; 46 :287-95.
- ⁴⁹ H. Meischke, MS. Eisenberg, SM Schaeffer, Sk. Damon, MP. Larsen, DK. Henwood. Utilization of Emergency Medical Services for Symptoms of Acute Myocardial Infarction. *Heart Lung* 1995; 24:11-8.
- ⁵⁰ Chizner MA. The Diagnosis of Heart Disease by Clinical Assessment Alone. *Curr Probl. Cardiol.* 2001; 26 :285-379.

- ⁵¹ JC. McSweeney, et al. «Women's Early Warning Symptoms of Acute Myocardial Infarction», *Circulation*, 2003; 108:2619-23.
- ⁵² JC. McSweeney et al. «Women's Early Warning Symptoms of Acute Myocardial Infarction», *Circulation* 2003;108
- ⁵³ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale. *Revue de littérature Santé des femmes*, avril 2005, p.33.
- ⁵⁴ J. Méthot, BA. Hamelin, P. Borgaty, M. Arsenault. S. Plante, P. Poirier. *Womens Health*, 2004;13(6):695-702.
- ⁵⁵ G. Mercurio, S. Zoncu, F. Dragoni, «Gender Differences in Cardiovascular Risk Factors», *Ital heart J*, 2003;4363-6.
- ⁵⁶ WI. Duvall. «Cardiovascular Disease in Woman», *Mt Sinai J Med*, 2003;70:293-305.
- ⁵⁷ Pour le programme gestion des maladies chroniques, le code est utilisé pour insuffisance cardiaque seulement.
- ⁵⁸ Ce code a été créé régionalement pour ces programmes et sera utilisé par l'infirmière du CSSS lors de la première rencontre d'évaluation avec l'utilisateur. Pour la réadaptation cardiaque, ce sera après le résultat de la stratification.
- ⁵⁹ Pour le programme gestion des maladies chroniques, le code est utilisé pour insuffisance cardiaque seulement
- ⁶⁰ Pour le programme gestion des maladies chroniques, le code est utilisé pour insuffisance cardiaque seulement
- ⁶¹ Utiliser le profil de la problématique de la majorité des participants
- ⁶² Pour le programme gestion des maladies chroniques, le code est utilisé pour insuffisance cardiaque seulement
- ⁶³ Utiliser le profil de la problématique de la majorité des participants