



Prévention secondaire et réadaptation cardiaque

**RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL
DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE**

Prévention secondaire et réadaptation cardiaque

**RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL
DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE**

Juin 2009

Comité de rédaction du groupe de travail

Dr Martin Juneau – Institut de cardiologie de Montréal, président
M. Pierre Desgagné – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Hôpital Laval
Dr Paul Poirier – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec -Hôpital Laval

Autres membres du groupe de travail

Dr Guy Boucher – Centre hospitalier régional de Rimouski
Dr Luc Laurin – Centre de santé et de services sociaux d’Antoine-Labelle
Dre Sylvie Legault – Centre hospitalier de l’Université de Montréal
Dr Serge Lepage – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Dre Nathalie Roy – Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi
Dr Mark Smilovitch – Centre universitaire de santé McGill

Collaboration

Margo Ménard, Coordonnatrice du Réseau québécois de cardiologie tertiaire

Le présent rapport ne lie pas le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne constitue pas ses orientations. Il représente l’opinion des membres du groupe d’experts du Réseau québécois de cardiologie tertiaire. Son contenu n’engage que ses auteurs.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été édité en quantité limitée et n’est maintenant disponible qu’en version électronique à l’adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-59024-8 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-59025-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l’autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d’en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES	5
MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL	6
INTRODUCTION	7
1. <i>Données probantes</i>.....	8
1.1 Bénéfices cliniques de la prévention secondaire et de la réadaptation cardiaque.....	8
1.2 Analyse économique (coût/efficacité) de la prévention secondaire et de la réadaptation cardiaque	9
1.2.1 Efficacité économique de la réadaptation – éléments de mesure .9	
1.2.2 Efficacité économique de la prévention secondaire et de la réadaptation cardiaque comme thérapie médicale	9
1.2.3 Impact sur les durées de séjour ou de réhospitalisation de diverses clientèles	11
• Clientèle d'angioplastie	11
• Clientèle <i>postchirurgie aortocoronarienne et postinfarctus</i>	12
• Clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque	12
• Clientèle atteinte de maladies pulmonaires	13
1.2.4 Perspectives de l'impact de la prévention secondaire sur la réduction de l'utilisation des ressources de santé au Québec	13
1.3 Impact de la prévention secondaire et de la réadaptation cardiaque sur le retour au travail.....	15
1.4 Efficacité économique de la prévention primaire	15
1.5 Conclusion.....	16
2. <i>Inventaire des programmes de prévention secondaire et de réadaptation cardiaque existants au Québec</i>	17
2.1 Description de la méthode utilisée pour la collecte de données	17
2.2 Résumé des principaux constats.....	19
3. <i>Recommandations</i>	21
RÉFÉRENCES	23

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I - RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ DE QUELQUES INTERVENTIONS TYPES	10
TABLEAU II - HOSPITALISATIONS ET RÉADMISSIONS SELON LES DIAGNOSTICS POUR DES CLIENTÈLES CIBLÉES - 2005-2006	14

LISTE DES ANNEXES

<i>Région 01 – Bas-Saint-Laurent.....</i>	28
<i>Région 02 – Saguenay–Lac-Saint-Jean</i>	34
<i>Région 03 – Capitale-Nationale.....</i>	38
<i>Région 04 – Mauricie et Centre-du-Québec</i>	50
<i>Région 05 – Estrie.....</i>	54
<i>Région 06 – Montréal.....</i>	60
<i>Région 07 – Outaouais</i>	72
<i>Région 08 – Abitibi-Témiscamingue</i>	76
<i>Région 09 – Côte-Nord</i>	82
<i>Région 10 – Nord-du-Québec.....</i>	86
<i>Région 11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.....</i>	90
<i>Région 12 – Chaudière-Appalaches</i>	94
<i>Région 13 – Laval.....</i>	100
<i>Région 14 – Lanaudière.....</i>	106
<i>Région 15 – Laurentides</i>	110
<i>Région 16 – Montérégie.....</i>	116
<i>Région 17 – Nunavik.....</i>	124
<i>Région 18 – Terres-Cries-de-la-Baie-James</i>	128

LISTE DES SIGLES

CAT :	centre d'abandon du tabac
DRS :	douleur rétrosternale
HTA :	hypertension artérielle
MCAS :	maladie cardiaque athérosclérotique
MCV :	maladie cardiovasculaire
MPOC :	maladie pulmonaire obstructive chronique
MVAS :	Maladie vasculaire artérosclérotique
PAC :	pontage aorto-coronarien
PMC :	pontage mammarocoronarien
QAAP :	questionnaire d'aptitude à l'activité physique
SCA :	syndrome coronarien aigu
TA :	tension artérielle

MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL

Les experts de ce groupe de travail avaient reçu le mandat suivant :

1. Faire état des connaissances dans le domaine de la prévention secondaire et de la réadaptation cardiaque et des résultats des programmes existants sur l'état de santé de la population aux prises avec des maladies cardiovasculaires.
2. Faire un inventaire pour le Québec des programmes de prévention existants.
3. Faire des recommandations en matière de prévention secondaire et de réadaptation cardiaque concernant les centres offrant des services tertiaires en cardiologie.
4. Élaborer des conclusions et recommandations à l'intention du Comité directeur du Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT) concernant en particulier :
 - ♦ l'état actuel des programmes destinés à la cohorte ciblée;
 - ♦ les éléments nécessaires au soutien de tels programmes de prévention secondaire à l'échelle provinciale pour cette cohorte;
 - ♦ les ressources cliniques et paracliniques requises;
 - ♦ les moyens pour assurer un suivi des résultats de ces programmes.

INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires demeurent l'une des principales causes de mortalité et de morbidité au Québec comme au Canada. Selon l'Institut national de santé publique du Québec, il s'agit aussi de « l'une des raisons principales d'engorgement de nos urgences » et également de la catégorie de maladies « la plus coûteuse pour le système de santé au Québec » (1).

Plus de 35 000 patients bénéficient d'une intervention en cardiologie tertiaire chaque année au Québec, dans les centres ultraspecialisés (hémodynamie, chirurgie cardiaque, électrophysiologie), ce qui occasionne des coûts totalisant près de 500 millions de dollars annuellement. Cette cohorte de patients doit, par la suite, recevoir des soins adaptés à leur condition cardiovasculaire, comprenant une prise en charge adéquate des facteurs de risque ainsi qu'une réadaptation cardiovasculaire ciblée.

Une telle prise en charge devrait faire partie d'une « prévention secondaire » systématisée. Par prévention secondaire, on entend un ensemble d'interventions qui ont pour but de diminuer les récurrences après un événement cardiovasculaire ou après le diagnostic de la pathologie. Cette terminologie, qui fait consensus dans les milieux de la cardiologie clinique en Amérique du Nord, est utilisée par toutes les organisations professionnelles (Société canadienne de cardiologie, Association canadienne de réadaptation cardiaque, *American Heart Association*, *American College of Cardiology* (2, 3)). Dans le présent rapport, nous utiliserons également le terme « réadaptation cardiaque » qui englobe toutes les interventions de prévention secondaire favorisant les modifications des habitudes de vie, et en particulier l'exercice. La réadaptation cardiaque a évolué depuis les années 70 à partir de programmes initialement centrés presque exclusivement sur l'exercice pour devenir des programmes de prévention secondaire très complets visant le traitement de tous les facteurs de risque (4, 5).

Au Québec, cette prévention secondaire pourra se faire en milieu dit de soins « primaires », « secondaires » ou « tertiaires ». Certaines régions bénéficient de programmes bien développés alors que d'autres sont moins bien desservies dans ce domaine.

Une approche systématique devrait être considérée pour assurer à la population de l'ensemble du Québec une continuité adéquate entre les divers niveaux de soins en cas d'accident cardiovasculaire et ainsi envisager de diminuer le risque de récurrence chez cette clientèle particulière.

C'est dans ce but qu'a été formé le groupe de travail du Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT), qui avisera le ministre de la Santé et des Services sociaux en matière de prévention secondaire et de réadaptation cardiaque.

1. DONNÉES PROBANTES

1.1 BÉNÉFICES CLINIQUES DE LA PRÉVENTION SECONDAIRE ET DE LA RÉADAPTATION CARDIAQUE

Plusieurs publications ont documenté l'efficacité de la réadaptation cardiaque associée à un programme de prévention secondaire après un infarctus du myocarde ou après une chirurgie de revascularisation (6). La plupart des études publiées n'ayant pas le pouvoir statistique de détecter des diminutions significatives de mortalité, il a fallu plusieurs méta-analyses pour étudier cette question. Trois méta-analyses récentes (7-9) ont confirmé les résultats de celles publiées au cours de la fin des années 80 (10, 11).

Dans leur publication, Clark et coll. (7) ont révisé 63 études randomisées portant sur un total de 21 295 patients. Selon les 40 études qui consignaient la mortalité de toutes causes pour un total de 16 142 patients, la réduction de mortalité était de 47 % à 2 ans. Le risque de récurrence d'infarctus du myocarde était aussi réduit de 17 % après un suivi moyen de 12 mois. Sept études ayant rapporté un suivi d'au moins 5 ans ont documenté un bénéfice soutenu à long terme de la réadaptation cardiaque, avec une réduction de mortalité de toutes causes de 23 %. On ne note aucune différence dans l'effet de traitement selon le type d'intervention, soit l'exercice seulement ou l'exercice associé à un programme complet de prévention secondaire.

Taylor et coll. (8) ont révisé 48 études incluant un total de 8 940 patients. Les résultats démontrent que la réadaptation centrée sur l'exercice est associée à une réduction de la mortalité de toutes causes de 20 % et de la mortalité cardiaque de 26 %. Cependant, il n'y avait pas de réduction des récurrences d'infarctus non fatal.

Une revue systématique effectuée par la Cochrane Collaboration, publiée initialement en 2001 et révisée en 2003 et 2005 (9), a étudié 51 publications visant un total de 8 440 patients. Les auteurs ont rapporté une réduction de la mortalité de toutes causes de 27 % et une réduction de la mortalité cardiaque de 31 %. La diminution des événements combinés (infarctus du myocarde non fatal, chirurgie de revascularisation et angioplastie) était de 19 %.

1.2 ANALYSE ÉCONOMIQUE (COÛT/EFFICACITÉ) DE LA PRÉVENTION SECONDAIRE ET DE LA RÉADAPTATION CARDIAQUE

1.2.1 Efficacité économique de la réadaptation – éléments de mesure

Les analyses économiques complètes, qui évaluent et comparent autant les coûts que les conséquences de deux ou plusieurs types d'interventions médicales, permettent de déterminer de façon rigoureuse celles qui sont les plus efficaces. Toutefois, les analyses économiques partielles, qui comparent soit les coûts soit les conséquences de deux interventions, ou encore qui évaluent les effets globaux d'une seule intervention, donnent également des indications intéressantes. Nous passerons en revue les deux types d'analyses.

Les deux principales unités de mesure utilisées pour évaluer le rapport coût-efficacité d'une intervention sont les années de vie gagnées (AVG) et les années de vie pondérées par la qualité (*Quality-Adjusted Life-Year* ou QALY). Pour la mesure des AVG, la plus fréquente, plus le rapport est bas, plus grande sera l'efficacité. Il est généralement reconnu qu'un rapport coût-efficacité inférieur à 20 000 \$ par AVG est considéré comme hautement efficace. Entre 20 000 \$ et 40 000 \$, le rapport demeure également valable, mais des valeurs oscillant entre 40 000 \$ et 60 000 \$ sont jugées moins intéressantes et celles dépassant 60 000 \$ par AVG sont onéreuses ou carrément discutables (12). La deuxième unité, les QALY, mesure l'efficacité à améliorer la qualité de vie.

1.2.2 Efficacité économique de la prévention secondaire et de la réadaptation cardiaque comme thérapie médicale

Il existe des données probantes pour appuyer l'efficacité économique de la réadaptation cardiaque dans son ensemble. L'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de santé concluait, dans son étude, que la réadaptation est rentable et que les bénéfices espérés peuvent s'appliquer dans le contexte des soins de santé au Canada (13). Le tableau I, adapté de cette étude, permet de constater que la réadaptation est hautement efficace comme stratégie globale, avec des valeurs variant, en dollars américains, entre 4 950 \$ et 21 800 \$ par AVG, pour une moyenne de 15 916 \$ par AVG.

Plus récemment, deux revues de littérature ont confirmé les éléments précédents au plan de la rentabilité des interventions en réadaptation. Papadakis et coll. (14) ont fait l'analyse de 15 études d'évaluation économique de la réadaptation en s'assurant au préalable qu'elles répondaient aux critères méthodologiques reconnus. Selon ces études, réalisées principalement en Europe et en Amérique du Nord, le coût par AVG varie entre 2 193 \$ et 28 193 \$ alors qu'en regard des QALY, il va de 668 \$ à 16 118 \$. Malgré la grande variation des valeurs observées, les auteurs concluent que la réadaptation cardiaque est une intervention non seulement efficace d'un point de vue

clinique et économique, mais également favorable en ce qui a trait à la qualité de vie, comparativement aux soins courants prodigués aux patients. Toutefois, en raison des grandes variations méthodologiques entre les 15 études retenues, les auteurs limitent leurs conclusions aux clientèles en postinfarctus et atteintes d'insuffisance cardiaque.

TABLEAU I - RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ DE QUELQUES INTERVENTIONS TYPES

INTERVENTION	COMPARATEUR	RATIO COÛT-EFFICACITÉ
Programme de désaccoutumance au tabac	Abstention thérapeutique	220 \$ US par AVG * (1991)
Éducation pour favoriser la réduction du cholestérol	Aucune intervention	3 475 \$ US par AVG ** (1999)
Réadaptation cardiaque (comprend l'étude d'Ades et coll., 1997)	Traitement habituel	4 950 \$ US par AVG (1995)
Angioplastie de l'artère coronaire (une artère, angine grave)	Traitement médical	8 700 \$ US par QALY [†] (1993)
Hypolipémiant (simvastatine) en prévention secondaire	Abstention thérapeutique	9 630 \$ US par AVG (1996)
Réadaptation cardiaque (y compris l'étude de Lowensteyn et coll., 2000)	Traitement courant	15 000 \$ US par AVG (1996)
Réadaptation cardiaque (y compris l'étude d'Oldridge et coll., 1993)	Traitement habituel	21 800 \$ US par AVG (1991) 9 200 \$ US par QALY (1991)
Pontages aortocoronariens	ACTP	26 570 \$ US par AVG** (1999)
Activateur tissulaire du plasminogène	Traitement par la streptokinase	35 257 \$ US par AVG** (1999)
Reperfusion thrombolytique (t-PA, IM antérieur, âgés de 41 à 60 ans)	Streptokinase	49 900 \$ US par AVG (1993)
Captopril (survivants d'un IM âgés de 50 ans)	Pas de captopril	76 000 \$ US par QALY (1998)
Angioplastie de l'artère coronaire (une artère, angine légère)	Traitement médical	126 400 \$ US par QALY (1993)

ADAPTÉ DE BROWN ET COLL. (13)

*AVG= année de vie gagnée

**Conversion : 1 \$ US = 1,25 \$ CAN

[†] QALY = année de vie pondérée par la qualité

De leur côté, Fidan et coll. (15), avec une approche différente, ont comparé l'efficacité de divers traitements médicaux et chirurgicaux en Grande-Bretagne. L'unité de mesure retenue est l'AVG. Adoptant l'approche par modélisation IMPACT, qui utilise les données sociosanitaires, économiques et hospitalières disponibles ainsi que les réductions relatives du risque propres aux 13 différentes stratégies d'intervention retenues (ex. : angioplastie coronarienne, médication, réadaptation et autres), ils ont estimé les probabilités de survie des différentes cohortes de patients traités, ce qui a permis de calculer les AVG pour chaque type d'intervention. Dans ce contexte, les auteurs concluent que la réadaptation est une thérapie dont l'efficacité en termes d'AVG est raisonnable et dont le coût (1 957 £/AVG, environ 4 500 \$ CAN) est inférieur à celui des autres thérapies médicales ou chirurgicales comme les pontages aortocoronariens (3 239 £ à 4 601 £ par AVG) et les angioplasties (3 845 £ à 5 889 £).

Enfin, une étude clinique randomisée a comparé l'efficacité clinique et économique d'une intervention spécialisée, soit l'angioplastie, avec un programme d'activité physique d'intensité modérée (16). Cent un sujets souffrant d'angine et atteints d'une sténose d'au moins 75 % sur au moins un vaisseau coronarien se sont vu assigner aléatoirement soit un traitement d'angioplastie seule, soit de l'exercice seul; tous ont été suivis sur une période d'un an. Les deux principales mesures utilisées furent : 1-le coût en regard de l'amélioration de la capacité fonctionnelle des sujets; 2- la mortalité à un an. Le groupe avec exercice a démontré une meilleure survie (88 % vs 70 % pour le groupe avec angioplastie) et a augmenté significativement sa capacité physique (16 % vs 0 %), et ce, à un coût inférieur (3 429 \$ US vs 6 956 \$ US).

1.2.3 Impact sur les durées de séjour ou de réhospitalisation de diverses clientèles

- **Clientèle d'angioplastie**

Belardinelli et coll. (17) ont déjà démontré en 2001 qu'une réadaptation incluant un programme d'exercice d'une durée de 6 mois avait un effet significatif sur la réduction des réadmissions hospitalières. En effet, dans leur étude qui incluait 118 patients postangioplastie répartis au hasard (exercice vs traitement médical standard - contrôle), il a été démontré que le groupe avec exercice présentait une diminution de 63 % des événements coronariens et de 59 % des hospitalisations comparativement au groupe contrôle, après un suivi moyen de 33 mois. Il n'y avait pas de différence entre le taux de resténose coronarienne des deux groupes mais on notait une diminution de la progression de la maladie coronarienne dans le groupe avec exercice. Les mêmes auteurs ont récemment présenté leurs résultats après 10 ans de suivi et la tendance persiste (18), puisque chez les patients qui avaient participé à un programme de réadaptation peu après leur angioplastie, on observait une diminution du taux de réhospitalisation de 76 % (5 % vs 19 % pour le groupe avec suivi standard). Les auteurs concluent également que le niveau de condition physique est le plus grand prédicteur d'événements coronariens, d'où l'importance d'intégrer les patients dans des programmes d'exercice. Enfin, d'autres études utilisant toujours une approche multidisciplinaire et individualisée avec cette clientèle (prise en charge des facteurs de risque, counseling sur les habitudes de vie, programmes d'exercice, suivis téléphoniques) ont démontré, après un an, qu'en plus de favoriser un meilleur contrôle des facteurs de risque, elle entraînait un retour au travail plus hâtif et productif que le suivi médical standard (19, 20).

- **Clientèle postchirurgie aortocoronarienne et postinfarctus**

Pour les usagers ayant subi une chirurgie cardiaque, les taux de réhospitalisation sont également nettement inférieurs dans le cas des participants aux programmes de prévention et de réadaptation (21). En effet, un programme de réadaptation d'une durée de 3 mois débutant 6 semaines après une chirurgie cardiaque a permis une réduction de 56 % du taux de réhospitalisation au cours de l'année suivant la chirurgie cardiaque. Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes concernant le taux de retour au travail mais les auteurs soulignent que 15 % des patients du groupe avec suivi habituel utilisaient des anxiolytiques tandis qu'aucun patient du groupe traitement-exercice n'en faisait usage.

Par ailleurs, en ce qui a trait aux personnes admises pour un infarctus du myocarde, Levin et coll. (22) ont démontré une diminution de l'ordre de 25 % des réadmissions à l'hôpital parmi les personnes intégrées à un programme de réadaptation cardiaque d'une durée de 3 mois. Cette diminution a été établie sur une période de suivi de 5 ans.

- **Clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque**

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont parmi celles dont le coût du traitement est le plus élevé. Les coûts reliés à la perte d'autonomie ou à la perte de revenus due aux périodes d'invalidité ou à la retraite prématurée doivent aussi être pris en considération. Cette maladie est reconnue comme un problème majeur de santé dans tous les pays occidentaux. Les données disponibles en regard de cette pathologie suggèrent également une grande efficacité des programmes de prévention et de réadaptation pour diminuer l'utilisation des ressources médicales et hospitalières par cette clientèle. Stewart et Horowitz (23) ont réparti aléatoirement en deux groupes près de 300 patients à qui on a offert soit un programme de réadaptation à domicile, soit un suivi habituel, et qu'on a suivis sur une période moyenne de 4,2 ans. Tout en faisant remarquer que les patients à qui on avait assigné le programme de réadaptation à domicile avaient une meilleure survie à long terme, les auteurs ont également observé chez ce groupe un taux de réhospitalisation de 16 % inférieur à celui du groupe témoin.

Une autre étude, dont le niveau d'encadrement médical et professionnel est supérieur à celui de la précédente, arrive à des résultats qui semblent encore plus intéressants. En effet, l'équipe québécoise de Ducharme et coll. (24) a aussi constaté, sur une période de 6 mois, une diminution importante du nombre de jours d'hospitalisation chez 115 patients intégrés à un programme de prévention et de réadaptation basé à l'hôpital, comparativement à un autre groupe de 115 sujets traités avec suivi médical habituel (514 vs 815 jours, soit une diminution de 37 %). La qualité de vie était également nettement améliorée dans le premier groupe. Georgiou et coll. (25) observent pour leur part une diminution des taux de réhospitalisation chez les patients intégrés dans un programme de réadaptation et suivis sur 14 mois. En effet, comparativement à 29 % pour un groupe soumis à un traitement médical standard, leur taux de réhospitalisation est de 10 %, ce qui équivaut à une diminution de 69 %.

Enfin, l'expérience du Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval (CHARL) suggère également que l'intégration des usagers insuffisants cardiaques à un programme de réadaptation combinant un suivi médical, de l'activité physique, de l'enseignement et un suivi nutritionnel permet de diminuer de 20 à 30 % le taux de réadmission à l'urgence de cette clientèle alors que les durées moyennes de séjour sont passées de 9,1 jours en 1997 à près de 5 jours (résultats présentés au Colloque MPOC/insuffisance cardiaque, les 2 et 3 octobre 2000 à Montréal).

- **Clientèle atteinte de maladies pulmonaires**

En raison de la grande prévalence des problèmes cardiovasculaires parmi la clientèle atteinte de maladies pulmonaires et parce qu'il a été également bien démontré que la réadaptation est une solution thérapeutique de remplacement essentielle et efficace pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (26), de nombreux patients atteints de cette pathologie sont intégrés à des programmes de prévention et de réadaptation cardiovasculaire. Les bénéfices économiques associés à cette stratégie sont confirmés par la littérature.

Une étude québécoise de Bourbeau et coll. (27) s'est intéressée à l'efficacité d'un programme d'autogestion incluant un programme d'activité physique chez 191 individus souffrant de MPOC. Grâce à ce programme d'autogestion, il a été possible de réduire de 40 % les hospitalisations et les visites à l'urgence de cette clientèle et de 60 % les visites imprévues chez le médecin, comparativement aux participants ayant un suivi médical standard.

Dans une étude subséquente qui reprend ces résultats, les mêmes auteurs estiment qu'avec l'implantation des programmes multidisciplinaires de suivi pour ces clientèles (de type « *case manager* »), le coût des mesures mises en œuvre pour éviter chaque épisode d'hospitalisation pourrait se situer entre 1 016 \$ et 1 326 \$ (en dollars de 2004) (28). Avec un coût unitaire moyen de plus de 6 907 \$ pour l'hospitalisation d'un patient atteint de MPOC selon les banques de données médico-administratives du ministère de la Santé et des Services sociaux (coût excluant les fournitures), cet investissement semble avantageux.

1.2.4 Perspectives de l'impact de la prévention secondaire sur la réduction de l'utilisation des ressources de santé au Québec

Le tableau II présente les statistiques d'hospitalisation et de réadmission pour plusieurs clientèles, qui ont été décrites précédemment et pour lesquelles des recherches effectuées au Québec ou ailleurs dans le monde ont fait état des bénéfices cliniques et économiques reliés à la participation à un programme de réadaptation. Les chiffres ont été obtenus à partir des bases de données médico-administratives du MSSS pour l'année 2005-2006 (insuffisance cardiaque, infarctus, MPOC) ainsi que 2007-2008 (chirurgie cardiaque et angioplastie). On y trouve les taux de diminution du nombre de réhospitalisations que l'on pourrait théoriquement obtenir, toujours sur la base des éléments de littérature scientifique présentés dans ce document, ainsi qu'un aperçu des

économies potentielles pour ces diagnostics. Les données du tableau démontrent que les économies correspondant aux réadmissions évitées pourraient représenter 38,4 millions par année à l'échelle québécoise.

Ces perspectives ne tiennent pas compte des visites à l'urgence qui auraient pu être prévenues. En effet, les visites à l'urgence, qui sont rarement comptabilisées après un événement coronarien, représentent un fardeau majeur sur le plan clinique et économique. À l'Institut de cardiologie de Montréal, lors d'une revue systématique récente de 100 dossiers de patients ayant reçu leur congé après un syndrome coronarien aigu, on a noté 61 visites à l'urgence au cours des 6 mois suivant le congé. La majorité de ces visites auraient pu être évitées grâce à une intervention téléphonique bien ciblée. Un projet de recherche randomisée est en cours pour valider cette démarche. L'équipe du service de réadaptation cardiaque de l'Université de Stanford a en effet démontré, lors d'un projet pilote récent, qu'une intervention semblable a réduit les visites à l'urgence de 75 % après un syndrome coronarien aigu (Communication personnelle : De Busk, R. F. et coll., article en préparation).

**TABLEAU II - HOSPITALISATIONS ET RÉADMISSIONS SELON LES DIAGNOSTICS
POUR DES CLIENTÈLES CIBLÉES - 2005-2006**

Diagnostic	Nombre de séjours d'hospitalisation	Nombre de réadmissions	% réadmissions	Coût moyen par hospitalisation (sans fournitures)	% moyen de diminution des réadmissions (approx.)	Économies potentielles (million de \$)
Angioplastie	13 169	2 634	20 %	5 105 \$	50 %	6,7
Chirurgie cardiaque	7 227	2 674	37 %	7 500 \$	50 %	10,0
Infarctus	16 159	2 017	12 %	6 607 \$	25 %	3,3
Insuffisance cardiaque	11 941	2 514	21 %	7 808 \$	50 %	9,8
MPOC	13 102	3 128	24 %	6 907 \$	40 %	8,6

Source : François Grenier - Service du développement et de l'évaluation des technologies, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, MSSS, juin 2008.

1.3 IMPACT DE LA PRÉVENTION SECONDAIRE ET DE LA RÉADAPTATION CARDIAQUE SUR LE RETOUR AU TRAVAIL

Les maladies cardiovasculaires ont un impact économique important au Canada, puisque les paiements d'invalidité pour arrêt de travail s'élevaient à 3,4 milliards de dollars annuellement à la fin des années 90 (Santé Canada, 1998). Dans ce domaine, les stratégies de prévention secondaire et de réadaptation cardiovasculaire demeurent des moyens efficaces pour faciliter le retour aux activités de la vie quotidienne, induire des modifications d'habitudes de vie saines à long terme et accélérer le retour aux activités professionnelles. Il a été démontré que la réadaptation pouvait réduire d'au moins 32 % le temps de convalescence à la suite d'un infarctus du myocarde (29). Toujours parmi un groupe de patients en postinfarctus, une étude québécoise (30) a démontré que le délai pour le retour au travail était réduit significativement chez les patients intégrés à un programme multidisciplinaire incluant un volet activité physique et de réinsertion professionnelle, comparativement aux patients recevant des soins courants (84 jours vs 151 jours) (30). Par ailleurs, dans une analyse coûts-bénéfices de retour au travail, Picard et coll. (31) ont démontré que la réadaptation en vue du retour au travail permettrait à l'échelle canadienne une économie de 800 millions de dollars, incluant des économies de plus de 160 millions de dollars en dépenses médicales évitées.

1.4 EFFICACITÉ ÉCONOMIQUE DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE

Même si l'évaluation des stratégies de prévention primaire n'est pas l'objectif premier de ce document, nous nous permettons d'aborder le sujet sommairement à titre d'information, compte tenu du fait que, souvent, ce sont les mêmes intervenants qui œuvrent au sein des diverses équipes cliniques. Le rapport coût-efficacité à long terme du traitement des dyslipidémies à l'aide de statines en prévention secondaire varie entre 5 000 \$ et 10 000 \$ par année de vie épargnée (32, 33). Dans un contexte de prévention primaire, ce rapport oscille entre 20 000 \$ et 50 000 \$ en fonction de la présence ou non de facteurs de risque associés (32, 33); il en va de même pour le dépistage et le traitement de l'hypertension artérielle (32). Finalement, pour ce qui est de l'arrêt tabagique, le rapport coût-efficacité s'avère très avantageux soit environ 1 525 \$ par année de vie épargnée (34).

Toujours en prévention primaire, soulignons que l'inactivité physique constitue un facteur de risque important dont les impacts sur la santé sont majeurs. À titre d'exemple, il est estimé qu'au Canada en 1999, les coûts directs en santé reliés à l'inactivité physique représentent environ 2,1 milliards de dollars, soit 2,5 % des coûts totaux. Chaque diminution de 10 % de la prévalence d'inactivité physique pourrait donc résulter, toujours à l'échelle canadienne, en une diminution de 150 millions de dollars (en dollars de 1999) en coûts directs de santé (35). Ces données confirment l'importance de l'activité physique régulière comme stratégie de base en prévention primaire et secondaire pour réduire les coûts de santé.

1.5 CONCLUSION

Plusieurs études ont démontré que les coûts de santé diminuent considérablement lorsque les patients sont intégrés dans des programmes de prévention secondaire et de réadaptation. Selon bon nombre d'études, ces interventions peuvent également entraîner une réduction de la mortalité de l'ordre de 25 % à 30 % après un infarctus du myocarde, et une baisse des réhospitalisations ainsi qu'un retour au travail plus hâtif et productif après une hospitalisation pour la majorité des pathologies cardiovasculaires.

C'est pourquoi il est maintenant reconnu que les programmes de prévention secondaire et de réadaptation cardiovasculaire sont non seulement efficaces d'un point de vue clinique, mais également rentables d'un point de vue économique, car ils permettent de diminuer, chez les participants qui y sont intégrés, les taux de réhospitalisation, de visite à l'urgence ou d'utilisation globale des ressources médicales. On remarque aussi un potentiel de retour au travail amélioré. Ces réductions sont si importantes qu'elles dépassent les coûts d'implantation et de réalisation des programmes. On peut considérer, selon plusieurs études, que le retour sur l'investissement est en moyenne de 6 \$ par 1 \$ investi (9, 27,32, 34).

Les calculs coûts-bénéfices de tels programmes suggèrent fortement que la prise en charge des facteurs de risque par une équipe multidisciplinaire associée à un suivi systématique des patients permettant de conserver les acquis s'avère une approche de traitement très intéressante. De plus, le système de santé québécois pourrait ainsi voir diminuer ses coûts de façon substantielle. Les calculs se basent sur une approche très conservatrice faite à partir des données disponibles dans la littérature médicale. Il va sans dire qu'une telle structure permet de consolider nos connaissances scientifiques sur les résultats des interventions dans les autres programmes de prévention secondaire et de réadaptation cardiaque.

2. INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE EXISTANTS AU QUÉBEC

2.1 DESCRIPTION DE LA MÉTHODE UTILISÉE POUR LA COLLECTE DE DONNÉES

L'inventaire des programmes de prévention secondaire et de réadaptation cardiaque présenté ici a été constitué en cumulant les données provenant de plusieurs sources. Voir fiches descriptives présentées en annexe.

- **Agences de la santé et des services sociaux**

Appels effectués auprès des agences de la santé et des services sociaux de chacune des 18 régions du Québec. Selon les régions, les renseignements ont été obtenus auprès de l'un ou l'autre des services suivants : direction des affaires médicales et services hospitaliers; direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires; direction de la prévention et santé publique; direction de santé publique et des affaires médicales; direction des affaires médicales et santé physique; direction des services de santé et de médecine universitaire; direction de la santé publique; direction des services professionnels médicaux.

- **Établissements de santé**

Appels et courriels à l'intention des directeurs des services professionnels et/ou du directeur d'établissement concerné lorsque les informations n'étaient pas disponibles auprès de l'agence.

- **Sites Web**

Consultation des sites des organismes suivants :

Association canadienne de réadaptation cardiaque : www.cacr.ca

Établissements du ministère de la Santé et des Services sociaux : <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/>

- **Autres sources**

Collaboration des membres du Groupe de travail en prévention secondaire et réadaptation cardiaque du RQCT pour leur région respective.

Consultation du Répertoire des centres et programmes de réadaptation cardiaque du Québec de la Fédération des kinésiologues du Québec.

Appels et courriels au responsable de chacun des centres répertoriés pour obtenir les renseignements nécessaires.

- **Types de renseignements demandés**

Pour chaque centre, les renseignements demandés étaient les suivants :

- Titre du programme
- Site du programme
- Personne-ressource et coordonnées
- Description sommaire du programme
- Critères d'inclusion
- Nombre annuel de patients
- Professionnels
- Budget annuel
- Provenance du budget

2.2 RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX CONSTATS

1. Cet inventaire a permis de recenser 35 programmes de prévention secondaire et de réadaptation cardiaque au Québec.
2. Le nombre de patients pris en charge annuellement en prévention secondaire et en réadaptation cardiaque est estimé à environ 7 000. Ce chiffre a été obtenu en additionnant tous les patients mentionnés dans chacun des 35 programmes. De ce chiffre ont été retirés tous les patients non traités en prévention secondaire.

Il faut noter en effet que le nombre recensé par plusieurs programmes de prévention secondaire inclut des patients sans pathologies cardiaques (prévention primaire, diabétiques, MPOC, etc.) ainsi que des patients dont le traitement n'incluait pas l'ensemble des interventions recommandées. Le programme d'exercice structuré en est d'ailleurs le plus souvent absent. Le chiffre mentionné inclut également des patients coronariens stables qui n'ont subi aucune intervention en cardiologie tertiaire.

Il est donc difficile de déterminer avec précision le pourcentage de la cohorte de patients traités en cardiologie tertiaire qui bénéficie d'une intervention en prévention secondaire ou en réadaptation cardiaque. Nous ne disposons pas au Québec de base de données permettant une appréciation de cette cohorte et de son suivi.

3. On constate des disparités régionales importantes dans l'offre de service et dans le niveau de subvention de la part de l'État. En effet, trois régions semblent particulièrement bien desservies en programmes de prévention secondaire ou en réadaptation cardiaque et en subventions gouvernementales, soit l'Estrie, Laval et la région de la Capitale-Nationale.

Par ailleurs, d'autres régions ne dispensent aucun service, ou très peu, en prévention secondaire : Lanaudière, Mauricie et Centre-du-Québec, Laurentides, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Côte-Nord, Bas-Saint-Laurent, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Nord-du-Québec.

La situation à Montréal, intermédiaire, compte huit programmes. Ceux-ci couvrent cependant une très grande population et ne peuvent répondre à toute la demande. De plus, plusieurs de ces programmes ne reçoivent aucun financement public (Hôpital du Sacré-Cœur, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Centre universitaire de santé McGill). Finalement, plusieurs programmes de prévention secondaire de la région de Montréal n'offrent pas le volet exercice recommandé (Hôpital général juif, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital du Sacré-Cœur).

Trois régions bénéficient de programmes régionaux avec des sites satellites intégrés à un centre principal (Estrie, région de la Capitale-Nationale et Saguenay–Lac-Saint-Jean). Ces programmes régionaux sont subventionnés en totalité ou en grande partie par l'État.

4. Il y a une grande variété de programmes : certains, très structurés, sont offerts dans un centre dédié (PPMC de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Centre ÉPIC de l'Institut de cardiologie de Montréal, CARL de Laval), alors que d'autres sont dispensés par des associations bénévoles qui subsistent avec très peu de moyens, grâce à des collectes de fonds (Association des cardiaques de la Mauricie). Finalement, d'autres offrent des services très limités.
5. Cet inventaire démontre que plusieurs centres hospitaliers dispensent des services de cardiologie tertiaire sans offrir de programme de prévention secondaire ou de réadaptation cardiaque et que d'autres offrent un programme minimal peu ou pas subventionné.
6. Le montant total approximatif des subventions en provenance des agences de la santé et des services sociaux est de 4 millions de dollars pour l'ensemble du Québec. Le coût par patient traité dans les programmes entièrement subventionnés par l'État varie de 450 \$ environ à 870 \$ selon le type de patient et les services offerts.

À titre de comparaison, le rapport du *Cardiac Rehabilitation Pilot Project* (36) en Ontario mentionne un coût par cas de 1 500 \$ pour une intervention de 6 mois (année 2002). Cette intervention comprend cependant tous les volets essentiels de la prévention secondaire et de la réadaptation cardiaque incluant évidemment le volet exercice.

Le montant total approximatif des subventions pour la réadaptation cardiaque en Ontario est de 10 M\$ et le nombre de patients traités est de 12 000 par année environ, ce qui représente 1/3 des patients ciblés.

Les économies potentielles générées par un programme national de prévention secondaire seraient considérables, soit de l'ordre de 20 M\$ si on inclut les patients après syndrome coronarien aigu et ceux qui ont subi une angioplastie coronarienne ou une chirurgie cardiaque. De plus, ce chiffre ne tient pas compte de la réduction importante (de l'ordre de 50 %) des visites à l'urgence : une économie majeure non seulement en argent mais également en ressources humaines alors que nous vivons une importante pénurie de main-d'œuvre. Des économies additionnelles de 18,4 M\$ seraient obtenues si on ajoutait les patients avec insuffisance cardiaque et maladies obstructives chroniques (plusieurs programmes de prévention secondaire incluent déjà ces patients).

3. RECOMMANDATIONS

1. Offrir des programmes de prévention secondaire et de réadaptation cardiaque répondant aux normes minimales reconnues par les associations médicales canadiennes et américaines (Société canadienne de cardiologie, Association canadienne de réadaptation cardiaque et *American Heart Association*) (2, 37) dans toutes les régions du Québec. Ces programmes devraient être en mesure de :
 - Stratifier le risque après un événement cardiaque selon les normes reconnues.
 - Identifier et traiter tous les facteurs de risque cardiovasculaires.
 - Fournir de l'enseignement pour assurer la prise en charge de tous les facteurs de risque (hypertension artérielle, diabète, tabagisme, sédentarité, dyslipidémies, obésité) en misant *prioritairement sur les modifications des habitudes de vie*;
 - Élaborer et fournir un programme d'exercice adapté et supervisé;
 - Offrir une évaluation et des conseils nutritionnels par un(e) professionnel(le);
 - Offrir un soutien psychosocial.
 - Assurer un traitement médical (pharmacologique) optimal des facteurs de risque et s'assurer de l'adhésion au traitement.
 - Assurer une continuité des soins entre les équipes de soins spécialisées et de première et seconde lignes.
2. Assurer le maintien et le soutien des programmes de prévention secondaire et de réadaptation cardiaque déjà en place.
3. Adopter une politique selon laquelle tous les centres hospitaliers qui dispensent des services de cardiologie tertiaire devraient nécessairement offrir un programme complet de prévention secondaire ou de réadaptation cardiaque sur place en plus d'assurer le parrainage de programmes « satellites » similaires dans la communauté.
4. Proposer les mandats suivants à la Table sectorielle des réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS) en cardiologie :
 - Conseiller le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les agences de la santé et des services sociaux afin de mettre en place des programmes de prévention secondaire et de réadaptation cardiaque dans toutes les régions du Québec en assurant une équité et une uniformité interrégionales. L'un des programmes existants, le programme régional de l'Agence de la santé des services sociaux de l'Estrie, pourrait servir de modèle.

- Désigner au besoin les équipes régionales qui seraient responsables de la mise sur pied, de la coordination et de la dispensation des services.
 - Aider à coordonner la formation professionnelle complémentaire nécessaire pour rendre ces équipes fonctionnelles et compétentes.
 - Participer à l'élaboration d'un cadre budgétaire global en tenant compte des volumes cliniques en cardiologie tertiaire et de la formation nécessaire.
5. Évaluer prospectivement les bénéfices cliniques et économiques de ces programmes de soins par la création d'une base de données provinciale.

RÉFÉRENCES

1. Institut national de santé publique du Québec. *Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales. Prévalence, morbidité et mortalité*. Québec, MSSS, 2006.
2. Stone JA, Arthur HM. *Canadian guidelines for cardiac rehabilitation and cardiovascular disease prevention*. 2^e éd., 2004, executive summary, Can J Cardiol. 2005 Oct; 21 Suppl D: 3D-19D.
3. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JM, et coll. *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. *Circulation*. 2007 May 22; 115(20): 2675-82.
4. Ades PA, Balady GJ, Berra K. *Transforming exercise-based cardiac rehabilitation programs into secondary prevention centers: a national imperative*. *J Cardiopulm Rehabil*. 2001 Sep-Oct; 21(5): 263-72.
5. Ades PA. *Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease*. *N Engl J Med*. 2001 Sep 20; 345(12): 892-902.
6. Juneau M, Nigam A. Exercise training after an acute coronary syndrome. Dans : Thérault P, (dir.). *Acute coronary syndromes: a companion to Braunwald's heart disease*. 2^e éd., Philadelphia: Saunders Elsevier Science; 2009. Sous presse.
7. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. *Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease*. *Ann Intern Med*. 2005 Nov 1; 143(9): 659-72.
8. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, et coll. *Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *Am J Med*. 2004 May 15; 116(10): 682-92.
9. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. *Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001(1): CD001800.
10. Oldridge NB, Guyatt GH, Fischer ME, Rimm AA. *Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials*. *Jama*. 1988 Aug 19; 260(7): 945-50.
11. O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, Goldhaber SZ, Olmstead EM, Paffenbarger RS, Jr., et coll. *An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction*. *Circulation*. 1989 Aug; 80(2): 234-44.

12. Oldridge N. « Economic evaluation of cardiopulmonary rehabilitation ». Dans : Jobin J, Maltais F, LeBlanc P and Simard C, (dir.). *Advances in cardiopulmonary rehabilitation*. Champaign: Human Kinetics; 2000 p. 211-25.
13. Brown A, Noorani, H, Taylor, R, Stone, J, Skidmore B. *Étude clinique et économique de la réadaptation cardiovasculaire axée sur l'exercice physique au regard de la coronaropathie*. Ottawa, Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé; 2003. Aperçu technologique no 11.
14. Papadakis S, Oldridge NB, Coyle D, Mayhew A, Reid RD, Beaton L, et coll. *Economic evaluation of cardiac rehabilitation: a systematic review*. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2005 Dec; 12(6): 513-20.
15. Fidan D, Unal B, Critchely J, et coll. *Economic analysis of treatments reducing coronary heart disease mortality in England and Wales. 2000-2010*. Quaterly Journal of Medicine. 2007; 100: 277-89.
16. Hambrecht R, Walther C, Mobius-Winkler S, Gielen S, Linke A, Conradi K, et coll. *Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease: a randomized trial*. Circulation. 2004 Mar 23; 109(11): 1371-8.
17. Belardinelli R, Paolini I, Cianci G, Piva R, Georgiou D, Purcaro A. *Exercise training intervention after coronary angioplasty: the ETICA trial*. J Am Coll Cardiol. 2001 Jun 1; 37(7): 1891-900.
18. Belardinelli R, Cianci G, Piva R, Purcaro A. *Exercise Training Intervention After Coronary Angioplasty (The ETICA Trial): Ten-Year Follow-up*. Circulation. 2007; 116 862.
19. Higgins HC, Hayes RL, McKenna KT. *Rehabilitation outcomes following percutaneous coronary interventions (PCI)*. Patient Educ Couns. 2001 Jun; 43(3): 219-30.
20. Monpère C, Rajoelina A, Vernochet P, Mirguet C, Thebaud N. *[Return to work after cardiovascular rehabilitation in 128 coronary patients followed for 7 years. Results and medico-economic analysis]*. Arch Mal Coeur Vaiss. 2000 Jul; 93(7): 797-806.
21. Perk J, Hedback B, Engvall J. *Effects of cardiac rehabilitation after coronary artery bypass grafting on readmissions, return to work, and physical fitness*. Étude rétrospective. Scand J Soc Med. 1990;18(1): 45-51.
22. Levin LA, Perk J, Hedback B. *Cardiac rehabilitation—a cost analysis*. J Intern Med. 1991 Nov; 230(5): 427-34.
23. Stewart S, Horowitz JD. *Home-based intervention in congestive heart failure: long-term implications on readmission and survival*. Circulation. 2002 Jun 18; 105(24): 2861-6.
24. Ducharme A, Doyon O, White M, Rouleau JL, Brophy JM. *Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial*. CMAJ. 2005 Jul 5;173(1): 40-5.

25. Georgiou D, Chen Y, Appadoo S, Belardinelli R, Greene R, Parides MK, et coll. *Cost-effectiveness analysis of long-term moderate exercise training in chronic heart failure*. Am J Cardiol. 2001 Apr 15; 87(8): 984-8; A4.
26. Lacasse Y, Martin S, Lasserson TJ, Goldstein RS. *Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease*. Revue systématique dans Cochrane. Eur J Respiratory Phys. 2007 Dec; 43(4): 475-85.
27. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaudré A, Bégin R, et coll. *Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention*. Arch Intern Med. 2003 Mar 10; 163(5): 585-91.
28. Bourbeau J, Collet JP, Schwartzman K, Ducruet T, Nault D, Bradley C. *Economic benefits of self-management education in COPD*. Chest. 2006 Dec; 130(6): 1704-11.
29. Dennis C, Houston-Miller N, Schwartz RG, Ahn DK, Kraemer HC, Gossard D, et coll. *Early return to work after uncomplicated myocardial infarction*. Résultats d'un essai aléatoire. JAMA. 1988 Jul 8; 260(2): 214-20.
30. Dumont S, Jobin J, Deshaies G, Trudel L, Chantale M. *[Rehabilitation and the socio-occupational reintegration of workers who have had a myocardial infarct: a pilot study]*. Can J Cardiol. 1999 Apr; 15(4): 453-61.
31. Picard MH, Dennis C, Schwartz RG, Ahn DK, Kraemer HC, Berger WE, 3rd, et coll. *Cost-benefit analysis of early return to work after uncomplicated acute myocardial infarction*. Am J Cardiol. 1989 Jun 1; 63(18): 1308-14.
32. Weintraub WS, Krumholz HM. *Cost effective strategies in cardiology*. Dans : Fuster VA, R.W., King, S. O'Rourke, RA, Roberts, R, King, SA III, et coll. (dir.). *Hurst's: The Heart*, 10^e édition, New York, McGraw-Hill Companies; 2000. p. 2487-512.
33. Grover SA. *The cost effectiveness of preventing cardiovascular diseases*. Can J Cardiol. 1999 Dec; 15 Suppl G: 114G-6G.
34. Ades PA, Pashkow FJ, Nestor JR. *Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation after myocardial infarction*. J Cardiopulm Rehabil. 1997 Jul-Aug; 17(4): 222-31.
35. Katzmarzyk PT, Gledhill N, Shephard RJ. *The economic burden of physical inactivity in Canada*. CMAJ. 2000 Nov 28; 163(11): 1435-40.
36. Cardiac Care Network of Ontario. *The Ontario Cardiac Rehabilitation Pilot Project. Report and recommendations*. Toronto, Canada, Ontario Ministry of Health; 2002.
37. Fletcher GF, Balady GJ, Amsterdam EA, Chaitman B, Eckel R, Fleg J, et coll. *Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association*. Circulation. 2001 Oct 2; 104 (14): 1694-740.

ANNEXE

FICHES DESCRIPTIVES DES DIVERS
PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE ET
DE RÉADAPTATION CARDIAQUE RECENSÉS DANS
CHAQUE RÉGION ADMINISTRATIVE DU QUÉBEC

RÉGION 01 – BAS-SAINT-LAURENT

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 01 - BAS-SAINT-LAURENT

Titre du programme	Arc-en-ciel
Site	La Pocatière
Personnes-ressources et coordonnées	<p>Dr René Julien est responsable du programme et du suivi médical. Dre Renée Roussel apporte son soutien en assurant la première partie de la première rencontre de Vie à cœur. De plus, elle participe aux suivis médicaux. Jocelyne Paradis, infirmière clinicienne, coordonne les deux programmes et donne deux volets de la formation.</p> <p>CLSC La Pocatière 708, 4^e Avenue, bureau 101 La Pocatière (Québec) G0R 1Z0 Tél. : 418 856-7000 Téléc. : 418 492-1763 Programme d'enseignement en prévention : Margo Moreau au 418 856-7000, poste 7286</p>
Description du programme	<p><u>Vie à cœur</u> : 4 rencontres sur les thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie cardiaque – circulation sanguine; • Facteurs de risque; • Médication; • Réadaptation physique – visite du gymnase; • Alimentation; • Gestion du stress; • Évaluation des 4 sessions. <p><u>Arc-en-ciel</u> : Programme d'exercice 1 ou 2 fois par semaine, 40 minutes environ par séance.</p> <p><u>Arrêt tabagisme</u> : Rencontres et traitements individuels à l'unité de médecine. Installation d'un présentoir lors de la semaine sans fumée.</p> <p><u>Nutrition</u> : Rencontres individuelles ainsi qu'en groupe avec une nutritionniste. Plusieurs programmes d'enseignement sont offerts dans le domaine de la prévention.</p>
Critères d'inclusion	Personnes avec problèmes cardiovasculaires ou troubles métaboliques (présence d'au moins 3 ou 4 anomalies métaboliques).
Nombre annuel de patients	2007 : 19 participants. 2008 : 11 participants pour Vie à cœur et 60 pour le programme Arc-en-ciel.
Professionnels impliqués	Médecin, infirmière, nutritionniste, kinésiologue.
Budget annuel	Revenus : 18 874,92 \$ Dépenses : 14 904,54 \$
Provenance du budget	Agence de la santé du Bas-Saint-Laurent : 8 371 \$, Centraide : 2 000 \$ Activité physique (cotisation des participants) : 6 060,14 \$ Cartes de membre : 550,00 \$ Dons : 1 003,78 \$ Campagne de financement : 890,00 \$

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 01 - BAS-SAINT-LAURENT

Titre du programme	Clinique des maladies cardiovasculaires
Site	Centre hospitalier régional de Rimouski
Personne-ressource et coordonnées	Dr Guy Boucher Centre hospitalier régional de Rimouski Tél. : 418 723-7851 Télécopieur. : 418 724-8557 elvisboucher1@hotmail.com
Description du programme	Clinique des maladies cardiovasculaires et syndrome métabolique. Programme d'exercice multisite (Rimouski, Amqui, Mont-Joli et Matane). Support psychologique.
Critères d'inclusion	Personnes avec maladies coronariennes, syndrome coronarien aigu ou syndrome métabolique.
Nombre annuel de patients	150 patients à risque élevé et avec entraînement en gymnase 3 fois par semaine pendant 12 semaines. 200 patients présentant un risque léger à modéré avec programme d'entraînement individualisé à domicile.
Professionnels impliqués	Infirmière, kinésologue, psychologue.
Budget annuel	100 000 \$ par année en provenance de l'agence. 10 000 \$ par année fournis par les cardiologues (fonds de recherche).
Provenance du budget	Agence de la santé et des services sociaux (NB : le montant de 100 000 \$ couvre d'autres maladies chroniques, soit les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et les maladies vasculaires athérosclérotiques (MVAS)). Cardiologues (fonds de recherche).

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 01 - BAS-SAINT-LAURENT

Titre du programme	Programme de prévention secondaire
Site	CSSS de Rivière-du-Loup
Personne-ressource et coordonnées	Sophie Beauregard Tél. : 418 868-1010, poste 2213 Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup 75, rue Saint-Henri Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4 Tél. : 418 868-1000 Téléc. : 418 868-1032
Description du programme	Programme de prévention secondaire des MCV visant le développement des connaissances et l'acquisition de saines habitudes de vie pour réduire les facteurs de risque modifiables. <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des facteurs de risque. • Programme d'enseignement (facteurs de risque, médication, conduite si DRS...). • Suivi des facteurs de risque. • Orientation : nutritionniste, CAT au besoin, kinésiologue et autres intervenants psychosociaux.
Critères d'inclusion	Personnes ayant subi un événement cardiaque (angine, syndrome coronarien aigu (SCA)), un infarctus du myocarde (IM) ou démontrant un signe d'athérosclérose coronarienne. Personnes recommandées par médecin traitant, interniste ou infirmière.
Nombre annuel de patients	135 nouveaux patients.
Professionnels impliqués	Infirmière, nutritionniste, psychologue, kinésiologue (clinique privée), travailleur social (CLSC).
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	CSSS Rivière-du-Loup.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 01 - BAS-SAINT-LAURENT

Titre du programme	Clinique Physio-Ergothérapeute Sylvain Trudel
Site	Rimouski
Personne-ressource et coordonnées	M. Dominique Perron, kinésiologue en réadaptation cardiaque Clinique Physio-Ergo Sylvain Trudel 395, boulevard Jessop, 2 ^e étage Rimouski (Québec) G5L 1M9 Tél. : 418 721-0027 Téléc. : 418 723-7911 Courriel : phtst@globetrotter.net Site Web : www.sylvaintrudel.com
Description du programme	Évaluation de la condition physique. Entraînement spécialisé sur place. Élaboration d'un programme d'entraînement à domicile.
Critères d'inclusion	Personnes souffrant de maladies cardiovasculaires et pulmonaires, d'hypertension, de dyslipidémie ou de diabète.
Nombre annuel de patients	Données non disponibles
Professionnels impliqués	Physiothérapeutes, ergothérapeutes, kinésiologues.
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	Clinique privée : les patients doivent assumer les frais.

RÉGION 02 – SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN

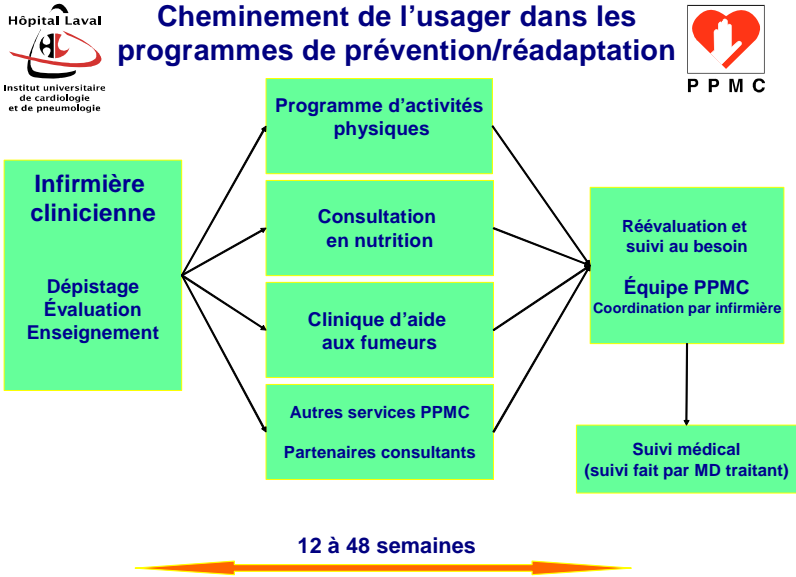
INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 02 - SAGUENAY-LAC SAINT-JEAN

Titre du programme	Programme régional de la trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques, volet cardiovasculaire
Site	Dans les six territoires sociosanitaires : Chicoutimi, La Baie, Domaine du Roy, Lac-Saint-Jean-Est, Maria-Chapdelaine et Jonquière Responsabilité régionale à Chicoutimi
Personne-ressource et coordonnées	<p>Dre Nathalie Roy Chef du service de cardiologie CSSS de Chicoutimi - Pavillon Saint-Vallier 305, rue Saint-Vallier, Chicoutimi (Québec) G7H 5H6 Tél. : 418 541-1012 Téléc. : 418 545-1032 Courriel : robert.nathalie@videotron.ca</p> <p>Nathalie Bergeron, infirmière coordonnatrice du volet maladies cardiovasculaires (MCV) et insuffisance cardiaque (IC) Tél. : 418 541-1234, poste 3262 Téléc. : 418 541-1163 Courriel : nathalie.bergeron@ssss.gouv.qc.ca</p> <p>Rachel Cloutier, kinésiologue et coordonnatrice régionale du volet activité physique. Tél. : 418 541-1234, poste 2827 Téléc. : 418 541-1163 Courriel : rachel.cloutier@ssss.gouv.qc.ca</p>
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des facteurs de risque et établissement d'un plan d'intervention en partenariat avec le patient. <ul style="list-style-type: none"> – Enseignement de groupe et rencontre individuelle offerts par l'infirmière et la nutritionniste. – Patient revu par l'infirmière et la nutritionniste 2 et 6 mois après la première visite afin de valider les changements de comportement. • Orientation vers la kinésiologue pour les patients intéressés. • Orientation vers le CAT selon les besoins du patient pour l'arrêt tabagique. • Orientation vers le psychologue au besoin.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Patients atteints d'une maladie chronique (maladie cardiovasculaire, insuffisance cardiaque). • Patients avec diagnostic de MPOC, asthme et diabète pour le volet activité physique, les autres activités éducatives étant regroupées selon les volets pulmonaire ou diabète. Si le patient présente plusieurs pathologies, discussion entre les différents intervenants afin d'établir les priorités et d'éviter les duplications. • Patients à risque très élevé de développer une maladie chronique. Les patients doivent être recommandés par leur médecin traitant.

Nombre annuel de patients	Nombre de patients ayant bénéficié d'une rencontre avec infirmière et nutritionniste :			
	Territoire	2004-2005	2005-2006	2006-2007
	Chicoutimi	97	141	225
	Domaine du Roy	142	135	129
	Jonquière	154	168	175
	La Baie	32	39	37
	Lac-Saint-Jean-Est	183	165	160
	Maria-Chapdelaine	35	44	58
	TOTAL :	643	692	784
	Pour le volet activité physique, les données sont plus difficiles à obtenir et dépendent des organismes communautaires.			
Professionnels impliqués	Médecin, infirmière clinicienne, nutritionniste, psychologue, kinésologue et/ou intervenant en activité physique.			
Budget annuel	<p>Les coûts pour les services de base sont assumés par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de chacun des territoires et sont répartis au prorata de la population.</p> <p>Pour le programme d'activité physique, il existe une entente entre les différents CSSS et un organisme communautaire, qui reçoit une subvention de l'agence en proportion de la population à desservir (entre 6 000 \$ et 30 000 \$).</p>			
Provenance du budget	Agence de la santé et des services sociaux. CSSS.			

RÉGION 03 – CAPITALE-NATIONALE

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 03 - CAPITALE-NATIONALE

Titre du programme	Pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC) (Programme de prévention et de réadaptation)
Site	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Hôpital Laval
Personne-ressource et coordonnées	<p>Directeur médical : Dr Paul Poirier</p> <p>Coordonnatrice : Marie Guimond PPMC, Institut national de cardiologie et de pneumologie de Québec 2725, chemin Sainte-Foy Québec (Québec) G1V 4G5 Tel. : 418 656-8711, poste 5477 Courriel : marie.guimond@ssss.gouv.qc.ca</p> <p>Agent de planification : Pierre Desgagné, Ph.D. Tél. : 418 656-8711, poste 5862 Courriel : pierre.desgagne@ssss.gouv.qc.ca</p>
Description du programme	<div style="text-align: center;">  <p>Cheminement de l'utilisateur dans les programmes de prévention/réadaptation</p> </div> <p>Les services du PPMC, offerts selon une approche biopsychosociale, visent la responsabilisation du client et le développement de son autonomie. Les interventions professionnelles sont faites selon un cadre défini par des normes de pratique professionnelles établies (ordres professionnels, réseau de la santé...). Le partenariat avec les ressources du milieu permet d'éviter les doublons.</p>

	<p>Rôle de l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> évaluation des facteurs de risque; stratification du risque; enseignement des valeurs ciblées; planification des examens complémentaires; recours à l'expertise du médecin; suivi avec l'équipe et avec le médecin de famille. <p>Rôle du kinésiologue :</p> <ul style="list-style-type: none"> évaluation des besoins en activité physique; prescription d'activités physiques; supervision des activités en gymnase; suivi des paramètres cliniques (TA, glycémies, symptômes...) et orientation vers les autres ressources au besoin. <p>Rôle des nutritionnistes :</p> <ul style="list-style-type: none"> évaluation des besoins; recommandations en fonction des besoins exprimés; orientation vers les autres ressources au besoin. <p>Autres services : Arrêt tabagique, gestion du stress, cours de cuisine.</p>
Critères d'inclusion	<p>Toute personne autonome qui a un médecin de famille. Toute personne ayant la capacité de payer les frais d'inscription.</p>
Nombre annuel de patients	<p>Environ 1 850 patients (735 femmes, 1 115 hommes). 50 % de la clientèle est en prévention secondaire ou en réadaptation.</p>
Professionnels impliqués	<p>Cardiologue responsable médical, infirmières cliniciennes, kinésiologues, nutritionnistes.</p>
Budget annuel	<p>1 280 000 \$</p>
Provenance du budget	<p>455 000 \$ Hôpital Laval. 40 000 \$ Direction de la santé publique (Clinique d'arrêt tabagique et clinique d'aide aux fumeurs). 134 500 \$ Agence de la santé de la Capitale-Nationale pour le Programme Traité santé du territoire Sainte-Foy–Sillery, quartier Laurentien. 650 000 \$ Inscriptions aux différents programmes : prévention primaire, secondaire, réadaptation cardiaque, réadaptation pulmonaire, gestion du stress, formation aux professionnels.</p>

**INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 03 - CAPITALE-NATIONALE**

Titre du programme	Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques : Traité santé http://www.rrsss03.gouv.qc.ca/pdf/CadreRefTraiteSante.pdf
Site	Multi site Voir Appendice A.
Personne-ressource et coordonnées	Hélène Bélanger, chargée de projet Programme régional de réadaptation Traité santé 2725, chemin Sainte-Foy Québec (Québec) G1V 4G5 Tél. : 418 656-8711, poste 3034 Téléc. : 418 656-4581 Courriel : helene.belanger.hl@ssss.gouv.qc.ca
Description du programme	<div data-bbox="532 789 1295 1346" style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #e6f2ff;"> <p align="center">Modèle d'intervention et processus</p> <p>Clientèle atteinte de MCV ou de diabète</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div data-bbox="570 898 824 1066" style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #0070c0; color: white;"> <p>Infirmière pivot</p> <ul style="list-style-type: none"> •évaluation •analyse des besoins •éducation •références vers les services •accompagnement </div> <div data-bbox="570 1115 867 1184" style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #0070c0; color: white; margin-top: 10px;"> <p>Médecin de famille Médecin spécialiste</p> </div> </div> <div style="width: 50%;"> <div data-bbox="954 835 1252 919" style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #0070c0; color: white; margin-bottom: 10px;"> <p>Services nutritionnels</p> </div> <div data-bbox="954 936 1252 1014" style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #0070c0; color: white; margin-bottom: 10px;"> <p>Groupe d'éducation « La vie à cœur » Fondation des maladies du cœur</p> </div> <div data-bbox="954 1031 1252 1108" style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #0070c0; color: white; margin-bottom: 10px;"> <p>Services en activité physique</p> </div> <div data-bbox="954 1125 1252 1203" style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #0070c0; color: white; margin-bottom: 10px;"> <p>Groupe d'arrêt tabagique</p> </div> <div data-bbox="954 1220 1252 1297" style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #0070c0; color: white;"> <p>Services psychosociaux</p> </div> </div> </div> <p align="center">Durée du programme de 6 à 12 mois</p> </div> <p>Traité santé offre à la personne atteinte de maladies chroniques et à ses proches un ensemble intégré et évolutif d'activités thérapeutiques (information, éducation, accompagnement/counseling) et multidimensionnelles (cessation tabagique, nutrition, activités physiques...) qui prennent la forme de rencontres individuelles, de relance téléphonique, et de rencontres de groupes adaptées aux besoins. La coordination des soins et des services aux participants en démarche d'autoprise en charge de leur maladie est assurée par l'infirmière pivot. Celle-ci travaille en collaboration avec les médecins et les spécialistes, les établissements de santé (cliniques et centres hospitaliers) ainsi que le réseau de partenaires privés, publics et communautaires en réadaptation. Les clients sont acheminés par les centres hospitaliers, les cliniques médicales, différents professionnels de la santé ou ils viennent d'eux-mêmes.</p>

Critères d'inclusion	<p>Adultes atteints de maladie cardiovasculaires ou de diabète, résidant dans la région de la Capitale-Nationale, désirant s'engager dans une démarche de réadaptation et aptes à participer aux différentes activités (capacités mentales et physiques); ils peuvent être accompagnés de leurs proches.</p> <p>Dans une deuxième phase, il est prévu d'y inclure les patients atteints de MPOC.</p>
Nombre annuel de patients	<p>La cible de départ était de rejoindre 20 % de la clientèle atteinte de MCV et de diabète soit 1 400 clients. Depuis 2003, les bilans font état de plus ou moins 1 500 clients de la région 03 recevant des services en réadaptation par l'intermédiaire de Traité santé.</p>
Professionnels impliqués	<p>Infirmière clinicienne et nutritionniste sont présentes dans tous les territoires tandis qu'il manque encore des kinésiologues. Dans ces cas, les services en activité physique sont offerts par des partenaires privés de la communauté.</p> <p>Les médecins de famille et les médecins spécialistes sont avisés de la démarche de leur client à son entrée au programme et sollicités au besoin pour la poursuite de la démarche de réadaptation.</p> <p>Au besoin, le pharmacien du client est consulté.</p> <p>Nous souhaitons intégrer des intervenants psychosociaux aux équipes, entre-temps les clients sont orientés vers les services existants dans les centres de santé, vers leur programme d'aide aux employés ou vers des ressources privées. Le volet arrêt tabagique est bien instauré dans chaque CLSC par le biais des centres antitabagistes (CAT), qui sont de précieux collaborateurs.</p>
Budget annuel	<p>Pour 2007-2008 un montant de 769 278 \$ est réparti entre les différents territoires pour les services directs tandis que 106 181 \$ sont alloués à la coordination régionale, pour un total de 875 459 \$.</p>
Provenance du budget	<p>Le financement provient de l'Agence de la santé et des services sociaux qui l'a distribué aux centres de santé responsables de dispenser les services de réadaptation sur leur territoire avec le soutien de la chargée de projet.</p> <p>Le budget de la coordination régionale a été donné en fiducie à l'Hôpital Laval.</p>

APPENDICE A

Programme régional de réadaptation multifactorielle pour la personne atteinte de maladies chroniques

Portrait synthèse de l'état de situation régionale au 31 mars 2007 (Amorcé en mai 2007 par Lyna Bolduc et complété par Hélène Bélanger en novembre 2007)

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE

Secteurs	Budget indexé (Le sous- total indique le montant réel reçu de l'Agence) (+ et - surplus ou déficit)	Inscriptions (Nombre et %) 2005-2006	Cibles	Inscriptions 2006-2007							Activité physique	Nutrition	GAMME DE SERVICES						
				Nbre %	Demande	Nouveau	Retus	En attente Individuel	Groupe	Individuel				I.P.	Groupe « La vie à cœur » : Vie♥	Nutrition : N	Activité physique : A.P.	Abandon tabagisme : A.T.	Psychosocial : P.S.
Haute-Ville des-Rivières (HVDR)	99 648 \$ +24 425 \$	166 (88 %)	189	145 (77 %)	98	93	4	1	82	10	90	I.P. ■ A.P. ind. ■ gr. ◆ Vie♥ ■ ◆ A.T. ind. ◆ gr. ◆ N. ind. ■ P.S. ind. ◆ gr. ◆ gr. ■ ◆							
Basse-Ville	128 634 \$	162 (65 %)	248	187 (75 %)	176	110	26	40	66	37	114	I.P. ■ A.P. ind. ■ gr. ■ ◆							

Limoulou-	+10 255 \$												Vie♥■◆	A.T. ind.◆gr.◆
Vanier													N. ind.■gr.	P.S. ind.◆gr.◆
(BVLV)													■◆	
Sainte-Foy-													I.P.■	A.P. ind.■◆gr.■
Sillery-	132 413 \$	283 (105 %)	269	334	252	217	30	0	205	173	175		Vie♥■	A.T. ind.◆gr.◆
Laurentien	+2 650 \$			(124 %)									N. ind.■	P.S. ind.■◆gr.■
(SFSL)													gr.■◆	◆
													Légende : ind. : individuel // gr. : groupe // ■ oui // ◆ particularité ou activités complémentaires	
Sous-total	369 105 \$	611 (87 %)	706	666	526	427	60	41	353	220	379			
				(94 %)										

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC-NORD

Haute-Saint-Charles/	--												I.P. ■ ◆	A.P. ind. ◆ gr. ◆
Jacques-Cartier (HSCJC)		112 (92 %)	122	98 (80 %)	93	93	0	0	15	-	98		Vie ♥ ■ ◆	A.T. ind. ◆ gr. ◆
													N. ind. ■	P.S. ind. ◆ gr. ◆
													gr. ■ ◆	
La Source (LS)	--	200 (119 %)	168	223 (133 %)	196	174	19	3	7 *	29	109		I.P. ■	A.P. ind. ◆ gr. ■ ◆
													Vie ♥ ■	A.T. ind. ◆ gr. ◆
													N. ind. ■	P.S. ind. ◆ gr. ◆
													gr. ■ ◆	
Orléans (O)	--	343 (150 %)	228	312 (137 %)	204	162	31	11	121	22	212		I.P. ■	A.P. ind. ■ gr. ■ ◆
													Vie ♥ ■	A.T. ind. ◆ gr. ◆
													N. ind. ■	P.S. ind. ◆ gr. ◆
													gr. ■ ◆	
Sous-total	276 288 \$	655 (126 %)	518	633 (122 %)	493	429	50	14	143	51	419		Légende : ind. : individuel // gr. : groupe // ■oui // ◆particularité	

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE PORTNEUF

Secteurs	Budget indexé	Inscriptions		Inscriptions 2006-2007					Activité physique		Nutrition		GAMME DE SERVICES					
		(Nombre et %) 2005-2006	Cibles	Nombre %	Demandes	Nouveaux	Refus	En attente	Individuel	Groupe	Individuel	Individuel	Soins infirmiers et fonction pivot : I.P.	Groupe « La vie à cœur » : Vie♥	Nutrition : N	Activité physique : A.P.		
Portneuf	61 224 \$	*141 (127 %)	111	96 (86 %)	80	78	0	*12	11	15	73	I.P. ■	A.P. ind. ■ gr. ■	A.T. ind. ◆	gr. ◆	N. ind. ■ gr. ■ ◆	P.S. ind. ◆	gr. ◆
	- 12 840 \$	112 (101 %)										Vie♥■◆						
Sous-total	61 224 \$	*141 (127 %)	111	96 (86 %)	80	78	0	12	11	15	73							
	-12 840 \$																	

Légende : ind. : individuel // gr. : groupe // ■ oui // ◆ particularités ou activités complémentaires

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHARLEVOIX / SECTEURS : BAIE-SAINT-PAUL / LA MALBAIE

Charlevoix	64 (85 %) BSP		39 (52 %)									
Baie-Saint-Paul			BSP		nd	nd	32	A.P. ind. ■ gr. ■				
BSP	41 563 \$	82 (109 %) LM	75	LM	nd	nd	nd	nd	BS	BS	BS	I.P. ■
												Vie ♥ ◆
												A.T. ind. ◆
				Total :					11	nd	53	N. ind. ■ gr. ■ ◆
				La Malbaie					LM	LM	LM	gr. ◆
												P.S. ind. ◆
				LM								gr. ◆
Sous-total	41 563 \$	146 (195 %)	75	*107							85	
				(142 %)								

Légende : ind. : individuel // gr. :
groupe // ■ oui // ◆ particularité

TOTAL GÉNÉRAL DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

TOTAL	748 180		1 553 (110 %)		1 410	*1 502	1099	934	110	67	518	286	956
4 CSSS						(106 %)							

ÉQUIPE RÉGIONALE D'OPÉRATIONNALISATION ET DE SOUTIEN CLINIQUE DU PROGRAMME DE TRAITÉ SANTÉ

Les priorités de l'équipe régionale pour 2007-2008 sont : 1) Poursuivre le soutien aux équipes locales dans la consolidation et le développement des services avec priorité à l'activité physique; 2) Poursuivre les travaux concernant l'évaluation du programme tant dans son implantation que dans la mesure de ses effets; 3) S'assurer du maintien d'un haut niveau de compétence des professionnels des équipes; 4) Amorcer des démarches pour améliorer la réponse aux besoins psychosociaux des clients inscrits au programme; 5) Consolider le partenariat tant dans le réseau qu'à l'extérieur; 6) Accroître le rayonnement du Programme (nouveau visuel, cadre de référence révisé, présentations à différentes instances...)

Équipe régionale 103 299 \$

+31 275 \$

RÉGION 04 – MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 04 - MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

Titre du programme	Association des cardiaques de la Mauricie inc.
Site	Trois-Rivières
Personne-ressource et coordonnées	France Marquis 4030, rue Louis-Pinard Trois-Rivières (Québec) G8Y 4L9 Tél. : 819 373-3722 Téléc. : 819 373-6182 Courriel : assoc.descardiaques@qc.aira.com Site Web : www.assocdescardiaques.com
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Programme « À vous de jouer » de la Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ) : 4 sessions d'enseignement et de discussion de 3 heures. • Consultation avec la nutritionniste. • Cours de nutrition et de saine alimentation. • Programme de relaxation : cours de yoga; cours de tai chi; enseignement sur le sommeil, le stress, l'arrêt du tabagisme; soirées-causeries. • Consultation en psychologie. • Conditionnement physique adapté en salle. • Conditionnement physique adapté en piscine. • Vie Active, mise en forme. Cours de réanimation cardiorespiratoire (RCR) cardio-secours.
Critères d'inclusion	Toute personne souffrant d'une maladie cardiovasculaire ou étant à risque élevé.
Nombre annuel de patients	250 à 300 membres actifs (nombre de visites annuelles : données non disponibles).
Professionnels impliqués	Cardiologue, médecin généraliste, psychologue, infirmière, nutritionniste, kinésiologue.
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	Organisme humanitaire sans but lucratif. Dons de la communauté et contributions des patients.

RÉGION 05 – ESTRIE

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 05 - ESTRIE

Titre du programme	Programme régional de réadaptation cardiaque
Sites	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et sept programmes satellites : CLSC Sherbrooke, CSSS Memphrémagog, CSSS Lac Mégantic, CSSS Asbestos, CSSS Haut-Saint-François, CSSS Le Val-Saint-François, CSSS Coaticook.
Personne-ressource et coordonnées	<p>Denyse Lamontagne, responsable de la réadaptation cardiaque Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie Tél. : 819 566-7861 Téléc. : 819 569-8894</p> <p>Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) CHUS Hôtel-Dieu, Pavillon Émile-Noël Centre de réadaptation cardio-pulmonaire 580, rue Bowen Sud, Sherbrooke (Québec) J1G 2E8</p> <p>Dre Sylvie Gagnon, responsable médicale</p> <p>Carl Fortier, infirmier responsable Tél. : 819 346-1110, poste 22557 Téléc. : 819 822-6723 Courriel : cfortier.chus@ssss.gouv.qc.ca</p> <p>Marie-Christine Noiseux, kinésiologue Tél. : 819 346-1110, poste 22576 Téléc. : 819 822-6723 courriel : mcnoiseux.chus@ssss.gouv.qc.ca</p> <p>Dr Serge Lepage, cardiologue Tél. : 819 346-1110, poste 22546 Courriel : serge.lepage@usherbrooke.ca</p>
Description du programme	<p>Les cliniques d'abandon du tabac sont en place dans tous les CSSS mais ne font pas partie intégrante du programme régional de réadaptation cardiaque.</p> <p>Voir Appendice B.</p>
Critères d'inclusion	<p>Les personnes atteintes d'une maladie cardiaque et leurs proches dont le diagnostic principal se trouve parmi la liste suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • infarctus du myocarde; • angine de poitrine; • postpontage coronarien; • postangioplastie; • insuffisance cardiaque compensée.

	<p>Dans certains établissements, pour compléter un groupe, on intègre des personnes présentant deux facteurs de risque et plus, après discussion avec le médecin traitant. Ces personnes doivent subir une évaluation médicale complète avec une stratification du risque.</p> <p>Par ailleurs, les personnes suivies devront avoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un suivi médical actif; • les capacités d'apprentissage requises pour participer au programme; • la motivation à s'engager dans une démarche de réadaptation portant sur les changements de comportement incluant minimalement un volet du programme (le modèle de Prochaska est utilisé); • un état clinique stable; • une évaluation complète de l'état de santé et une stratification du risque. <p>Les proches des personnes atteintes constituent une clientèle importante. 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 séances d'activités physiques.</p>
<p>Nombre annuel de patients</p>	<p>Au 31 mars 2007 : 927 patients ont été suivis durant l'année 2006-2007.</p>
<p>Professionnels impliqués</p>	<p>Infirmière pivot, nutritionniste, intervenant psychosocial, kinésiologue, médecin désigné dans chaque CSSS, pharmacien pour conférence dans certains établissements.</p>
<p>Budget annuel</p>	<p>805 000 \$ dont 180 000 \$ au CHUS et 625 000 \$ distribués dans chaque CSSS selon la population du territoire.</p>
<p>Provenance du budget</p>	<p>L'Agence de la santé et des services sociaux uniquement. Depuis le Plan de contingence des urgences, les maladies pulmonaires et la santé cardiovasculaire sont une priorité de l'Agence. Le Programme a débuté au CHUS pour ensuite être déployé en 2004 dans toutes les MRC.</p> <p>Le programme est gratuit pour tous.</p>

APPENDICE B

Programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques

Un ensemble de mesures ont été planifiées dans le cadre du plan de contingence des urgences et des travaux antérieurs de la Régie régionale de l'Estrie (ex. : PROS-MCV). Parmi celles-ci figuraient la mise en place du réseau MPOC ainsi que l'implantation du Programme régional de services en santé cardiovasculaire (réadaptation cardiaque et insuffisance cardiaque). Les objectifs visés étaient les suivants :

- diminuer de 30 % les consultations à l'urgence;
- diminuer de 30 % les hospitalisations;
- améliorer la qualité de vie.

Les maladies cardiovasculaires

Le Programme régional de services en santé cardiovasculaire comporte deux volets : la réadaptation cardiaque et l'insuffisance cardiaque. L'implantation d'un programme régional de réadaptation cardiaque et de cliniques d'insuffisance cardiaque a été retenue à la suite des recommandations du Comité régional en santé cardiovasculaire. Effectivement, les membres de ce comité avaient désigné ces mesures comme étant les plus susceptibles d'avoir un impact significatif sur la qualité de vie de la clientèle atteinte ainsi que sur l'utilisation judicieuse des services en milieu hospitalier, plus particulièrement les visites à l'urgence et les hospitalisations.

L'implantation de ces programmes s'est faite de façon progressive.

Réadaptation cardiaque

Spécifions qu'en réadaptation, le but est d'offrir une gamme complète de services (éducation visant l'autogestion, l'observance médicamenteuse, la cessation tabagique, l'intervention nutritionnelle, la gestion du stress, le soutien psychosocial et l'activité physique) aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire. Or, un tel projet ne peut que s'appuyer sur une organisation de services et sur un mode d'intervention dont pourraient hautement bénéficier les personnes atteintes de diabète, de MPOC, d'asthme ou d'autres maladies.

Le programme a amorcé ses activités en 2002 au CHUS pour ensuite se déployer dans les sept MRC de l'Estrie en 2004. Il s'adresse à une clientèle atteinte de cardiopathie ischémique (angine, infarctus, angioplastie, pontage coronarien). Il vise à améliorer la santé cardiovasculaire et la qualité de vie de ces personnes, à les aider à récupérer et à prévenir d'autres événements cardiaques. Le même programme de réadaptation est offert au CHUS et dans les CSSS. Ce qui le différencie est la supervision médicale pour la clientèle à risque.

Au cours de ce programme d'une durée de 12 semaines, différents professionnels accompagnent les personnes dans la prise en charge de leur santé. Un suivi téléphonique effectué par l'infirmière, 6 semaines, puis 3, 6 et 12 mois après la fin du programme permet d'évaluer les nouveaux besoins et, si nécessaire, de définir avec le participant de nouvelles stratégies de changements de comportements.

Afin de favoriser une réintégration à une vie la plus normale possible, les infirmières intervenantes pivots, intervenants psychosociaux, kinésologues, nutritionnistes et autres assistent les personnes dans la modification de comportements ou facteurs nuisibles à leur santé, tels l'inactivité physique, l'alimentation riche en gras, le surplus de poids,

l'hypertension, le stress et le tabagisme. Pour ce faire, on offre aux participants ainsi qu'à leurs proches des rencontres individuelles et de groupe ainsi que des activités ponctuelles d'éducation. L'activité physique est au cœur de la réadaptation. On organise, près du domicile du participant, des séances d'exercices adaptées à sa condition cardiaque et animées par la kinésiologue du Programme. Les clientèles plus à risque (évaluées par une méthode de stratification du risque basée sur les guides de pratique en réadaptation cardiaque) sont suivies au CHUS ou dans un établissement offrant une accessibilité immédiate à un médecin, advenant la survenue d'un événement cardiaque. Toutefois, des normes de sécurité telles que la formation régulière des intervenants à la réanimation cardiorespiratoire (RCR) et à l'utilisation du défibrillateur externe automatisé (DEA) ainsi que l'accessibilité à un défibrillateur cardiaque sont appliquées lors de toutes les séances d'activités physiques.

Le suivi médical est toujours assuré par le médecin de famille du participant. Un médecin désigné a toutefois été nommé par le DRMG dans chacun des CSSS pour soutenir l'équipe et ses collègues dans la stratification du risque et la prescription d'exercice. Chaque CSSS a la responsabilité d'assurer l'accès à des services de stratification du risque ainsi qu'à la prescription d'exercice par l'intermédiaire du médecin désigné.

Lorsque ce rôle ne peut être assumé par le CSSS, une entente peut être établie avec le CHUS afin d'obtenir ces résultats (stratification du risque) obligatoires à l'inscription du patient au volet « activités physiques ».

RÉGION 06 – MONTRÉAL

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 06 - MONTRÉAL

Titre du programme	Clinique de réduction de facteurs de risque
Site	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Personne-ressource et coordonnées	<p>Dr Jean Diodati, cardiologue, Chef de l'Unité coronarienne Professeur agrégé de clinique Faculté de médecine, Université de Montréal Tél. : 514 338-2200 j-diodati@crhsc.umontreal.ca</p> <p>Chantal Pharand, PharmD Pharmacienne à l'Unité coronarienne Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal Professeure agrégée, Faculté de pharmacie, Université de Montréal Tél. : 514 338-2222, poste 2506 chantal.pharand@umontreal.ca</p> <p>Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal 5400, boul. Gouin Ouest Montréal (Québec) H4J 1C5 Tél. : 514 338-2222, poste 2200 Téléc. : 514 338-2694</p>
Description du programme	<p>Évaluation des facteurs de risque par un médecin ou un pharmacien. Rencontres avec le pharmacien au début du programme puis sur une base annuelle ou au besoin selon l'évaluation du pharmacien.</p> <p>Modèle similaire au Programme interdisciplinaire d'insuffisance cardiaque (PIIC) de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.</p>
Critères d'inclusion	<p>Patients coronariens admis à l'unité coronarienne de l'hôpital présentant certains facteurs de risque modifiables tels que l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le tabagisme, le diabète, l'obésité et la sédentarité.</p> <p>Patients ayant subi une angioplastie coronarienne élective ou un pontage aortocoronarien (PAC).</p>
Nombre annuel de patients	150 patients.
Professionnels impliqués	Cardiologue, pharmacien, infirmière. Orientation au besoin : nutritionniste, endocrinologue, clinique antitabac, programme d'exercice à Option Cœur au Centre Multisports de Laval (privé).
Budget annuel	40 000 \$
Provenance du budget	Industrie pharmaceutique.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 06 - MONTRÉAL

Titre du programme	Clinique de facteurs de risque de HMR
Site	Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR)
Personne-ressource et coordonnées	Dre Geneviève Mathieu, interniste Hôpital Maisonneuve-Rosemont 5415, boul. de l'Assomption Montréal (Québec) H1T 2M4 Tél. : 514 252-3400
Description du programme	Programme de réduction des facteurs de risque chez les patients avec pathologie cardiovasculaire ou à risque élevé.
Critères d'inclusion	Personnes souffrant de maladies cardiovasculaires ou étant à risque élevé.
Nombre annuel de patients	334 patients (données de 2007).
Professionnels impliqués	Médecins internistes, infirmières, nutritionnistes de façon sporadique.
Budget annuel	10 000 \$
Provenance du budget	Industrie pharmaceutique.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 06 - MONTRÉAL

Titre du programme	Centre de cardiologie préventive du CHUM
Site	Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Personne-ressource et coordonnées	Dre Sylvie Legault, cardiologue Tél. : 514 890-8000 Courriel : slegault@ca.inter.net Centre de cardiologie préventive CHUM - Hôtel-Dieu 3840, rue Saint-Urbain, Montréal (Québec) H2W 1T8
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement de groupe « La vie à cœur ». • Programme d'activité physique à faire à la maison ou en centre privé (pour 2007-2008, une salle d'entraînement sera aménagée à l'hôpital). • Service de nutrition. • Aide psychologique. • Programme de cessation tabagique.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes ayant subi un événement cardiaque MCAS, SCA récent avec ou sans intervention de revascularisation. • Population visée par la prévention primaire : plusieurs facteurs de risque (obésité, HTA, dyslipidémie, diabète, etc.). • Personnes âgées de moins de 75 ans.
Nombre annuel de patients	<ul style="list-style-type: none"> • 528 patients approximativement dont 120 actifs à l'entraînement supervisé en gymnase. • 1 224 visites au Centre de cardiologie préventive. • 747 consultations en activité physique. • 479 épreuves d'effort. • 651 ECG au repos.
Professionnels impliqués	Cardiologues, infirmières, diététistes, psychologue, pharmaciens, kinésiothérapeutes, intervenants en abandon du tabagisme.
Budget annuel	Revenus : 147 153 \$ Dépenses : 185 253 \$
Provenance du budget	95 343 \$ Direction des regroupements clientèles du CHUM. 51 810 \$ Industrie pharmaceutique et activités promotionnelles.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 06 - MONTRÉAL

Titre du programme	<i>McGill Cardiovascular Health Improvement Program (CHIP)</i> Programme d'amélioration de la santé cardiovasculaire de McGill
Site	Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
Personne-ressource et coordonnées	Steven A. Grover, MD, MPA, FRCPC, directeur Marla Gold, B.Ed., M.A., directrice Courriel : mgold@epimgh.mcgill.ca 3505, avenue Atwater Montréal (Québec) H3H 1Y2 Tél. : 514 489-6630 Téléc. : 514 489-2604 Site Web : www.chiprehab.com
Description du programme	Évaluation de la santé cardiovasculaire incluant une épreuve d'effort, un profil de risque cardiovasculaire informatisé, test sanguin, profil psychosocial, indice de pression systolique. <ul style="list-style-type: none"> • Programme d'exercices supervisés – entre 36 et 60 séances. • Programme d'exercices à domicile ou séances privées d'exercices. • Prévention et contrôle du diabète – entre 36 et 60 séances. • Programmes de nutrition : consultations privées, groupes de soutien. • Programmes psychosociaux : gestion du stress, consultations privées, groupes de soutien. • Programme d'enseignement et de soutien pour les patients atteints de cancer. • Programme jeunesse pour l'été destiné aux jeunes obèses de 10 à 16 ans.
Critères d'inclusion	Prévention primaire (30 %). <ul style="list-style-type: none"> • Patients souffrant d'hypertension, de cholestérol élevé, de diabète, d'obésité, de syndrome métabolique, de cancer. • Patients sédentaires. Prévention secondaire (70 %). <ul style="list-style-type: none"> • Patients ayant subi un événement cardiaque à la suite de chirurgie cardiaque, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral. • Patients souffrant d'angine ou d'insuffisance cardiaque.
Nombre annuel de patients	Entre 350 et 400 patients, pour un total d'environ 1 000 visites par année.
Professionnels impliqués	Cardiologues, internistes, médecins, pneumologues, endocrinologues, infirmière, physiologistes de l'exercice, diététistes, psychologues.
Budget annuel	375 000 \$ - 400 000 \$
Provenance du budget	Organisme sans but lucratif. Aucune source de financement du gouvernement ou de l'hôpital. 50 % provient des revenus des programmes. 10 à 25 % de dons et parrainages. 20 à 25 % de collectes de fonds.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 06 - MONTRÉAL

Titre du programme	Centre de prévention cardiovasculaire de l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
Site	Montréal
Personne-ressource et coordonnées	<p>Tracy Hodge RN thodge@jgh.mcgill.ca Cathy Delouya kdelouya@jgh.mcgill.ca Tél. : 514 340-8222, poste 4030</p> <p>Dr Ernesto Schiffrin et Dr Morris Schweitzer, directeurs Tél. : 514 340-8222, poste 4030</p> <p>Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis Pavillon H 3755, chemin de la Côte-Sainte-Catherine Montréal (Québec) H3T 1E2 Tél. : 514 340-8222 Téléc. : 514 340-7510</p>
Description du programme	<p>Évaluation clinique, enseignement, nutrition.</p> <p>À venir, activité physique et arrêt tabagique.</p>
Critères d'inclusion	Patients hypertendus, diabétiques, dyslipidémiques ou ayant subi un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral (AVC).
Nombre annuel de patients	Approximativement 1 500 patients.
Professionnels impliqués	<p>Médecins : 2 internistes, 2 cardiologues, 2 endocrinologues, 1 néphrologue. Infirmières : 2. Nutritionniste : 1. À venir, kinésiologue, pharmacien, psychologue (arrêt tabagique).</p>
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 06 - MONTRÉAL

Titre du programme	Programme de réadaptation cardiaque (soins subaigus, de basse intensité)
Site	Centre hospitalier Catherine Booth
Personne-ressource et coordonnées	<p>Louise HUDON, D.S.R. Courriel : l.hudon@SSSS.gouv.qc.ca</p> <p>Jane BOUCHER, physiothérapeute. et coordinatrice : Éducation. Courriel : jane.boucher.hcb@SSSS.gouv.qc.ca</p> <p>Centre hospitalier Catherine Booth 4375, avenue Montclair Montréal (Québec) H4B 2J5</p>
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation par chaque membre de l'équipe multidisciplinaire. • Programme individualisé de marche et d'exercice. • Enseignement donné aux patients et distribution de dépliants sur tabagisme, nutrition, cholestérol, etc. • Stratégie d'adaptation psychologique.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Patients âgés de 18 ans ou plus. • Patients atteints d'une maladie cardiovasculaire et/ou coronarienne ou d'angine. • Patients ayant subi une crise cardiaque et/ou étant en convalescence à la suite d'une chirurgie cardiaque ou vasculaire.
Nombre annuel de patients	272 patients.
Professionnels impliqués	Médecin omnipraticien, cardiologue, infirmière, physiothérapeutes, ergothérapeutes, techniciens en service social, psychologues, nutritionnistes, pharmaciens.
Budget annuel	Budget global de l'hôpital.
Provenance du budget	Budget du ministère de la Santé et des Services sociaux provenant de l'Agence de Montréal.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 06 - MONTRÉAL

Titre du programme	Programme de réadaptation cardiaque à l'externe, haute intensité et basse intensité
Site	Centre hospitalier Catherine Booth
Personne-ressource et coordonnées	Louise HUDON, D.S.R. <i>Courriel : l.hudon@SSSS.gouv.qc.ca</i> Rachel LANDRY, coordonnatrice services externes <i>Courriel : rachel.landry.hcb@SSSS.gouv.qc.ca</i> Susan Stewart, infirmière. - Jane Boucher, physiothérapeute. Mark Smilovitch, cardiologue
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation par chaque membre de l'équipe multidisciplinaire. • Programme d'exercice. • Programme d'éducation en 6 sessions par le cardiologue, l'infirmière, la physiothérapeute, la diététicienne, la psychologue et la pharmacienne – documentation remise aux patients.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Patients âgés de plus de 18 ans. • Patients atteints d'une maladie cardiovasculaire et/ou coronarienne ou d'angine. • Patients ayant subi une crise cardiaque et/ou étant en convalescence à la suite d'une chirurgie cardiaque ou vasculaire. <p>Devant une possibilité de 2 programmes, les patients étaient acheminés vers le programme adéquat après évaluation.</p>
Nombre annuel de patients	150 patients.
Professionnels impliqués	Médecin omnipraticien, cardiologue, infirmière, physiothérapeutes, ergothérapeutes, techniciens en service social, psychologues, nutritionnistes, pharmaciens.
Budget annuel	80 000 \$
Provenance du budget	Budget venant uniquement de donations. Équipement venant aussi de donations privées.

Note : Depuis mai 2006, ce programme gratuit pour les patients cardiaques (Cardiaque à l'externe, haute intensité et basse intensité) a dû être supprimé par manque de fonds.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 06 - MONTRÉAL

Titre du programme	Centre ÉPIC de l'Institut de cardiologie de Montréal
Site	Institut de cardiologie de Montréal
Personne-ressource et coordonnées	<p>Martin Juneau, M.D. FRCP, cardiologue Directeur de la prévention Institut de cardiologie de Montréal/Centre ÉPIC 5055, rue Saint-Zotique Montréal (Québec) H1T 1N6 Tél. : 514 374-1480, poste 236 Téléc. : 514 374-2445</p> <p>Carole Lefebvre, inf. Adjointe du directeur Tél. : 514 374-1480, poste 231 Téléc. : 514 374-2445</p>
Description des programmes	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de réadaptation cardiaque (membres) incluant évaluation médicale et épreuve d'effort, suivi individuel par kinésologue, nutrition, gestion du stress, cours de cuisine. Durée : 3 mois ou 1 an. • Programme d'entraînement et de prévention (membres en prévention primaire) incluant entraînement en gymnase, nutrition, conseils diététiques, gestion du stress, cours de cuisine. Durée : 3 mois ou 1 an. • Clinique de prévention cardiovasculaire (non-membres) : suivi médical, entraînement à l'effort en gymnase supervisé par un kinésologue, nutrition clinique, enseignement des facteurs de risque, gestion du stress, etc. Durée : 16 semaines (programme gratuit). • Heures d'ouverture : lundi et mercredi, de 5 h 30 à 21 h; mardi et jeudi, de 6 h 45 à 21 h 30; vendredi, de 5 h 30 à 19 h; samedi, de 8 h 30 à 13 h; dimanche, de 9 h à 12 h. • 132 cours par semaine. • Clinique métabolique (clinique de traitement et de prévention pour les patients avec syndrome métabolique et diabète de type 2) : voir Clinique de prévention. Durée de 12 semaines (programme gratuit). • Programme d'enseignement pré et post-gradué. • Programme de recherche.

Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Membres ÉPIC (prévention secondaire) : toutes pathologies cardiovasculaires. Aucune exclusion sauf contre-indications absolues à l'exercice. • Membres ÉPIC (prévention primaire) : présence de facteurs de risque. Aucune exclusion. • Clinique de prévention cardiovasculaire : syndrome coronarien aigu récent ou revascularisation restante. • Clinique métabolique : syndrome métabolique, diabète de type 2.
Nombre annuel de patients	<p>Environ 4 500 membres dont le tiers (1 500) inscrits en prévention secondaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 000 évaluations cardiovasculaires complètes par année. • Nombre de présences en heures/patients/année : 240 000. • Entre 12 et 20 bureaux/semaine pour les évaluations et suivis. • Clinique de prévention cardiovasculaire et clinique métabolique : 481 patients pour 7 367 visites (incluant l'entraînement).
Professionnels impliqués	Cardiologues (patients en prévention secondaire), omnipraticiens (prévention primaire), internistes (cliniques de prévention et métabolique), infirmières, kinésiothérapeutes, diététistes.
Budget annuel	<ul style="list-style-type: none"> • Centre ÉPIC incluant la Direction de la prévention : 2 400 000 \$. • Clinique de prévention cardiovasculaire et clinique métabolique : 160 000 \$.
Provenance du budget	<p><u>Centre ÉPIC</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abonnements : 1 630 000 \$ • Hôpital : 777 000 \$ <p><u>Clinique de prévention cardiovasculaire et clinique métabolique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dons (institutions financières et compagnies pharmaceutiques) : 130 000 \$ • Hôpital : 30 000 \$

RÉGION 07 – OUTAOUAIS

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 07 - OUTAOUAIS

Titre du programme	Programme de réadaptation cardiaque
Site	Centre de santé et de services sociaux de Gatineau*
Personne-ressource et coordonnées	Lucie Girouard, coordonnatrice Secrétariat : 819 966-6214 Tél. : 819 966-6200, poste 5366 Téléc. : 819 966-6215 Hôpital de Hull 116, boul. Lionel-Émond Gatineau (Québec) J8Y 1W7
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'enseignement de modification des facteurs de risque. • Support psychologique et social. • Suivi sur une base individuelle et de groupe. • ECG au début et à la fin, pas d'exercice.
Critères d'inclusion	Clientèle de l'hôpital et des cardiologues.
Nombre annuel de patients	415 patients.
Professionnels impliqués	Cardiologue, infirmière, nutritionniste, physiothérapeute, ergothérapeute, pharmacien, coordonnatrice clinique, psychologue, travailleuse sociale.
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	CSSS.

* Ce programme dessert également le Centre de santé de la Vallée-de-la-Gatineau (Maniwaki et Papineau).

RÉGION 08 – ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 08 - ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Titre du programme	Programme de réadaptation cardiaque
Site	Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos
Personne-ressource et coordonnées	Dr Pierre-Michel Guay, adjoint du directeur des services professionnels Francisca Levasseur Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos 622, 4 ^e Rue Ouest, 5 ^e étage Amos (Québec) J9T 2S2 Tél. : 819 732-3341 Téléc. : 819 732-6449
Description du programme	Programme de réadaptation cardiaque comprenant entraînement à l'effort et contrôle de tous les facteurs de risque.
Critères d'inclusion	Patients avec maladies cardiovasculaires, patients ayant subi des événements cardiaques.
Nombre annuel de patients	Approximativement 120 patients.
Professionnels impliqués	Kinésologue, diététiste, médecin, inhalothérapeute.
Budget annuel	Approximativement 70 000 \$.
Provenance du budget	Hôpital.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 08 - ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Titre du programme	Programme de réadaptation cardiorespiratoire des Aurores-Boréales
Site	La Sarre
Personne-ressource et coordonnées	Lise Langlois, kinésiologue Tél. : 819 333-2311, poste 2269 Téléc. : 819 333-4227 courriel : lise_langlois@ssss.gouv.qc.ca Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales 679, 2 ^e rue Est La Sarre (Québec) J9Z 2X7
Description du programme	Entraînement 3 fois par semaine à raison de 75 minutes, supervisé par une kinésiologue. Enseignement donné sur place : l'exercice, les facteurs de risque, l'alimentation, le froid, la chaleur, la sexualité, le tabac, etc. Une clinique médicale par mois avec le médecin répondant du programme. ECG à l'effort à l'admission, rencontre avec la kinésiologue et le médecin à l'admission.
Critères d'inclusion	Personnes ayant subi un événement cardiaque : MCAS'MVAS ou souffrant d'insuffisance cardiaque, de diabète, d'obésité classe 2 et plus, de MPOC. Infarctus, maladies vasculaires, etc.
Nombre annuel de patients	Approximativement 100 patients.
Professionnels impliqués	Kinésiologue, médecin, nutritionniste.
Budget annuel	56 000 \$
Provenance du budget	CSSS des Aurores-Boréales.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 08 - ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Titre du programme	Programme de réadaptation cardiaque
Site	CSSS de la Vallée-de-l'Or
Personne-ressource et coordonnées	Dr Marcel Reid et M. Normand Pouliot, kinésologue CSSS de la Vallée-de-l'Or (C.H. de Val D'Or) 3 ^e étage, Pavillon Germain-Bigué 725, 6 ^e Rue Val D'Or (Québec) J9P 3Y1 Tél. : 819 825-6711, poste 2372 Téléc. : 819 825-7814 Courriel : normand_pouliot@ssss.gouv.qc.ca Site Web : www.saineshabitudes.com
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la condition physique. • Programme d'enseignement individuel et de groupe. • Enseignement sur la nutrition. • Programme d'activité physique. • Cours de relaxation. • Suivi médical tout au long du programme. • Après le programme, un suivi d'une semaine par mois pendant 3 mois.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Patients coronariens avec ou sans angioplastie. • Patients ayant subi un pontage aortocoronarien. • Patients dont la condition est stable : arythmie contrôlée, angine stable. • Patients à risque élevé de maladie coronarienne. • Patients ayant subi toute autre chirurgie cardiaque. • Patients recommandés par un médecin et qui ont passé récemment un bilan lipidique et un ECG à l'effort.
Nombre annuel de patients	40 patients.
Professionnels impliqués	Médecin, cardiologue, kinésologue, diététiste.
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	CSSS et Agence.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 08 - ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Titre du programme	1. Clini-cœur : programme de prévention secondaire de la MCAS 2. Programme de santé cardiovasculaire en prévention primaire.
Site	Centre hospitalier Rouyn-Noranda
Personne-ressource et coordonnées	Lise Dubé, infirmière clinicienne 819 764-5131, poste 43429 Annie Audet, chef de programme Dr Julie Héroux, interniste Centre hospitalier Rouyn-Noranda 9 ^e Rue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2B2
Description du programme	1. Première visite avec l'infirmière : Évaluation des facteurs de risque cardiovasculaires, enseignement sur la modification des habitudes de vie, explication des interventions (angioplastie, PAC, etc.) L'infirmière peut assurer un suivi de soutien au plan du changement des habitudes de vie. Une visite individuelle en nutrition clinique. L'utilisateur assiste à 3 ateliers d'information en groupe les jeudis après-midi : nutrition, activité physique, contrôle de la médication, contrôle des facteurs de risque et gestion du stress. Une visite d'évaluation médicale a lieu 1 mois après l'angioplastie ou le PAC. Le suivi longitudinal est assuré lorsque l'utilisateur est considéré comme à risque de récurrence ou s'il n'a pas de médecin de famille. 2. Rencontre individuelle avec l'infirmière qui évalue les facteurs de risque de MCAS et assure l'enseignement approprié. Rencontres de groupe avec infirmière, nutritionniste, kinésologue, pharmacien.
Critères d'inclusion	1. Clientèle adulte avec MCAS documentée ou 1 ^{er} événement coronarien. 2. Toute personne référée pour traitement de facteurs de risque de MCAS : dyslipidémie, tabagisme, syndrome métabolique, glycémie élevée ou diabète, embonpoint, sédentarité et hypertension artérielle.
Nombre annuel de patients	1. Entre 85 et 105 usagers/année en individuel seulement. 2. Environ 55 usagers/année en individuel seulement.
Professionnels impliqués	<u>Évaluation et suivi</u> : internistes, infirmière. <u>Programme d'enseignement</u> : nutritionniste, kinésologue, pharmacien, infirmière, travailleuse sociale. Le kinésologue est aussi affecté au programme de cessation du tabac. <u>Évaluation, programme d'enseignement</u> : infirmière et nutritionniste, kinésologue, pharmacien.
Budget annuel	Évaluation et suivi : salaires-temps en ressources humaines pour rencontres individuelles et de groupe. Difficile à déterminer. Plus de 80 000 \$/an.
Provenance du budget	Agence de santé et de services sociaux.

RÉGION 09 – CÔTE-NORD

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 09 - CÔTE-NORD

Titre du programme	Aucun programme de prévention secondaire et de réadaptation.
Site	CSSS Manicouagan : 1 clinique d'insuffisance cardiaque CSSS Sept-Îles : 1 programme d'insuffisance cardiaque
Personne-ressource et coordonnées	Johanne Savard Directrice des affaires médicales et de la santé publique Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord Tél. : 418 589-9845, poste 2237
Description du programme	Sans objet
Critères d'inclusion	Sans objet
Nombre annuel de patients	Sans objet
Professionnels impliqués	Sans objet
Budget annuel	Sans objet
Provenance du budget	Sans objet

RÉGION 10 – NORD-DU-QUÉBEC

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 10 - NORD-DU-QUÉBEC

Titre du programme	Aucun programme. Les patients en cardiologie sont acheminés à l'Hôpital de Chicoutimi.
Site	
Personne-ressource et coordonnées	Jean-Luc Imbault Directeur des affaires médicales, sociales et services professionnels Agence de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec Tél. : 418 748-3575
Description du programme	Sans objet
Critères d'inclusion	Sans objet
Nombre annuel de patients	Sans objet
Professionnels impliqués	Sans objet
Budget annuel	Sans objet
Provenance du budget	Sans objet

RÉGION 11 – GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 11 - GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE

Titre du programme	Aucun programme hormis le centre d'abandon du tabac.
Site	Centre hospitalier de l'Archipel
Personne-ressource et coordonnées	Dre Edith Grégoire Directrice des services professionnels et hospitaliers Centre hospitalier de l'Archipel 430, chemin Principal, C.P. 730 Cap-aux-Meules (Québec) G0B 1B0 Tél. : 418 986-2121, poste 8325 Téléc. : 418 986-6845
Description du programme	Sans objet
Critères d'inclusion	Sans objet
Nombre annuel de patients	Sans objet
Professionnels impliqués	Sans objet
Budget annuel	Sans objet
Provenance du budget	Sans objet

RÉGION 12 – CHAUDIÈRE-APPALACHES

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 12 - CHAUDIÈRE-APPALACHES

Titre du programme	Aucun programme. Les patients sont acheminés à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Hôpital Laval.
Site	Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Personne-ressource et coordonnées	Dre Monique St-Pierre Directrice des services de santé et de médecine universitaire Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches Tél. : 418 386-3363 Mme Sylvie Goulet Tél. : 418 386-3592
Description du programme	Sans objet
Critères d'inclusion	Sans objet
Nombre annuel de patients	Sans objet
Professionnels impliqués	Sans objet
Budget annuel	Sans objet
Provenance du budget	Sans objet

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 12 - CHAUDIÈRE-APPALACHES

Titre du programme	Forme Active
Site	Montmagny
Personne-ressource et coordonnées	Nathalie Désaulniers, kinésiologue Tél. : 418 248-6996 Téléc. : 418 248-6996 Courriel : formeactive@cgocable.ca 25, boul. Taché Ouest, local 02 Montmagny (Québec) G5V 2Z9
Description du programme	Enseignement du programme La vie à cœur de la Fondation des maladies du cœur du Québec.
Critères d'inclusion	Patients avec pathologies cardiovasculaires.
Nombre annuel de patients	Données non disponibles
Professionnels impliqués	Médecin, kinésiologue, pharmacien, psychologue, diététiste.
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	Données non disponibles

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 12 - CHAUDIÈRE-APPALACHES

Titre du programme	Fondation du cœur Louis-Georges Fortin
Site	Ville de Saint-Georges
Personne-ressource et coordonnées	Fondation du cœur Louis-Georges Fortin 2505 - 10 ^e Avenue Case postale 756 Saint-Georges (Québec) G5Y 7C9 Tél. : 418 227-1843 Téléc. : 418 227-9455 Courriel : fondation@coeur.ca Site Web : www.coeur.ca
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Activités de prévention, d'information, de dépistage des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et programmes d'exercice physique. • Programme de réadaptation cardiaque gratuit supervisé par une équipe multidisciplinaire comprenant des professionnels de la santé. • Programme d'activité physique 3 fois par semaine. • Comme suite à un projet pilote, la fondation dispense maintenant un programme d'exercice approprié aux personnes ayant des problèmes respiratoires et pulmonaires (MPOC). • Cours de réanimation cardiorespiratoire.
Critères d'inclusion	Patients souffrant de problèmes cardiaques tels l'angine, l'hypertension, l'infarctus et autres maladies liées au cœur. Ce programme est fortement recommandé aux personnes ayant subi des pontages et dilatations ou souffrant d'insuffisance cardiaque.
Nombre annuel de patients	Données non disponibles
Professionnels impliqués	Cardiologues, infirmières, inhalothérapeutes, techniciens en réadaptation physique, éducateur physique, spécialistes en yoga et relaxation, et un coordonnateur.
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	Fondation à but non lucratif avec activités de collecte de fonds.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 12 - CHAUDIÈRE-APPALACHES

Titre du programme	Programme de réadaptation des coronariens en gymnase
Site	Thetford Mines
Personne-ressource et coordonnées	Serge Faucher, coordonnateur Tél. : 418 338-8591, poste 298 Courriel : caps@cgocable.ca Cégep de Thetford Mines Centre d'activités physiques et sportives (CAPS) 671, boulevard Frontenac Ouest Thetford Mines (Québec) G6G 1N1
Description du programme	Le centre d'activités physiques et sportives (CAPS) collabore avec le centre hospitalier local à un programme de réadaptation pour les gens souffrant de problèmes cardiaques et de diabète.
Critères d'inclusion	Patients avec pathologies cardiovasculaires et/ou diabète.
Nombre annuel de patients	Données non disponibles
Professionnels impliqués	Données non disponibles
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	Organisme privé à but non lucratif.

RÉGION 13 – LAVAL

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 13 - LAVAL

Titre du programme	Clinique locale d'insuffisance cardiaque (CLIC) - Coronariens
Site	Centre ambulatoire régional de Laval (CARL)
Personne-ressource et coordonnées	Dre Martine Montigny, cardiologue Centre ambulatoire régional de Laval 1515, boul. Chomedey Laval (Québec) H7V 3Y7 Tél. : 450 975-5307 Courriel : mmontigny@videotron.ca Clinique de cardiologie 450 668-1010, poste 2927
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique de prévention secondaire. • Programme d'enseignement aux coronariens. • Programme d'entraînement physique. • Clinique d'insuffisance cardiaque.
Critères d'inclusion	Patients ayant été hospitalisés récemment, coronariens ou insuffisants cardiaques. Résidents de Laval.
Nombre annuel de patients	1 347 patients (2006-2007)
Professionnels impliqués	Cardiologue*, infirmières, diététistes, pharmacien, éducateurs physiques, psychologue, techniciennes en électrophysiologie.
Budget annuel	666 190 \$
Provenance du budget	CSSS de Laval.

* Présence à temps plein d'un cardiologue dédié, à rémunération mixte.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 13 - LAVAL

Titre du programme	Centre cardiovasculaire Tennis 13
Site	Laval
Personne-ressource et coordonnées	Isabelle Théoret, kinésiologue, coordonnatrice Tél. : 450 687-9913, poste 236 Téléc. : 450 687-1763 Courriel : isabel.theoret@tennis13.com Centre cardiovasculaire Tennis 13 1013, autoroute Chomedey Laval (Québec) H7W 4V3
Description du programme	Un programme spécialisé d'exercice physique en gymnase élaboré par des kinésiologues. Programme pour les diabétiques : <ul style="list-style-type: none"> • prise du taux de glycémie; • informations générales sur la glycémie versus l'activité physique; • directives sur l'entraînement à suivre; • conseils sur les activités physiques à pratiquer; • planification d'entraînement; • précisions quant aux restrictions physiques et capacités.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes ayant subi un infarctus du myocarde, une dilatation, un pontage coronarien ou souffrant d'angine ou d'insuffisance artérielle des membres inférieurs. • Personnes désirant contrôler adéquatement un ou plusieurs facteurs de risque de la maladie coronarienne. • Personnes ayant un excès de poids, une pression artérielle élevée, un cholestérol élevé ou un diabète mal contrôlé. • Personnes désirant simplement améliorer leur qualité de vie.
Nombre annuel de patients	Données non disponibles
Professionnels impliqués	Cardiologue à temps partiel, kinésiologues.
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	Centre privé à but lucratif. Revenus d'abonnement et autres.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 13 - LAVAL

Titre du programme	Programme Option Cœur
Site	Laval
Personne-ressource et coordonnées	Julie Théberge, entraîneure privée, programmes spécialisés Programme Option Cœur Carrefour multisports 3095, autoroute Laval Chomedey, Laval (Québec) Tél. : 450 687-1857, poste 313 Téléc. : 450 687-8422 jtheberge@ca-multisports.com
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation par le cardiologue et directeur médical du programme. • Supervision par un cardiologue. • Suivi régulier par un entraîneur qualifié. • Programme de réadaptation cardiaque.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes ayant un problème cardiaque récent ou ancien. • Personnes présentant un ou plusieurs facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.
Nombre annuel de patients	30 à 40 patients pour l'année 2007.
Professionnels impliqués	Cardiologue, kinésiologue.
Budget annuel	Environ 30 000 \$ à 35 000 \$ pour les groupes et les privés.
Provenance du budget	Financement privé à 100 %. Participants au programme.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 13 - LAVAL

Titre du programme	Association des cardiaques en thérapie, les intervenants, la famille et la société (ACTIFS)*
Site	Laval
Personne-ressource et coordonnées	Proactivité 4450, promenade Paton, local 106 Laval (Québec) H7W 5J7 Tél. : 450 682-0228 Téléc. : 450 681-1232 Numéro sans frais : 1 866 375-0228 Courriel : info@proactivite.org Site Web : www.proactivite.org Nicole Goulet, directrice générale
Description du programme	Programme de soutien et d'information. Programme de compagnonnage pour la personne cardiaque et sa famille.
Critères d'inclusion	Être atteint d'une maladie cardiaque. Être un proche d'un patient cardiaque.
Nombre annuel de patients	Données non disponibles
Professionnels impliqués	En collaboration avec les professionnels du programme de réadaptation cardiaque de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	Organisme à but non lucratif. Revenus d'abonnement annuel et dons.

* Ne constitue pas un programme de réadaptation cardiaque au sens strict.

RÉGION 14 – LANAUDIÈRE

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 14 - LANAUDIÈRE

Titre du programme	Projet majeur en préparation
Site	Hôpital Pierre-Le Gardeur
Personne-ressource et coordonnées	Dr Gerry Bédard, directeur des affaires médicales 911, montée des Pionniers Terrebonne (Québec) J6V 2H2 Tél. : 450 654-7525
Description du programme	À déterminer
Critères d'inclusion des patients	Population visée par la prévention primaire et secondaire.
Nombre annuel de patients	
Professionnels impliqués	À déterminer
Budget annuel	À déterminer
Provenance du budget	Agence de la santé et des services sociaux.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 14 - LANAUDIÈRE

Titre du programme	Projet majeur en préparation
Site	Centre hospitalier régional de Lanaudière (CHRDL)
Personne-ressource et coordonnées	Dr Simon Kouz, FACC Chef, Service de cardiologie Directeur des affaires académiques CHRDL-CSSSNL Adjoint au doyen – Campus clinique Joliette Faculté de médecine – Université Laval Tél. : 450 759-8222, poste 2892 Téléc. : 450 752-0651 Courrier électronique: simon.kouz@ssss.gouv.qc.ca
Description du programme	À déterminer
Critères d'inclusion des patients	Population visée par la prévention secondaire.
Nombre annuel de patients	
Professionnels impliqués	À déterminer
Budget annuel	À déterminer
Provenance du budget	Agence de la santé et des services sociaux.

RÉGION 15 – LAURENTIDES

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 15 - LAURENTIDES

Titre du programme	Centre Promo-Santé
Site	Mont-Laurier et Ferme-Neuve
Personne-ressource et coordonnées	Dr Luc Laurin Clinique médicale de Ferme-Neuve Tél. : 819 440-3018, poste 222 Téléc. : 819 440-2330 Courriel : luc.laurin@lino.sympatico.ca
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la capacité physique avec épreuve d'effort. • Programme d'activité physique de groupe, majoritairement en plein air. • Programme personnalisé d'activité physique, à la maison. • Enseignement sur la nutrition. • Cours de cuisine santé. • Visite à l'épicerie. • Clinique d'arrêt tabagique. • Cours de relaxation. • Cours de réanimation cardiorespiratoire. • Enseignement sur les bienfaits de l'activité physique.
Critères d'inclusion	Patients coronariens. Patients présentant des facteurs de risque importants.
Nombre annuel de patients	Environ 100 patients.
Professionnels impliqués	Médecins, kinésithérapeutes, infirmières, diététistes, psychologues, pharmaciens, inhalothérapeutes, éducateurs physiques, moniteurs en forêt.
Budget annuel	60 000 \$
Provenance du budget	50 000 \$ CSSS Antoine Labelle. 10 000 \$ Compagnie pharmaceutique.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 15 - LAURENTIDES

Titre du programme	Clinique de prévention des maladies vasculaires et des lipides
Site	Saint-Jérôme
Personne-ressource et coordonnées	Dre Danielle Rouse, responsable Courriel : danielle.rouse@lbgi.ca Clinique de prévention des maladies vasculaires et des lipides 1950, boulevard Labelle Saint-Jérôme (Québec) J7Y 1S2 Tél. : 450 432-1442 Téléc. : 450 432-5517
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire à remplir au premier rendez-vous. • Rapport du dernier ECG à l'effort demandé. • Enseignement offert sous forme de conférence. • Séances d'activité physique offertes au CREPS (Centre régionale d'éducation physique et des sports).
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Patients recommandés par un médecin. • Patients avec infarctus. • Patients présentant des facteurs de risque difficiles à contrôler.
Nombre annuel de patients	30 à 34 patients par jour
Professionnels impliqués	Médecin, infirmière, diététiste, kinésiologue, pharmacien.
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	Clinique privée.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 15 - LAURENTIDES

Titre du programme	Centre d'entraînement médical
Site:	Rosemère
Personne-ressource et coordonnées	Anick Charbonneau, kinésiologue responsable Tél. : 450 621-2734 Courriel : anick_charbonneau@hotmail.com Site Web : www.santerosemere.com Courriel général : info@santerosemere.com Clinique Services Santé Rosemère Centre d'entraînement médical 400, Grande-Côte Rosemère (Québec) J7A 1K7
Description du programme	Données non disponibles
Critères d'inclusion	Données non disponibles
Nombre annuel de patients	Données non disponibles
Professionnels impliqués	Données non disponibles
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	Données non disponibles

RÉGION 16 – MONTÉRÉGIE

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 16 - MONTÉRÉGIE

Titre du programme	Programme intégré des maladies cardiovasculaires en prévention secondaire (PIMCV)
Site	Hôpital Charles LeMoyne
Personne-ressource et coordonnées	Gérard Larocque, infirmier clinicien Tél. : 450 466-5000, poste 3560 Courriel : gerard.larocque@rrsss16.gouv.qc.ca Hôpital Charles LeMoyne 3120, boulevard Taschereau Greenfield Park (Québec) J4V 2H1
Description du programme	Programme intégré de prévention secondaire des maladies cardiovasculaires avec approche interdisciplinaire orientée vers le contrôle des facteurs de risque, le développement et le maintien des comportements de santé appropriés. Plan d'intervention : Dans un contexte de soins ambulatoire intégré, l'intervention interdisciplinaire structurée et centrée sur les besoins du patient est orientée vers le contrôle de tous les facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire et le maintien de nouveaux comportements de santé. L'approche systémique familiale sera celle utilisée pour l'accompagnement du patient dans son auto prise en charge.
Critères d'inclusion	Patients souffrant de syndrome coronarien aigu, d'insuffisance cardiaque, d'arythmie, de maladies vasculaires périphériques, ayant subi un accident cérébrovasculaire, ou tout autre patient avec un facteur de risque cardiovasculaire mal contrôlé.
Nombre annuel de patients	2007-2008 : 889 patients.
Professionnels impliqués	Infirmier clinicien à temps complet, nutritionniste de 2 à 3 jours par semaine, 2 physiothérapeutes de 2 à 3 jours par semaine, psychologue (10 %), pharmacienne au besoin, médecins en disponibilité (médecine interne, cardiologie, néphrologie).
Budget annuel	2007-2008 : 186 426 \$
Provenance du budget	Hôpital Charles LeMoyne (fonds publics).

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 16 - MONTÉRÉGIE

Titre du programme	Projet majeur en préparation
Site	Hôpital Pierre-Boucher
Personne-ressource et coordonnées	M. Jean-Pierre Mercille, président Fondation Hôpital Pierre-Boucher 1333, boul. Jacques-Cartier Ouest Longueuil (Québec) J4M 2A5 Tél. : 450 468-8136, poste 5 Téléc. : 450 468-8113 Courriel: fondation.chpb@rrsss16.gouv.qc.ca
Description du programme	À déterminer
Critères d'inclusion	Population visée par la prévention primaire et secondaire.
Nombre annuel de patients	À déterminer
Professionnels impliqués	À déterminer
Budget annuel	À déterminer
Provenance du budget	Public/Privé (Fondation Hôpital Pierre-Boucher, Hôpital Pierre-Boucher, Agence, partenaires privés...).

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 16 - MONTÉRÉGIE

Titre du programme	Cœur Action Rive-Sud Réadaptation cardiopulmonaire
Site	Longueuil
Personne-ressource et coordonnées	Dre Anne Ouellet, cardiologue Tél. : 450 674-2345 Renseignements : 450 651-4720 Éric Bronsard, responsable, directeur du centre sportif Tél. : 450 679-2631, poste 2366 Courriel : eric.bronsard@college-em.qc.ca Centre sportif Collège Édouard-Montpetit 260, rue De Gentilly Est Longueuil (Québec) J4H 4A4
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de remise en forme et réadaptation, à la suite d'une évaluation cardiologique. • Activité en salle d'entraînement et en gymnase, suivie par des kinésiolesgues. • Orientation vers des nutritionnistes sur demande.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Patients présentant un risque faible ou moyen. • Patients recommandés par un cardiologue pour la prévention secondaire. • Patients ayant subi une épreuve d'effort dans les 6 mois précédant l'adhésion au programme.
Nombre annuel de patients	100 patients.
Professionnels impliqués	Kinésiolesgue, médecin et cardiologue.
Budget annuel	30 à 40 000 \$ (estimé)
Provenance du budget	Autofinancement (coût d'inscription au programme).

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 16 - MONTÉRÉGIE

Titre du programme	Programme de réadaptation physique Les Vaincœurs
Site	Valleyfield
Personne-ressource et coordonnées	Angélique L'Écuyer, coordonnatrice Tél. : 450 377-2277 Téléc. : 450 377-5636 Courriel : fond.cardiovasculaire@rocler.com Fondation cardiovasculaire de Valleyfield et du Suroît inc. 28, rue Saint-Paul, local 201 Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6S 4A8
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de réadaptation physique pour cardiaques sous surveillance médicale à raison de 3 fois par semaine. • 2 niveaux : débutant et avancé. • Visite à domicile pour certains patients. • Suivi avec l'infirmière et la nutritionniste effectué à domicile.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Patients coronariens. • Patients munis d'une autorisation médicale signée par le médecin.
Nombre annuel de patients	Données non disponibles
Professionnels impliqués	Médecin, cardiologue, infirmière, nutritionniste, kinésiologue.
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	Dons de la population et d'une entreprise locale.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 16 - MONTÉRÉGIE

Titre du programme	Cabinet Conseil Campeau
Site	Boucherville
Personne-ressource et coordonnées	<p>Danielle L. Cayer, kinésiologue Tél. : 450 649-5849 Courriel : danlangl@hotmail.com</p> <p>Cabinet Conseil Campeau 150, boul. de Montarville, bureau 203 Boucherville (Québec) J4B 6N1 Tél. : 450 641-9509 Télééc. : 450 641-8800</p> <p>Francine Campeau, psychologue Courriel : fcampeau@cabinet-conseil-campeau.ca</p>
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Pour la première rencontre, le patient doit apporter le dernier résultat de test d'effort, la liste de médicaments et les derniers résultats de test sanguin. • Évaluation de la condition physique incluant : questionnaire sur les habitudes de vie, mesures anthropométriques, tests d'aptitudes musculosquelettiques. • Au besoin, orientation vers un professionnel de la santé (voir ci-dessous). • Programme d'activité physique individuel supervisé hebdomadairement ou mensuellement. • Les interventions peuvent être faites en cabinet, à domicile ou en piscine. • Programme renouvelé après 4 semaines. • Réévaluation du patient tous les 6 mois.
Critères d'inclusion des patients	Patients coronariens.
Nombre annuel de patients	Données non disponibles
Professionnels impliqués	Psychologue, kinésiologue, neuropsychologue, nutritionniste, infirmière, ergothérapeute.
Budget annuel	Données non disponibles
Provenance du budget	Service privé. Le patient défraie tous les coûts.

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 16 – MONTÉRÉGIE

Titre du programme	Actiforme consultants inc.
Site	Saint-Jean-sur-Richelieu
Personne-ressource et coordonnées	Alain Delorme, kinésologue Tél. : 450 346-1146 Téléc. : 450 346-6515 Courriel : adelorme@actiforme.qc.ca Site Web : www.actiforme.net Actiforme consultants inc. 30, boul. du Séminaire Nord Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3B 7B1
Description du programme	<ul style="list-style-type: none"> Analyse du QAAP, histoire médicale, évaluation du mode de vie actuel et antérieur, évaluation des facteurs de risque musculosquelettiques et cardiovasculaires, évaluation de la condition physique et analyse des tests psychosociaux. La consultation inclut aussi la collecte d'informations telles que : les mesures anthropométriques (taille, poids, circonférence de la taille, plis adipeux et IMC), la fréquence cardiaque au repos et à l'effort, la tension artérielle au repos et à l'effort, la flexibilité du tronc, l'endurance musculaire (extension des bras, redressements assis et préhension des mains) et l'endurance cardiovasculaire (VO₂max et capacité fonctionnelle). Conception d'un plan d'intervention : programme personnalisé de réentraînement graduel et progressif à l'effort secondé par des techniques de réadaptation spécifiques telles que : la gestion de la douleur chronique, la relaxation, la gestion et la modification de comportement, l'enseignement prophylactique (mesures de prévention), la prévention des rechutes et le programme de gestion de l'activité progressive (PGAP). Encadrement privé et semi-privé.
Critères d'inclusion	Patients coronariens mais aussi toute la population visée par la prévention primaire et secondaire.
Nombre annuel de patients	Données non disponibles
Professionnels impliqués	Kinésologues.
Budget annuel	Centre privé à but lucratif.
Provenance du budget	Frais d'abonnement.

RÉGION 17 – NUNAVIK

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 17 - NUNAVIK

Titre du programme	Aucun programme de prévention secondaire et de réadaptation cardiaque. Par contre, plusieurs programmes de prévention primaire sont en voie de développement : saines habitudes de vie, exercice physique, arrêt du tabagisme, alimentation.
Site	Agence de la santé et des services sociaux du Nunavik
Personne-ressource et coordonnées	Serge Déry, Directeur de la santé publique Agence de la santé et des services sociaux du Nunavik Case postale 900 Kuujuaq (Québec) J0M 1C0 Tél. : 819 964-2222 Téléc. : 819 964-2277
Description du programme	Sans objet
Critères d'inclusion	Sans objet
Nombre annuel de patients	Sans objet
Professionnels impliqués	Sans objet
Budget annuel	Sans objet
Provenance du budget	Sans objet

RÉGION 18 – TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SECONDAIRE
ET DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU QUÉBEC
RÉGION 18 - TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES

Titre du programme	Aucun programme. Les patients sont acheminés vers le RUIS de McGill
Site	Agence de la santé et des services sociaux des Terres-Cries-de-la-Baie-James
Personne-ressource et coordonnées	Michel Plouffe Directeur des services professionnels médicaux Agence de la santé et des services sociaux des Terres-Cries-de-la-Baie-James Tél. : 819 855-2844
Description du programme	Sans objet
Critères d'inclusion	Sans objet
Nombre annuel de patients	Sans objet
Professionnels impliqués	Sans objet
Budget annuel	Sans objet
Provenance du budget	Sans objet

www.msss.gouv.qc.ca