

**L'ENSEIGNEMENT SUR LA RÉCUPÉRATION FONCTIONNELLE POUR LES PATIENTS
HOSPITALISÉS POUR UN INFARCTUS DU MYOCARDE :
RECENSION DES RECOMMANDATIONS ET DES PRATIQUES**

Rapport d'examen rapide 10-14

Unité d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé
(UETMIS)

Novembre 2014

**L'ENSEIGNEMENT SUR LA RÉCUPÉRATION FONCTIONNELLE POUR LES PATIENTS
HOSPITALISÉS POUR UN INFARCTUS DU MYOCARDE :
RECENSION DES RECOMMANDATIONS ET DES PRATIQUES**

RAPPORT D'EXAMEN RAPIDE 10-14

préparé par

Brigitte Larocque, M. A.
Geneviève Asselin, M.Sc., M.B.A.
Martin Coulombe, M.Sc., M.A.P
Marc Rhainds, M.D., M.Sc., FRCSC

NOVEMBRE 2014

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ

www.chuq.qc.ca/fr/evaluation

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec.

COORDINATION

Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique, UETMIS

M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation, Direction de l'évaluation, de la qualité et de la planification stratégique (DEQPS)

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE

M^{me} Francine Daudelin, technicienne en administration, module Évaluation, DEQPS

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité de l'UETMIS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

Hôpital Saint-François-d'Assise du CHU de Québec

10, rue de l'Espinay

Québec (Québec) G1L 3L5

Téléphone : 418 525-4444 poste 54682

Courriel : francine.daudelin@chuq.qc.ca

Comment citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du CHU de Québec (UETMIS-CHU de Québec). L'enseignement sur la récupération fonctionnelle pour les patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde : recension des recommandations et des pratiques – Rapport d'examen rapide préparé par Brigitte Larocque, Geneviève Asselin, Martin Coulombe et Marc Rhainds (UETMIS 10-14) Québec, Novembre 2014, 23 p.

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.
Les photos et images utilisées dans ce document sont libres de droits d'auteur.

Copyright © 2014 UETMIS - CHU de Québec.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non commerciales, à condition que la source soit mentionnée.

FINANCEMENT

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMIS.

RESPONSABILITÉ

Ce document présente les informations répertoriées au 18 août 2014 selon la méthodologie de recherche documentaire développée. Ces informations ne remplacent pas le jugement du clinicien. Elles ne constituent pas une approbation ou un désaveu du mode d'intervention ou de l'utilisation de la technologie en cause. Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CHU de Québec, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, le CHU de Québec, les membres du groupe de travail de même que les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté par les membres de l'UETMIS.

SOMMAIRE

L'enseignement sur la récupération fonctionnelle après un infarctus du myocarde s'inscrit dans le continuum du processus de réadaptation cardiaque qui débute durant l'hospitalisation et se poursuit par la suite à l'extérieur de l'hôpital. L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) a été sollicitée afin de déterminer si l'enseignement sur la récupération fonctionnelle doit être prodigué durant l'hospitalisation du patient ayant subi un infarctus du myocarde. Les impacts sur la reprise des activités physiques et la qualité de vie de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle ne sont pas connus. Une recension des pratiques et des recommandations relatives à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle de même qu'une enquête auprès des centres hospitaliers universitaires québécois et d'instituts de cardiologie ont été réalisées. Dans les recommandations des principaux organismes concernés par la réadaptation cardiaque, le contenu, le moment (pendant ou après l'hospitalisation), par qui et comment transmettre l'information sur la récupération fonctionnelle ne sont pas spécifiés. Les pratiques relatives à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle dans les hôpitaux du CHU de Québec et dans les autres centres contactés ne sont pas uniformes. L'HDQ est le seul centre hospitalier parmi ceux consultés où des physiothérapeutes prodiguent un enseignement individuel sur la récupération fonctionnelle et réalisent un test de perception de la tolérance à l'effort. Il est recommandé au CHU de Québec de réviser et d'harmoniser les pratiques d'enseignement sur la récupération fonctionnelle pour les patients hospitalisés en raison d'un infarctus du myocarde.

1. INTRODUCTION

Les programmes d'éducation dispensés aux patients hospitalisés ayant subi un infarctus du myocarde portent habituellement sur le plan de traitement, le contrôle des facteurs de risque, les habitudes de vie et le retour aux activités normales, incluant les activités physiques de la vie courante et celles plus soutenues [1].

À L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ), un test de perception de la tolérance à l'effort et un enseignement sur la récupération fonctionnelle sont réalisés en face-à-face avec tous les patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST. Les physiothérapeutes sont parfois dans l'impossibilité, compte tenu des ressources limitées en physiothérapie et de la durée d'hospitalisation généralement courte après un infarctus du myocarde, de rencontrer tous les patients avant leur congé.

Dans ce contexte, le Service de physiothérapie du CHU de Québec se questionne à savoir si la rétention et l'efficacité d'un enseignement sur la récupération fonctionnelle, dispensé auprès d'une clientèle hospitalisée venant de subir un infarctus du myocarde, sont démontrées. L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) a été sollicitée afin d'évaluer la pertinence de réaliser cette intervention en phase subaigüe, soit pendant l'hospitalisation du patient.

2. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION

2.1 Question décisionnelle

Est-ce que le CHU de Québec doit offrir un enseignement sur la récupération fonctionnelle pendant l'hospitalisation des patients ayant subi un infarctus du myocarde ?

2.2 Questions d'évaluation

1. Quelles sont les recommandations des principaux organismes professionnels et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) quant à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle auprès de cette clientèle ?
2. Quelles sont les pratiques des instituts de cardiologie et des autres établissements de santé universitaires en matière d'enseignement sur la récupération fonctionnelle ?
3. Quels sont les avantages et les inconvénients liés au fait de transmettre ou non les informations qui traitent de la récupération fonctionnelle pendant l'hospitalisation du patient ?

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Recherche documentaire

Comme aucune étude n'a porté sur l'évaluation de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle, la recherche documentaire a visé à identifier les guides de pratique fondés sur des données probantes ou des avis d'experts qui ont abordé la question de la récupération fonctionnelle des patients cardiaques. Des sites Internet d'organismes en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) ainsi que ceux d'associations professionnelles ont également été consultés. La liste des organismes, des associations professionnelles et des bases de données considérés est présentée à l'Annexe 1 et les stratégies de recherche documentaire utilisées dans Medline (via PubMed) et CINAHL, à l'Annexe 2. Les bibliographies des documents pertinents ont aussi été examinées pour identifier d'autres références d'intérêt. Les critères d'éligibilité utilisés pour procéder à la sélection et à l'analyse des documents de même que les éléments recherchés dans ces documents sont présentés au Tableau 1.

Tableau 1. Critères d'éligibilité

Critères d'inclusion	
Population	Patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde
Intervention	Enseignement sur la récupération fonctionnelle durant l'hospitalisation
Types de documents	Guides de pratique ou avis d'experts
Éléments recherchés	Contenu de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle Format Intervenant qui l'administre Moment de l'intervention (durant ou après l'hospitalisation) Clientèle visée
Critères d'exclusion	
Langue : autre que le français ou l'anglais	
Limites	
Période couverte : 1 ^{er} janvier 2009 au 18 août 2014	

3.1.1 Sélection des guides de pratique

La sélection des documents identifiés lors de la recherche documentaire a été effectuée de manière indépendante par deux évaluateurs (B.L. et G.A.) à partir des titres et des résumés.

3.1.2 Évaluation de l'éligibilité et de la qualité des documents

L'évaluation de l'éligibilité a été effectuée par deux évaluateurs (B.L. et G.A.) de façon indépendante à partir du contenu des guides de pratique retenus à l'étape de la sélection. La pertinence des guides de pratique a été déterminée en fonction des critères d'éligibilité (Tableau 1). La qualité des documents a été évaluée dans sa globalité et une attention particulière a été portée à la présence de certains critères de la grille AGREE [2]. La liste des documents exclus et des raisons d'exclusion est présentée à l'Annexe 3.

3.1.3 Extraction des données

L'extraction des données a été réalisée de façon indépendante par deux évaluateurs (B.L. et G.A.) et les désaccords ont été réglés par une discussion entre les évaluateurs. Au besoin, un troisième évaluateur a été consulté pour fin de consensus (M.R.).

3.2 Description des pratiques

Une enquête par entrevues a été réalisée auprès de trois instituts de cardiologie et auprès des centres hospitaliers universitaires du Québec. L'objectif de l'enquête était de décrire les pratiques en cours relatives à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle auprès de la clientèle hospitalisée pour un infarctus du myocarde. Le schéma d'entrevue utilisé est présenté à l'Annexe 4.

3.3 Contextualisation

Un groupe de travail interdisciplinaire a été constitué pour contribuer à l'identification des enjeux et des dimensions à considérer dans la démarche d'évaluation et la prise de décision. La composition de ce groupe de travail est précisée à l'Annexe 5. Une synthèse des connaissances a été présentée et discutée avec ce groupe de travail afin de dégager les principaux constats issus de la démarche d'évaluation.

3.4 Révision et approbation

Ce rapport d'examen rapide a été révisé et adopté par les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS (Annexe 5) lors de sa réunion du 28 octobre 2014.

4. GÉNÉRALITÉS

Réadaptation cardiaque et programmes d'éducation

Selon les plus récentes données disponibles, les maladies du cœur et les accidents vasculaires-cérébraux (AVC) constituent la principale cause d'hospitalisation et sont responsables de 16,9 % de toutes les hospitalisations au Canada (19,8 % chez les hommes et 14,0 % chez les femmes) [3]. Au Québec, plus de 35 000 patients subissent annuellement une intervention en cardiologie tertiaire, ce qui occasionne des coûts directs totalisant près de 500 millions de dollars par année [4]. En plus de recevoir des soins spécialisés et adaptés à leur condition, ces patients doivent bénéficier d'une réadaptation cardiovasculaire ciblée. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la réadaptation cardiaque des patients se définit comme l'ensemble des activités nécessaires pour assurer une condition physique, mentale et sociale optimale et permettre d'occuper une place aussi normale que possible dans la société [5]. La réadaptation cardiaque s'inscrit dans un processus de prévention secondaire qui vise à diminuer le risque de récidive suivant un événement ou un diagnostic de maladie cardiovasculaire [4]. Elle se compose habituellement de trois éléments principaux : des activités physiques, un soutien psychologique et de l'éducation [6].

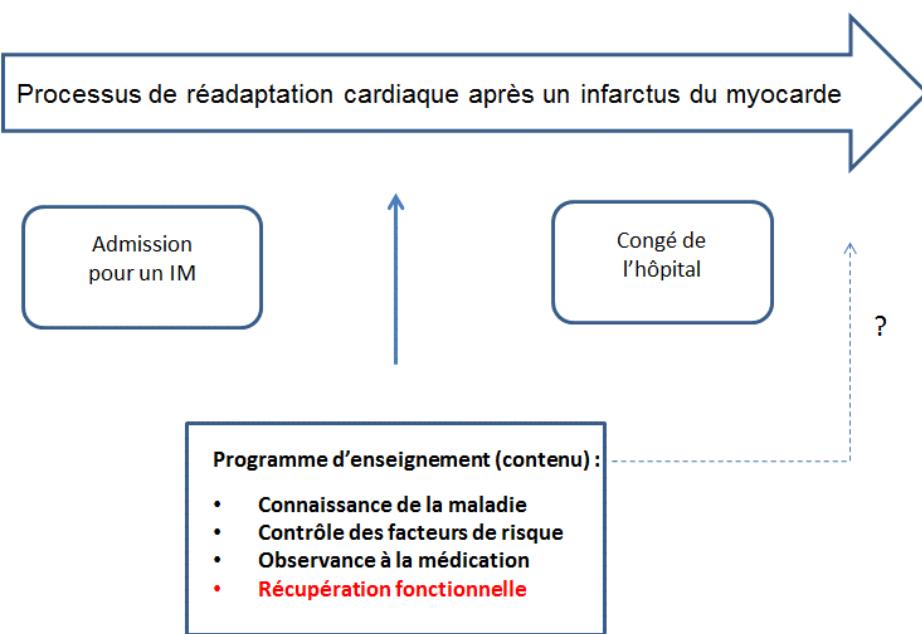
L'éducation qui est prodiguée à la clientèle en cardiologie aborde plusieurs aspects. Ainsi, les programmes d'éducation dispensés aux patients hospitalisés ayant subi un infarctus du myocarde portent habituellement sur le plan de traitement, le contrôle des facteurs de risque, les habitudes de vie et le retour aux activités normales, incluant les activités physiques de la vie courante et celles plus soutenues [1]. Certains organismes recommandent que la réadaptation cardiaque débute le plus tôt possible après l'admission et avant l'obtention du congé hospitalier [1, 7].

Une revue systématique portant sur les programmes d'éducation offerts dans le cadre de la prise en charge des patients ayant une maladie cardiaque a été publiée en 2011 par la Collaboration Cochrane [8]. Les auteurs de cette revue ont conclu qu'il n'était pas possible de déterminer si ces programmes sont efficaces pour réduire la mortalité, la morbidité et les récidives d'événements cardiovasculaires. Par contre, des effets positifs sur certains éléments de la qualité de vie ont été rapportés. Les 13 programmes recensés dans cette analyse étaient des programmes individuels et de groupe. Aucune analyse portant spécifiquement sur l'enseignement sur la récupération fonctionnelle n'était réalisée. De plus, tous les programmes évalués étaient dispensés après le congé de l'hôpital et non durant l'hospitalisation. Le moment de l'administration de l'enseignement n'est pas anodin. En phase subaigüe, le patient se retrouve en effet dans un état psychologique particulier. L'infarctus du myocarde survient généralement de façon inopinée, souvent chez des sujets apparemment sains, et provoque une atteinte physique importante. Il a été décrit comme une expérience traumatisante, s'accompagnant d'une charge émotionnelle importante et d'un sentiment de perte de contrôle [8]. Conséquemment, la capacité de rétention d'un programme d'enseignement sur la récupération fonctionnelle pourrait ne pas être optimale en phase subaigüe.

Enseignement offert aux patients ayant subi un infarctus du myocarde hospitalisés à L'HDQ du CHU de Québec

L'enseignement qui est offert aux patients hospitalisés à L'HDQ pour un infarctus du myocarde est issu du programme général d'enseignement pour la clientèle en cardiologie du CHUQ développé en 2007. Ce programme propose une approche interdisciplinaire et systématique qui vise à assurer le suivi clinique et la diffusion de l'information auprès du patient. Le but du programme est de "développer les connaissances, les habiletés et les attitudes nécessaires au maintien de la qualité de vie optimale." Plusieurs thèmes y sont abordés, et ce, dans une perspective de soins et de services centrée sur les besoins de la personne. L'ensemble du programme est dispensé pendant l'hospitalisation du patient. Dans le cadre de ce programme, une séance d'enseignement est prévue avec un physiothérapeute pour les patients ayant subi un infarctus avec élévation du segment ST (STEMI) afin de les guider dans la reprise des activités fonctionnelles (Figure 1). Cet enseignement traite du type d'activités, de la progression dans la reprise des activités, de la perception de l'effort, du dosage des activités ainsi que des symptômes anormaux lors des exercices. De plus, une évaluation de la tolérance à l'effort est réalisée pendant laquelle plusieurs paramètres sont monitorés (fréquence cardiaque, tension artérielle, saturation, perception de l'effort selon l'échelle de Borg [9]). Cette évaluation est réalisée lorsque le patient est au repos, marche ou monte des escaliers, afin d'estimer son niveau de tolérance à l'effort. En se basant sur les admissions à L'HDQ pour un diagnostic d'infarctus du myocarde, le nombre total de patients susceptibles d'avoir reçu cet enseignement et cette évaluation s'élevait à 109 en 2010-2011, 188 en 2011-2012 et 192 en 2012-2013. De plus, à L'HDQ, un test à l'effort sur tapis roulant est généralement réalisé par le cardiologue traitant avant le congé du patient hospitalisé pour un infarctus du myocarde. La récupération fonctionnelle peut alors être abordée par le cardiologue.

Figure 1. Programme d'enseignement pour la clientèle en cardiologie au CHU de Québec

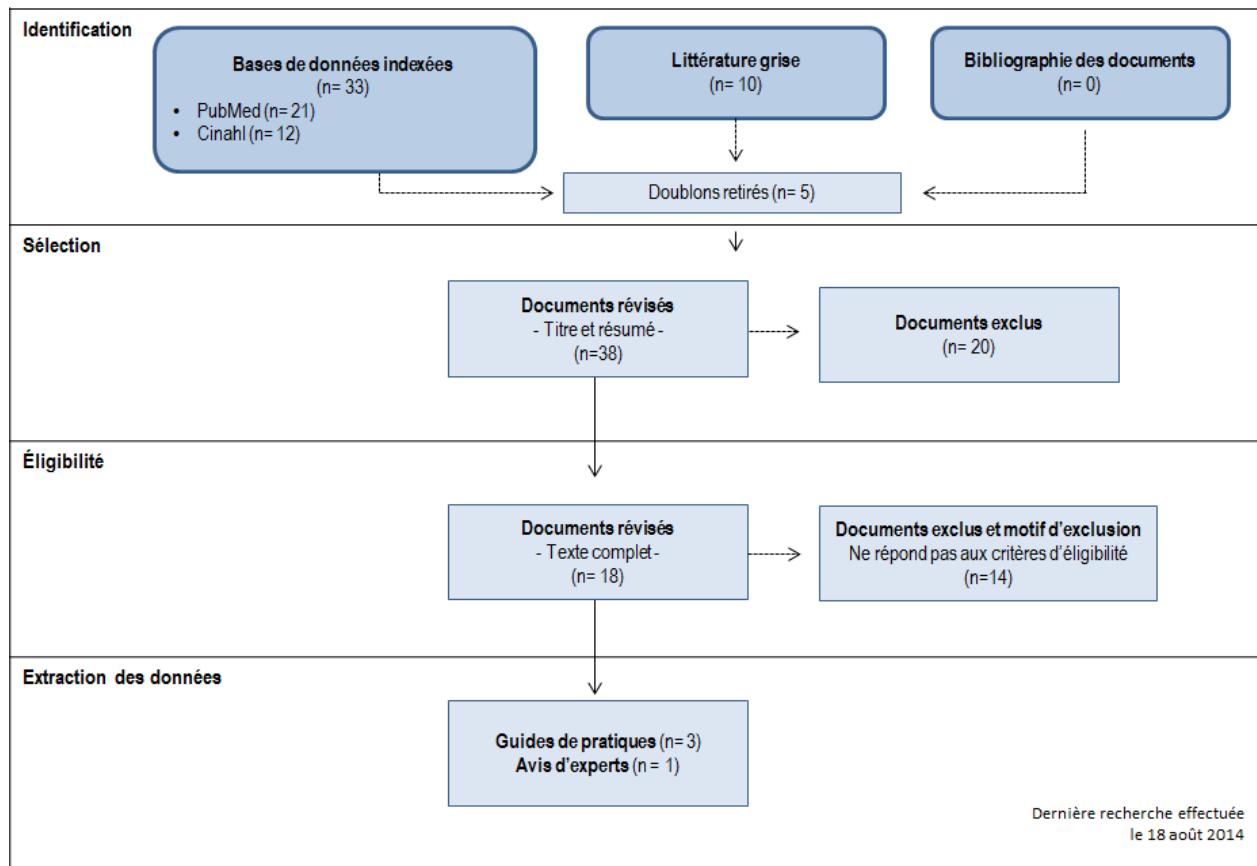


5. RÉSULTATS

5.1 Résultats de la recherche documentaire

La stratégie de recherche a permis d'identifier trois guides de pratique [7, 10, 11] et un avis d'experts [12] traitant de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle et répondant aux critères d'éligibilité de la présente évaluation (Figure 1).

Figure 1. Diagramme de sélection des documents



Dans le cadre des recommandations générales pour la réadaptation cardiaque, certains organismes ont émis des recommandations plus spécifiques à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle. Ces recommandations sont présentées au Tableau 2. On constate que le contenu de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle qui devrait être transmis aux patients n'est pas précisé dans ces recommandations. Bien que deux organismes mentionnent que la réadaptation cardiaque générale devrait commencer avant le congé de l'hôpital [7, 12], le moment précis pour l'enseignement traitant spécifiquement sur la récupération fonctionnelle n'est pas spécifié. Il est à noter que ces recommandations sur la reprise des activités physiques sont basées sur des avis d'experts, des séries de cas, les pratiques standards [7, 10-12] ou encore sur des études évaluant des programmes d'éducation plus larges [7].

Tableau 2. Synthèse des recommandations relatives à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle issues des guides de pratique et avis d'experts

Organisme, année [référence]	Recommandations
Guides de pratique	
SIGN, 2010 [10]	Il faut enseigner aux patients à utiliser une échelle de perception de l'effort afin de lui permettre de doser l'intensité de ses activités
ACCF-AHA, 2013 [11]	Un plan de traitement clair et détaillé promulguant l'observance à la médication, une diète et des activités physiques adéquates devrait être fournis aux patients ayant subi un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI)
NICE, 2013 [7]	Il faut enseigner aux patients à utiliser une échelle de perception de l'effort pour les aider à estimer la demande physiologique. L'avis d'un expert peut être nécessaire pour les patients ayant eu des complications
La réadaptation cardiaque doit débuter avant le congé de l'hôpital	
Avis d'experts	
EACPR, 2010 [12]	L'enseignement concernant les facteurs de risque et l'activité physique peut débuter la journée suivant une intervention simple

SIGN : *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*

ACCF-AHA : *American College of Cardiology Foundation / American Heart Association*

NICE : *National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni)*

EACPR : *European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*

5.2 Résultats de l'enquête

Une enquête par entrevues téléphoniques a été réalisée entre le 25 août et le 8 septembre 2014. Au total, 11 répondants de trois instituts de cardiologie (Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), Institut de cardiologie de Montréal (ICM) et Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (ICUO)) et des quatre centres hospitaliers universitaires ont participé à l'enquête. Les répondants étaient des physiothérapeutes ($n = 4$), des infirmières-chefs ou assistantes-infirmières-chefs ($n = 3$), des infirmiers-cliniciens spécialisés en cardiologie ($n = 3$) ou conseiller-cadre ($n = 1$). Les pratiques relatives à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle sont synthétisées ci-après pour : 1) les hôpitaux du CHU de Québec (Tableau 3), 2) les autres centres universitaires (Tableau 4) et 3) les instituts de cardiologie (Tableau 5). Les raisons invoquées pour les diverses façons de faire sont également rapportées.

L'enseignement sur la récupération fonctionnelle au CHU de Québec

Les pratiques en cours relatives à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle dans les hôpitaux du CHU de Québec qui disposent de lits en cardiologie sont résumées au Tableau 3. On constate que dans tous les hôpitaux, un document écrit est remis par une infirmière. Le contenu de ce document est sensiblement similaire dans les différents hôpitaux. À L'HDQ, une intervention supplémentaire est réalisée pour les patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST, soit une rencontre individuelle avec un physiothérapeute. Durant cette rencontre, un test de perception de la tolérance à l'effort (échelle de Borg) est également effectué. C'est aussi le seul hôpital où la perception de l'effort semble abordée dans le contenu enseigné aux patients. Dans les autres hôpitaux, les patients qui ont subi une perte d'autonomie associée à l'infarctus du myocarde (HSFA, CUSM) ou ayant une fonction cardiaque altérée (ICM) rencontrent un physiothérapeute sur référence du cardiologue. Ces patients sont également priorisés à L'HDQ. Dans tous les établissements, les patients de la région de Québec sont référés à une ressource externe telle que le Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques, le programme « Traité santé », ou à d'autres ressources pour la poursuite de la réadaptation cardiaque.

Tableau 3. Description sommaire des pratiques relatives à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle dans les hôpitaux du CHU de Québec

	L'HDQ	CHUL	HSFA	HEJ
Format	rencontre individuelle et document écrit	document écrit ^f	document écrit ^{f,a}	document écrit ^f
Administration	physiothérapeute et infirmière	remis par infirmière	remis par infirmière	remis par infirmière
Contenu	reprise des AVQ perception de l'effort dosage des activités symptômes anormaux	reprise des AVQ retour au travail conduite automobile	--	reprise des AVQ identification DRS conduite automobile
Clientèle visée	IM avec élévation du segment ST / maladie coronarienne	maladie coronarienne	maladie coronarienne	maladie coronarienne
Test de perception de tolérance à l'effort par un physiothérapeute	oui	non	non	non
Référence à l'externe pour la réadaptation cardiaque	oui	oui	oui	oui

AVQ : activités de la vie quotidienne, DRS : douleur rétro-sternale, IM : infarctus du myocarde

^f document écrit : brochure, livret ou guide

^a Un enseignement sur la récupération fonctionnelle est prodigué uniquement pour les patients référés en physiothérapie en raison d'une perte d'autonomie

L'enseignement sur la récupération fonctionnelle dans les autres centres universitaires

L'enseignement sur la récupération fonctionnelle dans les trois autres centres universitaires est prodigué sous format d'un document écrit remis par une infirmière (Tableau 4). Le contenu de l'enseignement offert aux patients hospitalisés pour une maladie coronarienne est sensiblement le même dans ces établissements. Dans aucun établissement, un physiothérapeute ne réalise de test de perception de la tolérance à l'effort. De plus, tous réfèrent les patients à diverses ressources externes de réadaptation cardiaque de leur région.

Tableau 4. Description sommaire des pratiques relatives à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle dans les autres centres universitaires du Québec

	CUSM	CHUS	CHUM
Format	document écrit ^f	document écrit ^f	vidéo et document écrit ^f
Administration	remis par infirmière	remis par infirmière	Remis par infirmière
Contenu	reprise des AVQ conduite automobile critères pour demander assistance	reprise des AVQ dosage des activités retour au travail conduite automobile	reprise des AVQ retour au travail symptômes anormaux perception de l'effort conduite automobile
Clientèle visée	maladie coronarienne	maladie coronarienne	maladie coronarienne
Test de perception de tolérance à l'effort par un physiothérapeute	non	non	non
Référence à l'externe pour la réadaptation cardiaque	oui	oui	oui

AVQ : activités de la vie quotidienne

^f document écrit : brochure, livret ou guide

L'enseignement sur la récupération fonctionnelle dans les instituts de cardiologie

Les pratiques relatives à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle se présentent sous différents formats dans les trois instituts de cardiologie contactés (Tableau 5). À l'IUCPQ et à l'ICM les informations sont transmises via un document écrit remis par une infirmière. À l'ICM, l'infirmière regarde avec le patient le livret remis. À l'ICUO la majeure partie du contenu de l'enseignement est prodigué dans le cadre de rencontres en groupe (« *discharge class* ») où sont également invités les

proches ou la famille du patient. Les répondants de deux instituts de cardiologie ont spécifié qu'un physiothérapeute pouvait être impliqué dans le suivi des patients ayant des atteintes fonctionnelles sévères (IUCPQ, ICUO). Aucun test de perception de la tolérance à l'effort n'est effectué par un physiothérapeute dans les trois instituts. Les aspects de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle qui sont abordés concernent la douleur reliée à l'angine ou la reconnaissance des signes d'intolérance à l'effort, le retour au travail, la conduite automobile et la reprise des activités quotidiennes. Tous les répondants ont spécifié que des programmes de réadaptation cardiaque à l'externe étaient proposés à leurs patients. À l'IUCPQ, la participation au programme de réadaptation cardiaque offert au Pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC) est fortement recommandée pour tous les patients hospitalisés pour un problème coronarien (angine instable, infarctus, angioplastie ou pontage). Une infirmière de liaison prend le premier rendez-vous du patient au PPMC.

Tableau 5. Description sommaire des pratiques relatives à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle dans les instituts de cardiologie contactés

	IUCPQ	ICM	ICUO
Format	document écrit ^f	document écrit ^f	vidéo et enseignement de groupe ^a
Administration	remis par infirmière	remis par infirmière	par une infirmière
Contenu	retour au travail conduite automobile douleur d'angine	reprise des AVQ retour au travail évaluation de l'intensité signe d'intolérance à l'effort douleur d'angine	reprise des AVQ retour au travail signe d'intolérance à l'effort douleur d'angine
Clientèle visée	hémodynamie	maladie coronarienne	maladie coronarienne
Test de perception de tolérance à l'effort par un physiothérapeute	non	non	non
Référence à l'externe pour la réadaptation cardiaque	oui	oui	oui

AVQ : activités de la vie quotidienne,

^f document écrit : brochure, livret ou guide

^a rencontre individuelle avec un physiothérapeute sur référence d'un cardiologue

Raisons invoquées par les répondants pour les pratiques en place

Les principales raisons qui ont été rapportées par les répondants de l'enquête pour appuyer leurs pratiques relatives à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle en cardiologie sont présentées au Tableau 6. Tous les répondants considèrent que le mode d'organisation en place est bien adapté à la condition psychologique des patients hospitalisés pour un infarctus et que ces derniers sont généralement réceptifs et disposés à recevoir cet enseignement, et ce, pour tous les modèles d'organisation de services. Les ressources professionnelles limitées, la nécessité de prioriser et synthétiser l'ensemble des informations à transmettre, de même que la courte durée de l'hospitalisation ont été mentionnées parmi les principaux déterminants par les répondants des instituts et des centres universitaires où l'enseignement est réalisé à partir de documents écrits.

D'autres arguments plus spécifiques à un modèle en particulier d'organisation ont également été invoqués. Ainsi, l'enseignement par une approche individualisée serait plus sécuritaire compte tenu de la condition physique du patient en phase subaigüe (L'HDQ). L'enseignement de groupe permettrait quant à lui d'impliquer les proches ou la famille dès le début de la réadaptation cardiaque (ICUO). Les répondants d'un établissement où l'enseignement s'effectue via la remise d'un document écrit ont rapporté que cette approche était privilégiée puisqu'elle permettait de responsabiliser le patient (ICM) ou encore par le fait que les patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde constituaient une clientèle peu fréquente (HSFA). La principale raison rapportée pour la réalisation du test de perception de la tolérance à l'effort effectué par un physiothérapeute à L'HDQ est la sécurité des patients.

Tableau 6. Raisons rapportées par les répondants de l'enquête pour les pratiques relatives à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle en cardiologie selon le modèle d'organisation

	Enseignement individuel	Enseignement en groupe	Remise d'un document écrit ou vidéo
Adaptée à la condition psychologique du patient	✓	✓	✓
Nécessité de prioriser et synthétiser		✓	✓
Ressources professionnelles limitées		✓	✓
Courte durée d'hospitalisation			✓
Approche plus individualisée	✓		
Permet d'impliquer la famille ou les proches		✓	
Permet de responsabiliser le patient			✓
Patients post-IM : clientèle peu fréquente			✓
Mieux adaptée à la condition physique du patient en phase subaigüe (sécurité)	✓		

6. DISCUSSION

La recension des guides de pratique clinique et des avis d'experts, l'enquête auprès d'instituts de cardiologie et des centres hospitaliers universitaires de même que les échanges avec les membres du groupe de travail ont mené aux constats suivants :

1. La pertinence de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle après un infarctus du myocarde fait consensus mais les modalités et le contenu de cet enseignement ne sont pas bien définis

L'enseignement sur la récupération fonctionnelle constitue un élément de la réadaptation cardiaque qui fait consensus. Il est en effet recommandé par des organismes professionnels en cardiologie et sa pertinence est reconnue par les milieux de soins en cardiologie. Toutefois, les recommandations émises par ces organismes sont peu précises quant au contenu de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle à privilégier de même que sur le moment le plus propice pour transmettre ces informations (avant ou après le congé de l'hôpital), par qui et comment. Les résultats de l'enquête ont également permis de constater que les pratiques en cours dans les centres contactés ne sont pas uniformes et la disponibilité des ressources professionnelles est invoquée par la majorité des centres contactés pour expliquer le format privilégié de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle. La spécificité de certaines clientèles hospitalisées après un infarctus du myocarde dans l'un ou l'autre des hôpitaux du CHU de Québec a également été soulevée. L'évaluation objective de cet aspect n'était toutefois pas l'objet du présent rapport.

2. La place de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle dans le processus de réadaptation cardiaque : une emphase sur les ressources externes

Plusieurs éléments indiquent que le temps consacré à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle et la reprise des activités physiques après un infarctus du myocarde est minimal en cours d'hospitalisation et que l'emphase pour la prise en charge des patients semble davantage mise sur les programmes externes de réadaptation cardiaque. Tout d'abord, les ressources en physiothérapie et en réadaptation sont limitées dans la majorité des centres hospitaliers. Dans ce contexte, il semble justifié d'utiliser judicieusement l'expertise en physiothérapie pour des services à haute valeur ajoutée pour les patients. En ce sens, certains centres ciblent des sous-groupes de patients pour lesquels l'intervention d'un physiothérapeute, sur référence du cardiologue, est requise. De plus, la courte durée de l'hospitalisation après un infarctus du myocarde, qui s'applique à une large proportion des patients, contribue à la difficulté de trouver le temps nécessaire à consacrer pour l'enseignement sur la récupération fonctionnelle. En effet, le contenu de l'information à transmettre en cours d'hospitalisation aux patients ayant subi un infarctus du myocarde est multiple, incluant le plan de traitement, l'observance de la médication et le contrôle des facteurs de risque, ce qui oblige à prioriser certains contenus. Par ailleurs, bien que cet aspect n'ait pas été abordé dans le présent rapport, il apparaît important de considérer d'autres dimensions telles que l'accessibilité et le contenu des programmes externes de réadaptation cardiaque. Néanmoins, la référence à des ressources externes de réadaptation cardiaque durant la période d'hospitalisation devrait constituer un jalon du parcours du processus de réadaptation cardiaque entrepris durant et se poursuivant après l'hospitalisation.

3. L'impact de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle après un infarctus du myocarde n'est pas connu

Si la pertinence de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle n'est pas remise en question, ses impacts n'ont pas été spécifiquement étudiés. Les données disponibles ne permettent pas en effet d'évaluer l'impact de cet enseignement sur la reprise des activités physiques ou sur la qualité de vie des patients, et ce, peu importe le format privilégié (en groupe, individuel ou par la remise d'information écrite). La rétention des informations transmises aux patients durant leur hospitalisation n'est également pas connue. Les données disponibles ne permettent pas non plus de déterminer l'ensemble des avantages et inconvénients associés aux différentes modalités d'administration de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle. Par conséquent, d'un point de vue strictement scientifique, il n'est pas possible de prétendre à la supériorité de l'une ou l'autre des approches pour la transmission de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle en cardiologie. L'évaluation de l'efficacité de ce type d'intervention prodiguée demeure pertinente et devrait permettre de répondre aux nombreuses interrogations soulevées dans le présent rapport concernant la teneur et l'intensité de l'enseignement transmis à l'hôpital dans le continuum de réadaptation cardiaque. Il serait également pertinent de chercher à obtenir le point de vue des patients eux-mêmes envers l'enseignement sur la récupération fonctionnelle après un infarctus du myocarde. Une telle démarche pourrait aider à mieux documenter et comprendre le processus complexe d'acquisition et d'appropriation de l'information par les patients en phase subaigüe d'un infarctus du myocarde. Elle permettrait également de contribuer à la

définition du contenu et du format que devrait prendre l'enseignement sur la récupération fonctionnelle. La révision future de l'offre de services d'enseignement sur la récupération fonctionnelle en postinfarctus qui pourra s'en suivre devrait viser avant toute chose à améliorer l'expérience des patients et à centrer les interventions sur leurs besoins et attentes. Il s'agit d'ailleurs d'une orientation priorisée par le CHU de Québec dans le cadre de sa planification stratégique 2014-2020.

7. RECOMMANDATIONS

Considérant que:

- la pertinence de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle fait consensus;
- les guides de pratique ne précisent pas le contenu, le moment (pendant ou après l'hospitalisation), par qui et comment transmettre l'information sur la récupération fonctionnelle;
- les centres hospitaliers consultés font de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle mais le contenu et le mode de transmission sont différents d'un centre à l'autre;
- les pratiques en matière d'enseignement sur la récupération fonctionnelle au CHU de Québec ne sont pas uniformes;
- L'HDQ est le seul centre hospitalier parmi ceux consultés où des physiothérapeutes prodiguent un enseignement individuel sur la récupération fonctionnelle et réalisent un test de perception de la tolérance à l'effort pour les patients ayant subi un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST;
- les impacts sur la reprise des activités physiques et la qualité de vie de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle ne sont pas connus;
- les ressources en physiothérapie et en réadaptation au CHU de Québec sont limitées et que leur allocation doit s'inscrire en concordance avec la mission de l'établissement;
- le CHU de Québec a fait de l'amélioration de l'expérience patient une priorité de sa planification stratégique 2014-2020.

Il est recommandé au CHU de Québec de réviser les pratiques d'enseignement sur la récupération fonctionnelle pour les patients hospitalisés en raison d'un infarctus du myocarde et de procéder à une harmonisation de ces dernières dans ces différents hôpitaux.

Cette révision devrait tenir compte de la disponibilité des ressources professionnelles et des clientèles des différents hôpitaux du CHU de Québec, des coûts associés aux différentes modalités et de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle dispensé dans le cadre de programmes à l'externe. Une démarche concertée et interdisciplinaire impliquant des représentants de tous les professionnels impliqués dans l'enseignement sur la récupération fonctionnelle des patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde (cardiologue, physiothérapeute, infirmière) devrait être privilégiée. Le format et le contenu de l'enseignement sur la récupération fonctionnelle de même que l'allocation des ressources en physiothérapie et en réadaptation à prévoir en cours d'hospitalisation pourraient ainsi être modulées en fonction de critères permettant de cibler des patients (par exemple ceux qui ont des atteintes fonctionnelles) pour lesquels les interventions seraient le plus bénéfiques. On pourrait ainsi décider de développer des programmes d'enseignement sur la récupération fonctionnelle impliquant les physiothérapeutes pour une clientèle précise pour qui cette intervention serait la plus pertinente. La révision des pratiques en matière d'enseignement devrait permettre de préciser les éléments suivants :

- ✓ Contenu des informations pertinentes sur la récupération fonctionnelle à transmettre au patient durant son hospitalisation;
- ✓ Mode de transmission à privilégier (individuel, en groupe, via support écrit ou vidéo);
- ✓ Professionnels de la santé responsables de transmettre ces informations aux patients.

Cette révision constitue une opportunité pour évaluer le bénéfice retiré par le patient et la rétention des informations transmises. Le Bureau de l'évaluation de l'expérience patient (BEEP) pourrait être mis à contribution dans cette démarche.

8. CONCLUSION

La présente évaluation visait à déterminer quelle devrait être l'approche à privilégier au CHU de Québec quant à l'enseignement sur la récupération fonctionnelle pour les patients hospitalisés après un infarctus du myocarde. La révision et l'harmonisation des pratiques préconisées entre les différents hôpitaux du CHU de Québec devrait viser à définir et à implanter la meilleure stratégie pour l'allocation de l'expertise dans un contexte de ressources limitées tout en assurant une prestation de soins et de services centrée sur les besoins des patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde. Le défi d'une telle démarche est d'innover afin de continuer à fournir des soins de santé et des services de qualité aux patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde et contribuer adéquatement au continuum du processus de réadaptation cardiaque.

Annexe 1. Sites Internet consultés et résultats de la recherche dans la littérature grise

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat n
Mots-clés				
Sites en anglais : cardiac rehabilitation, counseling, secondary prevention, patient education				
Sites en français : réadaptation cardiaque, éducation, enseignement				
Sites Internet généraux visités				
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	États-Unis	http://www.ahrq.gov/	1
HAS	Haute Autorité de Santé	France	http://www.has-sante.fr/	0
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	Canada (Québec)	http://www.inesss.qc.ca/	0
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé	Belgique	http://www.kce.fgov.be/	1
MSAC	<i>Medical Services Advisory Committee</i>	Australie	http://www.msac.gov.au/	0
NGC	<i>National Guidelines Clearinghouse</i>	États-Unis	http://www.guidelines.gov/	4
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>	Royaume-Uni	http://www.nice.org.uk/	1
OHTAC	<i>Ontario Health Technology Advisory Committee</i>	Canada (Ontario)	http://www.hqontario.ca/evidence/publications-and-ohtac-recommendations	0
OMS	Organisation mondiale de la Santé	International	http://www.who.int/fr/	0
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>	Écosse	http://www.sign.ac.uk/	1
Sites Internet d'organismes et d'associations professionnelles spécifiques au sujet				
AACPR	<i>American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation</i>	États-Unis	https://www.aacypr.org/Default.aspx	0
ACC	<i>American College of Cardiology</i>	États-Unis	https://www.cardiosource.org/acc	2
ACP	Association canadienne de physiothérapie	Canada	http://www.physiotherapy.ca/Home	0
ACRC	Association canadienne de réadaptation cardiaque	Canada	http://www.cacr.ca/francais/index.cfm?languageChange=francais	0
AHA	<i>American Heart Association</i>	États-Unis	https://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/ByTopic/TopicsA-C/ACCAHA-Joint-Guidelines_UCM_321694_Article.jsp	2
APTA	<i>American Physical Therapy Association</i>	États-Unis	http://www.apta.org/	0
BACPR	<i>British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation</i>	Angleterre	http://www.bacpr.com/pages/default.asp	1
BCS	<i>British cardiovascular society</i>	Angleterre	http://www.bcs.com/pages/default.asp	1
CCS	<i>Canadian Cardiovascular Society</i>	Canada	http://www.ccs.ca/index.php/fr/accueil	0
CSANZ	<i>The cardiac society of Australia and New Zealand</i>	Australie/Nouvelle-Zélande	http://www.csanz.edu.au/	0
ESC	<i>European Society of Cardiology</i>	France	http://www.escardio.org/Pages/index.aspx	1
ICCP	<i>International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation</i>	International	https://globalcardiacrehab.com/	0
RQCT	Réseau québécois de cardiologie tertiaire	Canada (Québec)	http://www.rqct.qc.ca/index.php?accueil	1
SCPE	Société canadienne de physiologie de l'exercice	Canada	http://www.csep.ca/francais/view.asp?x=1	0
SFC	Société française de cardiologie	France	http://www.sfc cardio.fr/	2
Nombre de documents répertoriés				18
Doublon retirés				8
Nombre de documents sélectionnés				10

Annexe 2. Stratégies de recherche documentaire

Medline (Pubmed)

- #1 "Patient Education as Topic"[Mesh] OR "Coronary Disease/prevention and control"[Mesh] OR "Coronary Disease/rehabilitation"[Mesh] OR "Secondary Prevention"[Mesh] OR counseling OR rehabilitat* OR educat* OR program*
- #2 "Myocardial Infarction"[Mesh] OR infarct*
- #3 #1 AND #2

Limites : Practice Guideline, depuis 2009

CINAHL

- #1 (MH "Patient Education+") OR (MH "Health Education+") OR (MH "Rehabilitation, Cardiac+") OR counseling OR rehabilitat* OR educat* OR program*
- #2 ((MH "Myocardial Infarction+") OR infarct*)

Limites - Publication Type: Practice Guidelines, depuis 2009

Recherche effectuée le 18 août 2014

Annexe 3. Liste des documents exclus après évaluation de l'éligibilité et raisons d'exclusion

Ne répond pas aux critères d'éligibilité

- Balady GJ, Ades PA, Bittner VA, Franklin BA, Gordon NF, Thomas RJ, et al. Referral, enrollment, and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs at clinical centers and beyond: a presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation.* 2011; 124(25): 2951-60.
- Brieger D, Kelly AM, Aroney C, Tideman P, Freedman SB, Chew D, et al. Acute coronary syndromes: consensus recommendations for translating knowledge into action. *Med J Aust.* 2009; 191(6): 334-8.
- British Association for Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation (BACPR). The BACPR Standards and Core Components for Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation 2012, 24 pages.
- Groupe de travail du réseau québécois de cardiologie tertiaire. Prévention secondaire et réadaptation cardiaque, 2010, 133 pages.
- Jneid H, Anderson JL, Wright RS, Adams CD, Bridges CR, Casey DE, Jr., et al. 2012 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction (updating the 2007 guideline and replacing the 2011 focused update): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2012; 60(7): 645-81.
- Olson DM, Prvu Bettger J, Alexander KP, Kendrick AS, Irvine JR, Wing L, Coeytaux RR, Dolor RJ, Duncan PW, Graffagnino C. Transition of Care for Acute Stroke and Myocardial Infarction Patients: From Hospitalization to Rehabilitation, Recovery, and Secondary Prevention. Evidence Report No. 202. (Prepared by the Duke Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10066-I.) AHRQ Publication No. 11(12)-E011. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. October 2011.
- Ong S, Milne D, Morrell J. Post-MI clinical guidelines: variation in availability, development, content and implementation across the UK. *British Journal of Cardiology.* 2009; 16(3): 142-6.
- Pavy B, Barbet R, Carre F, Champion C, Iliou MC, Jourdain P, et al. Therapeutic education in coronary heart disease: position paper from the Working Group of Exercise Rehabilitation and Sport (GERS) and the Therapeutic Education Commission of the French Society of Cardiology. *Arch Cardiovasc Dis.* 2013; 106(12): 680-9.
- Pavy B, Iliou MC, Vergès B, Brion R et al. Recommandations du Groupe Exercice Réadaptation Sport (GERS) de la Société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte, 2011, 36 pages.
- Sivers F, Begg A, Milne D, Morrell J, Neely D, Norton M, et al. Follow your heart: optimal care after a heart attack -- a guide for you and your patients. *British Journal of Cardiology.* 2009; 16(4): 187-91.
- Smith SC, Jr., Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA, et al. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation.* 2011; 124(22): 2458-73.
- Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, Borger MA, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2012; 33(20): 2569-619.
- Van Vlaenderen I, Worrall J, Raza S, Colle A, De Vos C, Strens D, Saka Ö, Moore B, Eyssen M, Paulus D. Cardiac rehabilitation: clinical effectiveness and utilisation in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2010. KCE Reports 140C. D/2010/10.2738/67.
- Werdan K, Ruß M, Buerke M, Delle-Karth G, Geppert A, Schöndube FA. Cardiogenic Shock Due to Myocardial Infarction: Diagnosis, Monitoring and Treatment. *Deutsches Aerzteblatt International.* 2012; 109(19): 343-51.

Annexe 4. Schéma d'entrevue

Enseignement sur la récupération fonctionnelle : toute information qui porte sur le retour aux activités physiques normales, incluant les activités de la vie courante et celles plus soutenues, la reprise sécuritaire des activités ou la reconnaissance des symptômes d'intolérance lors d'activités physiques (adapté de Wiggins *et al.* [1]).

A. DESCRIPTION DU PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT

1. Est-ce que vous utilisez un programme d'enseignement ou réalisez des activités structurées pour transmettre des informations aux adultes hospitalisés pour un infarctus du myocarde ?
2. Est-ce que ce programme d'enseignement ou ces activités comportent des informations portant sur la récupération fonctionnelle (reprise des activités fonctionnelles) ? SI NON PASSEZ À LA SECTION C
3. Quels sont les éléments abordés dans cette partie de votre programme d'enseignement qui traitent de la récupération fonctionnelle ?
4. Quel(s) membre(s) du personnel est (sont) responsable(s) de transmettre au patient ces informations sur la récupération fonctionnelle ?
5. À quel moment ces informations sont-elles transmises au patient ?
6. Est-ce qu'une évaluation de la tolérance à l'effort est réalisée ?
 - a. Si oui, par quel professionnel de la santé ?
 - b. Si oui, quels sont les paramètres qui sont monitorés (p. ex. : fréquence cardiaque, tension artérielle, saturation, perception de l'effort) ?
7. Est-ce que les patients sont référés vers d'autres organismes ou programmes extrahospitaliers de réadaptation cardiaque (qui incluent ou non un volet sur la récupération fonctionnelle) ?
8. Est-ce que vous avez une copie écrite de votre programme d'enseignement ? Est-ce possible d'avoir une copie de ce programme ou de la section portant sur la récupération fonctionnelle ?

AUTO-ÉVALUATION DU PROGRAMME/ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT

B. Si les informations qui traitent de la récupération fonctionnelle sont transmises pendant l'hospitalisation du patient :

9. Selon vous, est-ce que le fait de transmettre les informations qui traitent de la récupération fonctionnelle pendant l'hospitalisation répond aux besoins et attentes des patients en ce qui a trait à la reprise des activités fonctionnelles ?
10. Selon vous, est-ce que le fait de transmettre les informations qui traitent de la récupération fonctionnelle pendant l'hospitalisation est adapté à la condition psychologique du patient ayant subi un infarctus ?
11. Selon vous, quels sont les avantages de transmettre ces informations aux patients pendant leur hospitalisation ?
12. Selon vous, quels sont les désavantages de transmettre ces informations aux patients pendant leur hospitalisation ?

C. Si les informations qui traitent de la récupération fonctionnelle ne sont pas transmises pendant l'hospitalisation du patient :

12. Quelles sont les raisons qui expliquent pourquoi les informations qui traitent de la récupération fonctionnelle ne sont pas transmises au patient pendant son hospitalisation ?

13. Selon vous, quels sont les avantages de ne pas transmettre ces informations aux patients pendant leur hospitalisation ?

14. Selon vous, quels sont les désavantages de ne pas transmettre ces informations aux patients pendant leur hospitalisation ?

15. S'il n'y a pas d'enseignement qui traite de la récupération fonctionnelle, les patients sont-ils référés vers d'autres organismes ou programmes extrahospitaliers de réadaptation cardiaque?

Annexe 5. Membres du groupe de travail interdisciplinaire, du Conseil scientifique, de l'équipe de l'UETMIS du CHU de Québec et répondants à l'enquête

GROUPE DE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE

D^re Valérie Gaudrault, cardiologue, L'HDQ
M^{me} Isabelle Paradis, physiothérapeute, L'HDQ
M^{me} Claudia Z. Sabat, physiothérapeute, L'HDQ
M^{me} Marianne Talbot, physiothérapeute, HSFA
M^{me} Mélanie Vallée, conseillère en soins infirmiers - volet cardiologie, médecine et gériatrie, L'HDQ

LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'UETMIS

Dr Stéphane Bergeron, directeur adjoint, Direction des services professionnels
M^{me} Katia Boivin, représentante du Conseil multidisciplinaire
M^{me} Rose-Anne Buteau, représentante de la Direction des soins infirmiers
M. Robert J. Côté, représentant du Comité des usagers
M^{me} Marie-Pierre Gagnon, chercheure de l'Axe de Santé publique et pratiques optimales en santé
M^{me} Martine Lachance, directrice, Direction clientèle - Médecine
M. Daniel La Roche, directeur, Direction de l'évaluation, de la qualité et de la planification stratégique
D^re Isabelle Marc, représentante du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M. Luc Ménard, représentant du Conseil des infirmières et infirmiers
M^{me} Marie-Claude Michel, pharmacienne coordonnatrice du Programme de gestion thérapeutique des médicaments
M^{me} Karen Samson, représentante du Service des technologies biomédicales
M. Stéphane Tremblay, représentant de la Direction des services multidisciplinaires

L'ÉQUIPE DE L'UETMIS

M^{me} Geneviève Asselin, agente de recherche
M. Martin Bussières, agent de recherche
M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation, DEQPS
M^{me} Francine Daudelin, technicienne en administration – module Évaluation, DEQPS
M^{me} Brigitte Larocque, agente de recherche
M. Sylvain L'Espérance, agent de recherche
Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'ETMIS

REMERCIEMENTS

M^{me} Martine Blais, infirmière spécialisée praticienne spécialisée en cardiologie, HEJ
M^{me} Louise Coulombe, assistante-infirmière chef en cardiologie, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)
M^{me} Alison Evans, physiothérapeute principale, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (ICUO)
M^{me} Lise Fortier, assistante-infirmière-chef, CHUL
M^{me} Lyne Gauvin, infirmière-chef de l'unité de cardiologie, HEJ
M^{me} Danielle Goupil, infirmière clinicienne en développement clinique en cardiologie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
M^{me} Célynn Marchand, assistante-chef service de physiothérapie, Institut de cardiologie de Montréal (ICM)
M^{me} Nathalie Nadon, infirmière praticienne en cardiologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
M^{me} Isabelle Paradis, physiothérapeute, L'HDQ
M. Michel Sergerie, conseiller-cadre, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
M. Martin Sills, infirmier-chef en soins coronariens, CUSM
M^{me} Isabelle Simard, conseillère-cadre aux activités cliniques, IUCPQ
M^{me} Marie-Josée Simard, infirmière-chef de l'unité coronarienne, ICM
M^{me} Marianne Talbot, physiothérapeute, HSFA

RÉFÉRENCES

- [1] Wiggins BS, Rodgers JE, DiDomenico RJ, Cook AM, Page RL, 2nd. Discharge counseling for patients with heart failure or myocardial infarction: a best practices model developed by members of the American College of Clinical Pharmacy's Cardiology Practice and Research Network based on the Hospital to Home (H2H) Initiative. *Pharmacotherapy*. 2013; 33(5): 558-80.
- [2] Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010; 182(18): E839-42.
- [3] Fondation des maladies du cœur du Québec, disponible à : www.fmcoeur.qc.ca, site web consulté le 29 janvier 2014.
- [4] Groupe de travail du réseau québécois de cardiologie tertiaire. Prévention secondaire et réadaptation cardiaque. 2010.
- [5] Labrosse N. Description d'un programme d'enseignement en cardiologie et perception du système-client des effets des interventions éducatives en phase II d'un programme de réadaptation cardiaque. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval pour l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.) 2000.
- [6] Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JA, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2007; 27(3): 121-9.
- [7] Nice. Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction. NICE clinical guideline 172. 2013.
- [8] Salminen-Tuomaala M, Astedt-Kurki P, Rekijaro M, Paavilainen E. Coping--seeking lost control. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2012; 11(3): 289-96.
- [9] Borg G. Psychophysical basis of perceived exertion. *Med and Science in Sport Exercise*. 1982; 14(4): 377-81.
- [10] Network SIG. Cardiac Rehabilitation: A national clinical guideline. 2010: 34.
- [11] Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, Jr., et al. 2012 ACCF/AHA focused update incorporated into the ACCF/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013; 127(23): e663-828.
- [12] Piepoli MF, Corra U, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Dendale P, Gaita D, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010; 17(1): 1-17.

CHU DE QUÉBEC

DIRECTION DE L'ÉVALUATION, DE LA QUALITÉ ET DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE

Unité d'évaluation des technologies

et des modes d'intervention en santé (UETMIS)

Hôpital Saint-François d'Assise

10, rue de l'Espinay, Édifice D, D7-724

Québec (Québec) G1L 3L5

Téléphone : 418 525-4444 poste 54682