



Cliniques de prévention
des maladies cardiovasculaires
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

RAPPORT FINAL

Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean (QC-409)

Présenté au

Secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada

Par

Maud-Christine Chouinard, inf., M. Sc. inf., coresponsable de l'évaluation
Donald Duchesne, B.A.A., coordonnateur administratif
Diane Gagnon, inf., coordonnatrice régionale
Guylaine Paradis, Dt.P., coordonnatrice régionale
Kathleen Pelletier, M.D., chargée de projet
Nathalie Roy, M.D., fellowship en réadaptation, cardiologue-conseil
Gérald Tremblay, M.D., cardiologue, coresponsable de l'évaluation

31 mars 2001

Ce projet a été soutenu par une contribution financière du Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada.
Les points de vue exprimés ne représentent pas nécessairement la politique officielle du gouvernement fédéral,
provincial ou territorial.

Personne-ressource et correspondance :

Kathleen Pelletier
Direction de la santé publique, RRSSS-02
930, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec) G7H 7K9
Téléphone : (418) 545-4980, poste 431
Télécopieur : (418) 549-9710
Adresse électronique : kathleen.pelletier@SSSS.gouv.qc.ca

WG
120
R474
2001



On peut obtenir des exemplaires de ce document en s'adressant au
Centre de documentation de la RRSSS-02

Au numéro de téléphone suivant : (418) 545-4980, poste 310

ou par la poste :

Centre de documentation
RRSSS-02
930, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi, Québec
G7H 7K9

Référence suggérée :

Chouinard, M.-C., Duchesne, D., Gagnon, D., Paradis, G., Pelletier, K., Roy, N. et Tremblay, G.
Rapport final : projet d'un réseau régional de cliniques de préventions des maladies cardiovasculaires
au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Rapport final présenté au Fonds pour l'adaptation des services de
santé de Santé Canada. Chicoutimi, 2001.

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2^e trimestre 2001
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2^e trimestre 2001
ISBN ; 2-9807119-0-X

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

REMERCIEMENTS

Le projet d'un Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-St-Jean n'aurait pu voir le jour sans la contribution de plusieurs collaborateurs et partenaires. Les auteurs de ce rapport désirent remercier toutes les personnes, organismes et organisations qui, de près ou de loin, ont œuvré à sa réalisation, et plus particulièrement tous les professionnels impliqués, les gestionnaires et les directions d'établissement de santé, les chercheurs, les organismes communautaires et le personnel de soutien.

Également, les auteurs souhaitent remercier le Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada ainsi que les compagnies pharmaceutiques Aventis, Merck Frosst et Pfizer pour leur soutien financier. Sans ces soutiens, ce projet régional novateur n'aurait pu voir le jour.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des annexes	7
Sommaire du projet	9
Description du but principal, des objectifs et de la pertinence du projet	13
Activités du projet	17
Résultats	23
Études d'évaluation des impacts sur la santé	23
Études d'évaluation de processus	26
Discussion des résultats	30
Plan de diffusion	39
Références	41

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Outils développés dans le cadre du Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay–Lac-Saint-Jean
- Annexe 2 : Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay–Lac-Saint-Jean : Évaluation de l'impact des interventions sur les facteurs de risque de la maladie (René Lapierre, Diane Gagnon, Maud-Christine Chouinard et Gérald Tremblay)
Tiré à part
- Annexe 3 : Associations entre le profil nutritionnel, les indicateurs anthropométriques et le profil métabolique chez des adultes participants au Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay–Lac-Saint-Jean (Simone Lemieux, Guylaine Paradis et Véronique Provencher)
Tiré à part
- Annexe 4 : Évaluation de l'efficacité du Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay–Lac-Saint-Jean sur le comportement tabagique des patients atteints d'une MCV (Germain Couillard, Steve Arsenault, Diane Gagnon et Gérald Tremblay)
- Annexe 5 : Évaluation d'implantation du « Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay–Lac-Saint-Jean » (Josée Bourdages)
Tiré à part
- Annexe 6 : Évaluation de l'intervention infirmière dans le cadre du Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires du Saguenay–Lac-Saint-Jean selon la perspective des usagers (Maud-Christine Chouinard, Antoine L. Ntetu, René Lapierre, Diane Gagnon, Marie-Hélène Hudon)
Tiré à part
- Annexe 7 : Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay–Lac-St-Jean : perception des médecins de famille du Saguenay - secteur Chicoutimi (Denise Chouinard, Caroline Gagné, Simon Hevey, Josée Bourdages, Gérald Tremblay, Martin Fortin)
- Annexe 8 : Couverture médiatique

SOMMAIRE DU PROJET

Le projet d'un Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean visait l'implantation et la mise en réseau de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires dans chacun des six secteurs sociosanitaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean. L'objectif premier était d'optimiser la prise en charge des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires chez les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire à l'aide d'un réseau coordonné d'intervenants, infirmières, diététistes, éducateurs physiques et autres intervenants en soutien à l'intervenant principal, le médecin traitant.

Les huit premiers mois d'activités ont été consacrés à la mobilisation des milieux et à la concertation des différents acteurs de même qu'à la mise en place de la structure organisationnelle et opérationnelle du projet. Ainsi, différents comités et sous-comités ont été mis sur pied et ont eu les responsabilités suivantes : opérationnalisation et gestion du Réseau, programme d'enseignement et formation du personnel, programmation et gestion informatiques, promotion et communication, gestion financière et évaluation. Les travaux de ces différents comités ont permis l'élaboration d'un protocole d'entente auquel ont adhéré tous les établissements hôtes d'une clinique. Ce protocole a permis d'encadrer le déroulement de toutes les activités liées au projet et s'est révélé un outil clé pour sa gestion.

Suite à plusieurs activités de formation du personnel des cliniques, le Réseau régional ouvrait, le 9 février 1999, sept cliniques réparties sur l'ensemble du territoire régional et rattachées aux établissements suivants : CLSC Le Norois d'Alma, Centre Maria-Chapdelaine de Dolbeau-Mistassini, Carrefour de santé de Jonquière, CH-CHSLD-CLSC Cléophas Claveau de La Baie, CLSC des Prés-Bleus de Roberval-St-Félicien, Centre de santé de Mashteuiatsh, Complexe hospitalier de la Sagamie de Chicoutimi. Depuis cette date, les cliniques du Réseau ont dispensé des services à près de 1200 patients au cours de la période financée par le FASS.

L'ajout à l'équipe pilotant le projet, dès le tout début de ses activités, d'une cardiologue détentrice d'un fellowship en réadaptation cardiaque a réorienté la programmation initiale des activités cliniques offertes par le Réseau. Au programme de base initialement prévu et financé par le FASS, soit l'identification des facteurs de risque et l'enseignement à l'autoprise en charge par la personne en collaboration avec le médecin et les ressources de la communauté, ont été ajoutés les programmes spécifiques (activité physique, cessation tabagique, gestion du stress et soutien psychosocial) à développer selon la disponibilité des ressources humaines et financières autant régionales que locales. Des efforts ont été consentis à tous les niveaux, tel que spécifié au protocole d'entente, à développer toute la gamme de services liés à la réadaptation cardiaque. Un partenariat avec des organismes offrant un programme d'activités physiques dans quatre secteurs, le développement de projet dans deux secteurs de même qu'une formation régionale à tous ces intervenants a permis la référence à un programme régional d'activités physiques décentralisé à l'échelle locale et dont le développement se poursuit toujours. Aussi, la mise en place d'un programme de cessation tabagique ainsi que le développement d'une programmation en intervention psychosociale ont été amorcés.

Les soins et services dispensés par les cliniques s'adressaient à toute personne de la région atteinte d'une maladie cardiovasculaire et à sa famille suite à une hospitalisation ou par une référence du médecin traitant. Sur une durée d'un an, ils consistaient essentiellement en :

- 1) une évaluation individuelle de la situation de santé et des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires lors de trois visites différentes à 0, 6 mois et un an;
- 2) l'établissement d'objectifs personnalisés de prise en charge à court et à long terme et la référence aux ressources de la communauté (programmes spécifiques);
- 3) deux enseignements de groupe sur les facteurs de risque et les façons de les modifier;
- 4) une lettre de relance personnalisée à deux et huit mois afin de soutenir la personne dans son processus d'autoprise en charge;
- 5) une lettre de suivi au médecin traitant décrivant les interventions professionnelles réalisées, les facteurs de risque identifiés, les références aux autres programmes et les objectifs ciblés par la personne après chacune des visites.

Le projet du Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay--Lac-Saint-Jean a été évalué dans le cadre de six études effectuées par des chercheurs de domaines d'expertise et d'affiliations variés. Trois de ces études visaient à évaluer les impacts de l'intervention proposée sur la santé de la clientèle visée. Trois autres cherchaient à mieux comprendre les processus en cause dans le développement et les services offerts par le Réseau.

Au niveau des impacts sur la santé, les résultats observés montrent que le Réseau a entraîné des changements dans les facteurs de risque chez la clientèle. Les gains les plus significatifs se situent au niveau des facteurs de risque pour lesquels les intervenantes du Réseau pouvaient intervenir directement, c'est-à-dire, la modification des comportements au niveau de l'activité physique, de l'apport en gras dans l'alimentation et du tabagisme. Des améliorations ont également été observées au niveau des facteurs de risque pour lesquels l'intervention était indirecte, c'est-à-dire pour les facteurs de risque impliquant un traitement médical tels que les dyslipidémies ainsi que le contrôle du diabète et de l'hypertension. Au niveau des études d'évaluation des processus, elles ont permis de mettre en évidence :

- 1) le caractère dynamique du développement et de l'organisation du Réseau proposé dans son contexte régional ;
- 2) la contribution du projet à l'amélioration et à l'accessibilité des services dans la région du Saguenay--Lac-Saint-Jean ;
- 3) les difficultés et les conditions de succès du projet ;
- 4) la qualité, l'accessibilité et l'acceptabilité du projet pour la clientèle et les intervenants.

L'expérimentation fructueuse vécue par la mise en œuvre du projet d'un Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires a permis d'illustrer que l'environnement créé par une organisation appropriée des services est structurant et facilite la réduction des écarts entre les recommandations liées aux guides de pratique clinique et la pratique courante. Dans une perspective de vieillissement de la population et d'une recrudescence des maladies chroniques dont la maladie cardiovasculaire, l'organisation de services et les axes d'intervention sur lesquels s'appuie le projet deviennent une base incontournable sur laquelle doit se greffer toute la gamme de services liés à la réadaptation cardiaque et dont pourraient aussi hautement bénéficier les personnes atteintes de diabète, de maladie pulmonaire obstructive chronique, d'asthme et éventuellement de cancer.

L'expérimentation concluante liée au projet Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean aura été fort importante puisqu'elle a initié la conception et la mise en place des bases d'un modèle d'intervention et d'organisation des services cliniques et préventifs au niveau des soins primaires de santé. Ce modèle d'organisation des services a été présenté au Ministère québécois de la santé et des services sociaux, conjointement avec la région de Québec, dans un document intitulé «Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques pour les régions de Québec et du Saguenay-Lac-Saint-Jean dans le cadre d'un réseau intégré de soins et de services à l'échelle locale pour les personnes en perte d'autonomie».

Le modèle, basé sur la gamme de services offerts en réadaptation cardiaque mais élargi aux maladies chroniques, est axé sur la personne, sur le renforcement de son potentiel de santé et l'action sur les facteurs de risque modifiables, et est décentralisé à l'échelle locale. Il a la force d'interpeller l'ensemble des intervenants du réseau de la santé ainsi que les acteurs de l'intersectoriel et il offre une opportunité unique de remédier concrètement à un grand nombre des préoccupations actuelles, tant sur la scène mondiale, canadienne ou québécoise, incluant la génétique communautaire et préventive. Ce modèle offre également l'opportunité d'élaborer une stratégie nationale à partir de laquelle les balises et le financement nécessaires à l'action synergique et complémentaire des décideurs des différents secteurs et paliers gouvernementaux, des gestionnaires et des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux pourront être établis.

Finalement, ce modèle intégrateur propose une action concrète au discours préventif; en ce sens et par son application dans le réseau de santé, un message clair et cohérent serait donné à la population par les autorités en matière de santé avec des répercussions sans nul doute positives sur la santé des communautés et plus particulièrement sur celle des jeunes pour qui les modèles et la cohérence entre le discours et l'action sont hautement signifiants.

DESCRIPTION DU BUT PRINCIPAL, DES OBJECTIFS ET DE LA PERTINENCE DU PROJET

BUT PRINCIPAL ET OBJECTIFS

L'objectif ultime du projet s'inscrivait dans celui de l'objectif 8 de la Politique de la santé et du bien-être du Québec soit « d'ici l'an 2002, réduire de 30 % la mortalité par maladies cardiovasculaires ». Les objectifs et sous-objectifs formulés pour l'atteinte de ce but ont été les suivants :

- Objectif 1:** Optimiser la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires par :
- une meilleure prise en charge des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires par un réseau coordonné d'intervenants structuré autour de l'intervenant principal qu'est le médecin traitant;
 - une modification progressive de la pratique des intervenants de première ligne grâce à l'information, la formation, le suivi et la coordination réseau du service;
 - une meilleure accessibilité à la population par la proximité des services;
 - une évaluation continue de la prise en charge des facteurs de risque tout au cours du projet avec une réponse adaptée aux résultats de l'évaluation;
 - une organisation plus efficiente des ressources actuelles de chaque secteur au moindre coût possible.
- Objectif 2:** Favoriser l'initiation et le maintien d'activités de prévention primaire des maladies cardiovasculaires dans chacun des secteurs par le biais des structures mises en place.
- Objectif 3:** Évaluer l'efficacité et l'efficience d'un réseau intégré de services curatifs et préventifs en maladies cardiovasculaires.
- Objectif 4:** Établissement d'un fichier régional de la population porteuse d'une pathologie cardiovasculaire avec évaluation complète de tous les facteurs de risque chez chaque individu.

PERTINENCE DU PROJET

Le projet d'un Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires était, et est toujours, un projet novateur qui rejoignait à l'époque de sa présentation deux des quatre secteurs prioritaires identifiés par le FASS soit, la prestation de services intégrés et la réforme des soins primaires qui sont encore très actuels tant sur la scène nationale que provinciale.

La problématique touchée, les maladies cardiovasculaires, constituait elle-même l'élément majeur de la nécessité d'un tel projet. En effet, au Saguenay-Lac-Saint-Jean, les maladies cardiovasculaires sont toujours la première cause de mortalité comptant pour 32,6 % de tous les décès (Bouchard et Fiset, 1999) et environ 70 % de la population présente au moins un des trois facteurs de risque majeurs des maladies cardiovasculaires (Gouvernement du Québec, 1992).

De plus, la prévalence d'hypercholestérolémie familiale y est de 1/80 comparativement à celle généralement observée de 1/500 (Gaudet et al., 1995; Vohl et al., 1997a; Vohl et al., 1997b). Il n'est pas rare au Saguenay-Lac-Saint-Jean, où il y a encore de grandes familles, que les membres d'une même famille reçoivent des traitements très différents pour leur dyslipidémie. Or grâce à un programme d'intervention ciblé sur les familles à risque, la Clinique régionale des maladies lipidiques du Complexe hospitalier de la Sagamie, en lien avec le GRID (Groupe de recherche et d'intervention sur le diabète, les dyslipidémies et l'athéromatose) et l'Association des dyslipidémies familiales du Saguenay-Lac-Saint-Jean, suit actuellement plus de 4 000 personnes dont 75 % sont atteintes de l'une ou l'autre des 14 formes identifiées de dyslipidémie familiale, dont l'hypercholestérolémie familiale et la déficience en lipase protéique (RRSSS-02 et Complexe hospitalier de la Sagamie, 2000). La pérennité et le développement du projet expérimenté pourront largement bonifier ce genre d'intervention et offrir les services cliniques liés à un programme communautaire de génétique préventive.

La transformation du réseau de santé, notamment par l'accentuation du virage ambulatoire, a eu une répercussion à la baisse importante sur la durée des séjours hospitaliers pour la clientèle atteinte d'une maladie cardiovasculaire. Les services offerts par la mise en œuvre du projet, et inexistantes jusqu'alors dans la communauté, ont donc pallié à cette érosion des services et en ont assuré la continuité en collaboration avec les équipes médicales et les organismes communautaires de chacun des secteurs de la région.

Ces dernières années, des études importantes en prévention secondaire des maladies cardiovasculaires (CARE, 4S, etc.) ont démontré que la prise en charge agressive des facteurs de risque apporte une réduction significative de la mortalité et de la morbidité. Plus récemment, les recommandations des sociétés savantes à l'égard de la réadaptation cardiaque ont été particulièrement éloquentes quant à la pertinence de celle-ci :

- La réadaptation cardiaque devrait faire partie de la pratique courante en cardiologie pour tous les patients avec une maladie cardiaque documentée (Association canadienne de réadaptation cardiaque, 1999, grade A, niveau 1).
- Tous les patients souffrant d'une maladie cardiaque ou ceux qui présentent un risque moyen ou élevé devraient avoir accès à des programmes de réadaptation cardiaque intégrés, subventionnés par l'État et organisés en réseau (Société canadienne de cardiologie, 1998, grade A, niveau 2).

- Les interventions de prévention primaire et secondaire devraient être intégrées aux programmes de réadaptation cardiaque afin que les personnes à haut risque ou très haut risque bénéficient de façon précoce des interventions sur les facteurs de risque cardiaques (Association canadienne de réadaptation cardiaque, 1999, grade A, niveau 2).

Finalement, dans une perspective de vieillissement de la population et d'une recrudescence des maladies chroniques dont la maladie cardiovasculaire, l'organisation de services et les axes d'intervention sur lesquels s'appuie le projet deviennent une base incontournable sur laquelle doit se greffer toute la gamme de services liés à la réadaptation cardiaque et dont pourraient aussi hautement bénéficier les personnes atteintes de diabète, de maladie pulmonaire obstructive chronique, d'asthme et éventuellement de cancer.

Sur la base des acquis générés par la mise en œuvre de ce projet FASS, émerge une opportunité d'offrir une trajectoire élargie de services de réadaptation intégrés pour les principales maladies chroniques, décentralisés à une échelle locale, et dont l'organisation originale vise à renforcer le potentiel des individus et à optimiser leur santé. De plus, cette trajectoire s'inscrit parfaitement dans la perspective d'un réseau intégré de services à l'échelle locale pour les personnes âgées en perte d'autonomie, ou encore de façon plus large, pour toute personne en perte d'autonomie. Également, par son effet structurant sur l'environnement de travail, elle offre un soutien aux professionnels de la santé afin de faciliter leur adhésion aux lignes de pratique clinique et aux consensus les plus récents.

Ultimement, cette trajectoire de services élargie aux maladies chroniques permettra d'éviter le développement de réseaux pour chacune des maladies chroniques et, par la même occasion, le cloisonnement et la duplication de services dans notre région.

ACTIVITÉS DU PROJET

DESCRIPTION DE LA MÉTHODOLOGIE

Le projet de développement et de mise en œuvre d'un Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean a été, depuis le début, davantage un projet d'intervention clinique qu'un projet de recherche. L'intérêt initial était de doter la population de la région d'un service de prévention secondaire des maladies cardiovasculaires. À cet objectif, se greffait un volet d'évaluation essentiel pour juger de la pertinence et de l'efficacité de ce service et également, pour rencontrer les exigences du FASS. Les activités initiales du projet ont donc consisté en mettre en œuvre le réseau proposé. Les éléments relatifs à l'évaluation ont été mis en place après l'implantation du Réseau. Par conséquent, le projet n'est pas en soi un projet de recherche, mais davantage un projet d'intervention clinique auquel un volet de recherche évaluative a été greffé.

DESCRIPTION DE LA CONCEPTION

La conception du Réseau a nécessité plusieurs étapes. La première activité liée au projet fut l'embauche, le 15 avril 1998, de l'infirmière coordonnatrice régionale du Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires. Dès le début de ses activités, l'équipe de coordination régionale a dû solliciter la collaboration d'une diététiste-coordonnatrice et d'un responsable à la gestion financière. Les mois suivants ont été occupés à concerter le milieu avec les acteurs clés, dont les médecins, et à déterminer, dans chacun des six secteurs sociosanitaires de la région, quel serait l'établissement de santé hôte d'une clinique de prévention des maladies cardiovasculaires dans son secteur.

L'élaboration du Réseau régional a ensuite pu être réalisée avec le développement d'une structure organisationnelle, de protocoles d'entente avec les établissements hôtes d'une clinique et du programme d'enseignement aux patients atteints d'une maladie cardiovasculaire. Également, ont été réalisées la programmation informatique incluant la banque de données, la sélection et la formation de toutes les intervenantes, infirmières et diététistes, du Réseau, la création des différents comités de travail inhérents à la structure organisationnelle précédemment déterminée et finalement, la conception des outils de gestion, de promotion et d'éducation et du plan de communication. Au premier anniversaire de l'ouverture des cliniques sectorielles, soit le 9 février 2000, nous avons développé un forum de discussion via Lotus Notes afin de faciliter les échanges entre les différents intervenants. Les items suivants font partie du forum : babillard, documents de référence et outils du réseau, problèmes-solutions, récurrence du réseau, vacances, volet cessation tabagique et volet réadaptation physique. Cet outil de communication s'est avéré un excellent moyen de transmettre simultanément toutes les informations pertinentes au bon fonctionnement des cliniques et de mettre en commun les expertises.

Plusieurs activités de promotion du Réseau, découlant du plan de communication, ont été réalisées par les intervenantes des cliniques et par la coordination régionale. En effet, tous les médecins généralistes et les cardiologues, internistes, neurologues et chirurgiens cardiaques de la région ont été informés par lettre de l'ouverture d'une clinique de prévention des maladies cardiovasculaires

dans leur secteur, des services offerts par cette clinique ainsi que de la procédure pour référer leurs clients. Des affiches et des cartons promotionnels furent distribués dans tous les bureaux médicaux et toutes les pharmacies de ville ont été visitées par les intervenantes des cliniques. Enfin, des feuilles de références furent placées sur toutes les unités de soins susceptibles d'accueillir la clientèle cardiovasculaire.

Quatre comités de travail, découlant de la structure organisationnelle, ont ainsi été formés et ont travaillé tout au long du projet à sa réalisation :

- Le comité d'opérationnalisation, composé des concepteurs du projet, s'est rencontré 32 fois, et avait comme mandats d'assurer l'implantation d'une clinique de prévention dans chacun des secteurs de la région, la coordination clinique et administrative du projet, la continuité, l'intégration et le développement des services de prévention secondaire à l'échelle régionale, la gestion de la banque de données et sa confidentialité et enfin participer à l'évaluation du projet.
- Le comité de coordination régional, composé de la coordonnatrice régionale, de la diététiste coordonnatrice, d'un membre de la Régie régionale, d'un représentant du comité d'opérationnalisation et d'un représentant par clinique sectorielle a siégé à trois reprises.
- Le comité des médecins superviseurs composés de six médecins en provenance des établissements hôtes d'une clinique, de la coordonnatrice régionale et de la Régie régionale, s'est réuni trois fois depuis sa création. Le rôle des médecins superviseurs était principalement d'être une personne-ressource pour les intervenants dans la pratique de leurs activités et dans le développement de la réadaptation physique dans chacun des secteurs.
- Le comité d'évaluation, composé des chercheurs effectuant une étude d'évaluation du réseau, s'est rencontré à une dizaine de reprises, et avait comme mandat de planifier et de développer les études d'évaluation, ainsi que de mettre en commun les ressources dédiées à l'évaluation.

Également, plusieurs activités de formation ont été organisées pour assurer le fonctionnement et le développement du Réseau. En effet, toutes les intervenantes ont reçu une formation théorique de base d'une durée de quatre jours en novembre 1998 et en janvier 1999, ainsi que des stages pratiques en cardiologie et à la Clinique régionale des maladies lipidiques du Complexe hospitalier de la Sagamie. À cette formation de base se sont ajoutées plusieurs journées de formation prévues au plan de formation continue du Réseau, soit deux jours en mai 1999 et une autre journée de formation en mai 2000. Entre ces périodes, il y a eu, le 19 novembre 1999, une journée de formation médicale intitulée « *Du savoir...au savoir-faire, Le défi de la prévention des MCV...* » qui a servi également d'activité de diffusion des résultats de mi-étape et qui s'est adressée à tous les intervenants de la santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean concernés par la prévention cardiovasculaire.

Rapidement, le besoin de développer des services complémentaires au Réseau, afin d'offrir des services de réadaptation physique, de soutien à la cessation du tabagisme et du soutien psychosocial, a été identifié. Déjà, quatre territoires offraient un service de réadaptation physique pour les usagers coronariens. Des services de réadaptation physique ont été développés dans les deux autres secteurs. Par la suite, une formation de deux jours a été organisée afin d'harmoniser et d'améliorer les services offerts dans tous les territoires et pour rehausser les connaissances des intervenants (infirmières et éducateurs physiques) œuvrant dans ces services. Éventuellement, des services de réadaptation cardiopulmonaire devraient être développés à partir de ces structures. En ce qui a trait à la cessation

du tabagisme, une mobilisation des intervenants de tous les territoires dans ce dossier a été réalisée. Une formation des ressources a été réalisée à l'automne 2000. Un déploiement des services de cessation du tabagisme pour les personnes atteintes de problèmes de santé tels que l'asthme, la MPOC, le diabète et bien sûr les maladies cardiovasculaires a été débuté à compter de janvier 2001. Au niveau psychosocial, un comité a été organisé afin d'évaluer les possibilités de développement de certains services à la clientèle.

DESCRIPTION DES ACTIVITÉS DU RÉSEAU

L'ouverture officielle des six cliniques du Réseau a eu lieu le 9 février 1999. Les activités cliniques réalisées et le nombre de patients rejoints entre cette date et celle du 30 septembre 2000 sont décrites au tableau 1.

Tableau 1

Nombre de patients vus en rencontre individuelle avec l'infirmière	1190
Nombre de patients vus en rencontre individuelle avec la diététiste	1127
Nombre de patients vus en rencontre de groupe avec l'infirmière	873 patients 262 conjoints
Nombre de patients vus en rencontre de groupe avec la diététiste	795 patients 258 conjoints
Nombre de patients vus en rencontre individuelle avec l'infirmière à six mois	563
Nombre de patients vus en rencontre individuelle avec la diététiste à six mois	533
Nombre de patients vus en rencontre individuelle avec l'infirmière à un an	293
Nombre de patients vus en rencontre individuelle avec la diététiste à un an	279

Les soins et services dispensés par les cliniques s'adressaient à toute personne de la région atteinte d'une maladie cardiovasculaire et à sa famille, suite à une hospitalisation ou par une référence du médecin traitant. Ils consistaient essentiellement en :

- 1) une évaluation individuelle de la situation de santé et des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires à 0, 6 mois et 1 an;
- 2) l'établissement d'objectifs personnalisés de prise en charge à court et à long terme;
- 3) deux enseignements de groupe sur les facteurs de risque et les façons de les modifier;
- 4) une lettre de relance personnalisée à deux et huit mois afin de soutenir la personne dans son processus d'autoprise en charge;
- 5) une lettre de suivi au médecin traitant décrivant les interventions professionnelles réalisées, les facteurs de risque identifiés et les objectifs ciblés par la personne après chacune des visites. Le contenu des interventions individuelles et de groupe portaient principalement sur la physiopathologie du système circulatoire, sur les facteurs de risque (sédentarité, tabagisme, alimentation, dyslipidémie, hypertension artérielle, diabète, obésité, stress) et sur les moyens de les modifier.

En juin 2000, les infirmières ayant participé à la conception du projet ainsi que celles œuvrant au sein des cliniques se sont méritées le prix régional Innovation clinique de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, section régionale du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ce prix vise à mettre en valeur la contribution clinique des infirmières de toutes les régions du Québec à la qualité des soins offerts à la population, à l'efficacité et à l'efficience des services de santé ainsi qu'à l'avancement de la profession d'infirmière. Ces infirmières ont également été mises en nomination pour le prix provincial de ce même concours.

DESCRIPTION DES COLLABORATEURS, DES PARTENAIRES ET DES PARTICIPANTS

Le développement et la mise en place du Réseau régional de cliniques de préventions des maladies cardiovasculaires a nécessité la collaboration de plusieurs personnes ou groupes de personnes. Au niveau des collaborateurs, on retrouve la Direction de la santé publique de la Régie régionale du Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Clinique régionale des maladies lipidiques du Complexe hospitalier de la Sagamie, le Centre de santé publique de Québec ainsi que tous les établissements hôtes d'une clinique du Réseau (CLSC Le Norois d'Alma, Centre Maria-Chapdelaine de Dolbeau, Carrefour de santé de Jonquière, CH-CHSLD-CLSC Cléophas Claveau de La Baie, CLSC des Prés-Bleus de Roberval, Centre de santé de Mashteuiatsh, Complexe hospitalier de la Sagamie de Chicoutimi). Dans la conception du Réseau, le comité d'opérationnalisation a bénéficié du travail d'une étudiante à la maîtrise en gestion de projet de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) pour le développement des outils de gestions et des protocoles d'entente avec les établissements. Également, pour établir le plan de communication lors de l'ouverture des cliniques, le comité d'opérationnalisation a reçu l'aide précieuse de l'agente de communication de la Direction de la santé publique de la Régie régionale. Le Réseau a également bénéficié de l'expertise de plusieurs professionnels, de la région ou de l'extérieur, pour offrir les différentes formations en cours de projet.

Plusieurs partenaires ont également participé aux activités du Réseau. Il s'agit, d'une part, des médecins superviseurs identifiés pour chaque territoire, de l'ensemble des médecins traitant la clientèle atteinte d'une maladie cardiovasculaire dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, du personnel des unités de soins et des services des établissements de santé impliqués ainsi que des pharmaciens dans la communauté. D'autre part, plusieurs organismes communautaires locaux ont été mis à contribution, notamment l'organisme Cardioforme de Chicoutimi et La Baie, l'organisme Cardiami de Jonquière et l'organisme Kino-Cœur d'Alma. Enfin, l'évaluation du projet a pu se réaliser grâce aux travaux d'une équipe de chercheurs d'affiliations diverses : Clinique régionale des maladies lipidiques du Complexe hospitalier de la Sagamie, Direction de la santé publique du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Université du Québec à Chicoutimi, Université Laval, Unité de médecine de famille du Complexe hospitalier de la Sagamie, Centre de santé publique de Québec.

Le Réseau régional a également bénéficié d'un soutien financier provenant de trois compagnies pharmaceutiques, soit la compagnie Aventis, la compagnie Merck Frosst ainsi que la compagnie Pfizer. Enfin, les participants au projet ont été tous les patients ayant bénéficié des services des cliniques.

DESCRIPTION DES PROBLÈMES

La conception et la mise en œuvre du Réseau se sont, dans l'ensemble, bien déroulées. Cependant, quelques difficultés ont pu être identifiées :

- Une première difficulté identifiée a été d'harmoniser les visions de tous les intervenants, organismes et établissements de santé concernés par la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires afin que tous partagent une même vision de son importance et de l'axe de déploiement et d'arrimage des différents services.
- Des difficultés ont été vécues au niveau du personnel de quelques cliniques (infirmières et diététistes) malgré la mise en place de critères de sélection. En effet, le personnel des différentes cliniques ne présentait pas un niveau de formation et d'expériences comparables. Par ailleurs, quelques membres du personnel choisis dans certains établissements ne possédaient pas le profil souhaité. À partir de l'expérience vécue, nous croyons qu'il serait préférable qu'une personne du Réseau de coordination régionale soit impliquée directement dans le processus de sélection du personnel au niveau des établissements partenaires.
- Quelques problèmes au niveau de la dispensation uniforme de l'enseignement et de l'évaluation du personnel ont été vécus avec certains groupes d'intervenants, davantage habitués à une pratique professionnelle autonome.
- La grève des infirmières, qui a eu lieu au cours du mois de juillet 1999, a entraîné un ralentissement important des activités des cliniques au cours de cette période.
- Le manque de personnel est un des problèmes majeurs du projet particulièrement au niveau de sa structure régionale. En effet, le projet ne compte que sur une seule personne à temps plein, soit l'infirmière coordinatrice régionale. Certains ajustements ont pu être apportés (ajout d'une secrétaire et d'une diététiste-coordonnatrice à temps partiel) et ce grâce à l'apport financier de compagnies privées. Or, les besoins demeurent très grands.

- Les délais très courts pour la mise en œuvre du projet ont nui à l'implication de certains acteurs régionaux et ont bousculé certaines des étapes nécessaires au processus de concertation, en particulier dans les secteurs où déjà plusieurs interventions étaient réalisées auprès de la clientèle atteinte d'une maladie cardiovasculaire et ceci afin d'éviter bien sûr les duplications et les bris de soins et de services et d'en assurer plutôt une harmonisation et une continuité. Plusieurs efforts ont dû être consentis alors à rattraper les situations conflictuelles qu'un échéancier moins serré aurait permis d'éviter.
- L'évaluation du projet, principalement de nature clinique, a été compliquée par le manque de ressources et d'expertises dans le domaine de l'évaluation de programmes dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Les concepteurs du projet ont donc dû, en partie, faire appel à des ressources extérieures pour assurer une évaluation adéquate. L'évaluation ayant été planifiée à posteriori a causé deux problèmes. Premièrement, aucun groupe témoin randomisé ou en parallèle n'avait été prévu lors de la mise en place de l'intervention. Il avait été établi que le groupe témoin serait composé de patients recrutés de façon rétrospective par une sollicitation dans des dossiers archivés. En plus de ce premier groupe de comparaison, les chercheurs ont tenté d'obtenir un groupe de comparaison en parallèle, c'est-à-dire suivi pendant la même période de temps. À cette fin, les chercheurs ont dû faire appel à un échantillon témoin provenant d'une collaboration avec un autre projet FASS touchant les mêmes clientèles. Deuxièmement, le consentement initialement prévu pour l'utilisation des données à des fins de recherche n'a pas été jugé conforme par le comité d'éthique à la recherche régional du Complexe hospitalier de la Sagamie. Un deuxième consentement pour les sujets de l'étude a donc dû être obtenu par courrier postal et a entraîné une charge de travail et des délais supplémentaires à l'équipe de coordination régionale.
- Le mode de référence utilisé, basé sur une prescription médicale, a parfois apporté des difficultés dans certains secteurs. En effet, il est arrivé que des personnes n'ont pas été référées aux services du Réseau. Cela peut probablement s'expliquer par une surcharge de travail présente dans certains milieux hospitaliers. Cette situation a pu être en partie corrigée par un suivi étroit des références dans les milieux identifiés, nécessitant un investissement de temps de la part des ressources de coordination.

RÉSULTATS

L'évaluation du Réseau de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean a été réalisée au moyen de six études menées par des chercheurs de diverses affiliations et domaines d'expertise. Trois de ces études visaient l'évaluation des impacts sur la santé de l'intervention des cliniques. Trois autres portaient sur des évaluations de processus de l'implantation et des services offerts. Chacune de ces études sera décrite ci-après avec les principaux résultats qu'elles ont permis d'observer. Ensuite, ces résultats seront discutés en fonction des points soulevés dans les exigences de présentation du rapport final.

ÉTUDES D'ÉVALUATION DES IMPACTS SUR LA SANTÉ

Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean : Évaluation de l'impact des interventions sur les facteurs de risque de la maladie (René Lapierre, Diane Gagnon, inf., Maud-Christine Chouinard, M. Sc. inf. et Gérald Tremblay, MD)

L'étude visait à évaluer les effets du programme d'intervention du Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires sur la prévalence des facteurs de risque de la maladie. Le programme consistait en une série de rencontres individuelles et de groupe avec une infirmière et une diététiste à 0, 6 et 12 mois. Pour chaque facteur de risque, les résultats obtenus pour les mesures individuelles à l'entrée, et à 6 et 12 mois ont été comparés en utilisant un test-t bilatéral pour échantillons pairés (variables ordinales) ou un test du chi-carré (variables catégorielles). Un algorithme, dérivé de l'étude de Framingham et adapté pour la prévention secondaire, a été utilisé pour résumer le profil de risque. Un devis de type quasiexpérimental (group exp., n=500; groupe-contrôle, n=250) était inclus dans le protocole mais n'a pu être réalisé. Les résultats obtenus ont plutôt été comparés aux données de littérature. Les détails de cette étude sont présentés à l'annexe 2.

Les données indiquent que 77 % des clients référés aux cliniques ont accepté de participer au programme et que six mois plus tard, 76 % d'entre eux participaient toujours au programme. En tenant compte de ces deux éléments, 58,5 % de la population référée au départ participait encore au programme six mois après leur entrée aux cliniques.

Les clients des cliniques ont réduit leur niveau de risque cardiovasculaire de façon significative. Selon le score de détermination du risque suggéré par l'Association canadienne de réadaptation cardiaque, le risque d'événement cardiaque à moyen terme (au cours des dix prochaines années) aurait diminué de 14 % après six mois chez la clientèle du Réseau.

Cette réduction est attribuable, en bonne partie, à l'amélioration du profil lipidique. Les réductions observées après six mois, toutes statistiquement significatives, ont été de 6 % pour le cholestérol total (de 5,0 à 4,7 mM), de 10 % pour les LDL (de 2,9 à 2,6 mM), de 11 % pour les triglycérides (de 2,2 à 2,0 mM) et de 13 % pour le rapport total /HDL (de 4,6 à 4,0). Les réductions obtenues après un an d'intervention sont de même ampleur. L'ampleur des réductions varie en fonction des niveaux

de départ : dans les sous-groupes qui présentaient à l'entrée aux cliniques des taux de cholestérol total et LDL les plus élevés, la réduction a atteint respectivement 20 % et 27 % alors qu'elle est plus faible ou même nulle dans les autres sous-groupes.

Les changements observés en ce qui a trait à la pratique d'activités physiques semblent aussi importants. La proportion des personnes ne faisant aucune activité physique a été réduite de près de moitié, passant de 30 % à 16 %, et 35 % des individus ont accru la fréquence de leurs activités physiques. Les changements observés pour les autres facteurs de risque ont été plus modestes. Les taux de glycémie ont baissé de 4,5 % (de 6,2 à 5,9), la tension systolique a été réduite de 1,4 % et la tension diastolique de 0,9 %. Par ailleurs, les indicateurs reliés au poids (indice de masse corporelle et ratio taille-hanche) et le statut tabagique des individus sont demeurés à peu près stables.

Pour tous les facteurs de risque, l'ampleur des effets observés après six mois a été la même chez l'un et l'autre sexe. Pour les autres facteurs considérés (âge, scolarité, district sociosanitaire et type de référence) les variations des résultats obtenus pour tous les facteurs de risque après six mois semblent cohérentes avec les différences observées entre les groupes en ce qui a trait aux niveaux de départ : les réductions observées sont plus fortes dans les groupes qui présentaient au départ des niveaux plus élevés.

En conclusion, les patients ayant bénéficié des services du Réseau régional ont montré des améliorations notables dans leurs facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, notamment au niveau de leur profil lipidique, de la sédentarité, de la glycémie et de la tension artérielle.

Associations entre le profil nutritionnel, les indicateurs anthropométriques et le profil métabolique chez des adultes participant au Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay–Lac-Saint-Jean (*Simone Lemieux, Dt.p., PhD; Guylaine Paradis, Dt.p.; Véronique Provencher, B.Sc.*)

Des études ont démontré que certaines interventions nutritionnelles ont le potentiel de réduire de façon significative le risque de mortalité chez des patients coronariens et ce, en partie dû à une amélioration de leur profil lipidique. L'objectif général de la présente étude était de vérifier, chez 139 participants coronariens suivis dans le cadre du Réseau régional des cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'effet d'une intervention nutritionnelle standardisée sur leurs variables anthropométriques et métaboliques. Tous les sujets ont reçu une intervention nutritionnelle standardisée, effectuée par une nutritionniste certifiée, et ce, de façon individuelle et en groupe. Le but principal de l'intervention était de remplacer l'apport en acides gras saturés par un apport en acides gras insaturés, de réduire l'apport en cholestérol et d'améliorer les connaissances de base en nutrition des participants. Cette étude est présentée en détail à l'annexe 3.

Six mois après le début de l'intervention, les sujets ont montré une diminution significative de leur proportion d'énergie provenant des lipides totaux (de 34,2 % à 30,6 %), des acides gras saturés (de 11,5 % à 10,1 %) ainsi que de leur apport en cholestérol (de 224 mg à 189 mg) ($p < 0,05$). Aucun autre changement dans les variables alimentaires n'est survenu entre 6 et 12 mois. Quant aux variables métaboliques, nous avons observé une diminution significative des concentrations plasmatiques de

cholestérol total (de 4,9 à 4,7 mM), de triglycérides (de 2,1 à 1,8 mM) ainsi que du ratio cholestérol total / HDL-cholestérol (de 4,6 à 3,9 mM) et ce, après six mois d'intervention. Puis, après 12 mois d'intervention, nous avons observé des changements significatifs dans les concentrations plasmatiques de LDL-cholestérol (de 2,8 à 2,6 mM) et de HDL-cholestérol (de 1,2 à 1,3 mM) ($p < 0,05$). Aucun changement n'a été observé quant aux variables anthropométriques à la suite de l'intervention nutritionnelle.

Finalement, cette étude démontre que l'intervention nutritionnelle a amené des changements significatifs en ce qui a trait aux habitudes alimentaires, ce qui a contribué à améliorer le profil lipidique des participants. Comme cela a été observé dans des études précédentes, ces données suggèrent que cette intervention nutritionnelle a le potentiel de réduire les risques de récurrence d'événements cardiovasculaires chez des patients coronariens.

Évaluation de l'efficacité du Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean sur le comportement tabagique des patients atteints d'une maladie cardiovasculaire (Germain Couillard, M.Sc., Steve Arsenault, B.Sc., Diane Gagnon, inf., Gérald Tremblay, MD)

Cette étude s'inscrit dans le cadre des activités d'évaluation du Réseau régional des cliniques de prévention secondaire des maladies cardiovasculaires (annexe 4). L'objectif principal du Réseau est d'assurer la gestion des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (MCV) de façon standardisée chez des adultes atteints d'une maladie cardiovasculaire. Le fait de vivre un événement cardiovasculaire peut contribuer à initier une réflexion et incite certains patients à renoncer à l'usage du tabac. Il faut toutefois noter que cet arrêt n'est que de très courte durée. Afin de maintenir cette abstinence à plus long terme, un suivi post-hospitalier doit être offert à ces patients. Le but de cette évaluation est de mesurer l'efficacité des interventions liées aux comportements tabagiques qui ont été dispensées auprès des patients dans le cadre du Réseau régional et d'offrir des pistes d'intervention.

La mesure du comportement tabagique a été faite à l'aide des différentes variables incluses dans le questionnaire qui a été complété par l'infirmière lors des visites du patient à l'une des cliniques du Réseau régional. L'intervention, échelonnée sur un an, visait à adresser aux patients un avis sur l'importance de renoncer à l'usage du tabac et à fixer un objectif de modification des habitudes tabagiques. À la visite initiale, et au cours de deux visites de suivi à 6 mois et à 12 mois, l'ensemble du profil tabagique a été réévalué. Une analyse descriptive de ces variables a été réalisée afin de comparer le comportement tabagique des patients ayant été référés au Réseau rapidement suite à leur sortie de l'hôpital avec des patients qui n'ont pas participé à des programmes de prévention suite à leur événement cardiovasculaire. Ces derniers proviennent d'une recherche dans les archives des centres hospitaliers du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Les habitudes tabagiques des patients ont également été comparées entre les cliniques afin d'évaluer s'il existe des différences entre les sites. Finalement, quelques questions ont permis de mesurer des facteurs pouvant expliquer la motivation à renoncer à l'usage du tabac ou à la reprise des habitudes tabagiques.

Parmi les patients référés au Réseau par un centre hospitalier du Saguenay–Lac-Saint-Jean (n=140), la proportion de fumeurs à la première visite à l'une des cliniques était de 15,7 %. Ce qui contraste avec la proportion qui avait été mesurée chez ces mêmes patients quelques semaines auparavant au moment de leur événement cardiaque (32,9 %). En comparaison, les patients qui provenaient de la recherche archivée (n=95) fumaient dans une proportion de 21,1 % à leur première visite. Au terme des trois visites, la proportion de fumeurs s'est accrue chez les patients référés de 2,2 % par rapport à celle observée à la visite 1 ($p<0,0001$). En contrepartie, après la même période d'intervention, la proportion de fumeurs chez les patients provenant de la recherche archivée a diminué de 5,3 % ($p<0,0001$). En comparant la proportion de fumeurs dans les deux groupes, aucune différence significative n'a été observée tant à la visite 1 ($p=0,11$) qu'à la visite 3 ($p=0,67$). Ces résultats suggèrent que l'intervention a permis de maintenir le nombre de personnes ayant cessé de fumer. Ils montrent également que près de 50 % des patients fumeurs au moment de leur hospitalisation fument toujours à leur première visite à la clinique. Parmi les raisons les plus fréquemment invoquées pour expliquer la rechute ou le maintien du comportement tabagique, deux font référence à la perception liée au manque de contrôle sur le comportement. Quant aux facteurs les plus mentionnés pour motiver le renoncement au tabac, ils sont davantage liés aux conséquences néfastes du tabagisme sur la santé. Au chapitre de l'aide au renoncement, les patients préfèrent largement tenter de renoncer au tabac sans aide extérieure et ils sont peu enclins à faire partie d'un groupe d'entraide. Toutefois, ils consentent, dans une plus large proportion, à recevoir sur une base individuelle de l'aide d'un professionnel. Finalement, pour l'ensemble des variables mesurées, il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les cliniques.

Cette étude confirme que vivre un événement cardiovasculaire a une influence favorable sur le comportement tabagique et réaffirme l'importance d'offrir un soutien précoce pour la cessation du tabagisme suite à un événement cardiovasculaire au cours de l'hospitalisation, afin d'éviter que les patients reviennent rapidement à leurs mauvaises habitudes tabagiques. Les interventions dispensées dans les cliniques ont eu comme effet de contribuer à améliorer les habitudes tabagiques des patients suivis dans le Réseau. Afin d'accroître le nombre de patients qui renoncent au tabac suite à un événement cardiovasculaire, les interventions devraient permettre de renforcer les facteurs qui contribuent à faciliter l'arrêt de l'usage du tabac.

ÉTUDES D'ÉVALUATION DE PROCESSUS

Évaluation d'implantation du « Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean » (Josée Bourdages, PhD)

Le « Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean » implanté et mis en œuvre dans six secteurs sociosanitaires par la création et la mise en place d'autant de cliniques sectorielles en prévention secondaire des maladies cardiovasculaires constitue l'objet d'évaluation. Cette étude est présentée à l'annexe 5. Trois objectifs d'évaluation ont été retenus : 1) Décrire et analyser le Réseau régional et ses composantes spécifiées, les cliniques sectorielles de prévention des maladies cardiovasculaires, au regard des activités et de la dynamique générées en matière d'organisation des services et des pratiques au Saguenay-Lac-Saint-Jean ; 2) Analyser l'influence des éléments contextuels sur le développement et le degré de mise en œuvre du Réseau régional ; 3) Analyser l'influence du degré de mise en œuvre du Réseau régional sur la qualité et l'accessibilité aux services, l'organisation de la pratique des intervenants et l'intégration des pratiques reconnues efficaces en prévention secondaire des maladies cardiovasculaires.

Cette évaluation s'est intéressée au déroulement réel de l'implantation et de la mise en œuvre du Réseau régional, à sa dynamique interne ainsi qu'aux facteurs facilitants et aux barrières liés à sa mise en œuvre. L'évaluation a permis de déterminer dans quelle mesure les activités et les ressources mises en œuvre par le Réseau régional ont contribué à l'atteinte des objectifs visés et de quelle façon celle-ci s'est opérée. L'évaluation a aussi permis d'identifier les effets observés attendus et non-attendus liés à l'implantation et à la mise en œuvre du Réseau régional.

Le devis d'évaluation retenu a donné lieu à une étude descriptive et analytique fondée sur une approche de nature inductive. Cette approche a permis d'effectuer de l'observation, de comprendre et de décrire les phénomènes à l'étude pour expliquer le degré d'implantation et de mise en œuvre du Réseau régional ainsi que les effets observés. La durée de cette collecte de données s'est étendue sur une période de 13 mois et trois sources ont été utilisées :

- 1) 19 entrevues semi-dirigées, en moyenne de 80 minutes, ont été menées auprès d'acteurs régionaux et locaux, des membres de l'équipe de coordination régionale, des décideurs et des gestionnaires d'établissement et certains intervenants des cliniques sectorielles;
- 2) le dépouillement systématique de documents écrits générés par l'implantation, la mise en œuvre et l'évaluation du Réseau régional et de ses cliniques sectorielles;
- 3) l'observation participante lors de comités d'opérationnalisation et d'une activité de formation professionnelle continue. Cette étude a permis de faire les constatations qui suivent.

1. Contexte régional et local favorable à la formulation rapide d'une proposition compte tenu :

- mortalité par maladie cardiovasculaire, priorité de santé dans certains secteurs et au niveau régional;

- nécessité de décentraliser sur une base territoriale : services et expertise de la Clinique régionale des maladies lipidiques du Complexe hospitalier de la Sagamie;
 - prévention secondaire identifiée comme une clé pour infléchir l'incidence des maladies cardiovasculaires au Saguenay–Lac-Saint-Jean ;
 - émergence de l'idée d'un réseau régional en prévention secondaire des maladies cardiovasculaires où la Direction de la santé publique serait partie prenante;
 - amorce d'une tournée sectorielle par la Santé publique pour promouvoir les orientations de la Régie régionale pour la lutte aux maladies cardiovasculaires.
2. Capacité de créer et de mettre en place en 30 mois, un modèle d'organisation et de prestation de services de 1ère ligne qui :
- contribue à améliorer la qualité des services et l'accessibilité aux services en rendant disponibles des services qui n'étaient pas présents dans plusieurs des secteurs sociosanitaires mobilisés et rehaussant la continuité de services du point de vue du patient par la mise en place d'une trajectoire de services;
 - offre une gamme de services préventifs et curatifs de qualité équivalente dans six secteurs sociosanitaires par la création de cliniques sectorielles de prévention secondaire des MVC.
3. Capacité à développer et à implanter un modèle d'organisation de services « souple » :
- permet de centraliser la coordination et la gestion du Réseau aux niveaux fonctionnelle et clinique tout en décentralisant l'offre de services aux clients à l'échelle des secteurs;
 - en mesure de s'adapter à la structure et au contexte organisationnels de l'établissement hôte, de s'insérer dans sa mission (CLSC, CH, Centre fusionné) et de respecter son autonomie.
4. Capacité à développer et à implanter un modèle d'organisation et de prestation de services alliant deux des trois types d'intégration caractérisant les systèmes intégrés de santé, l'intégration fonctionnelle et l'intégration clinique.
- Deux modes d'intégration retenus : l'intégration horizontale au niveau géographique et l'intégration verticale, entre les CH, les CLSC, les médecins en cabinet privé et les centres de santé;
 - Mécanismes d'intégration utilisés tels : un protocole d'entente inter-établissements et création de comités aviseur et d'opérationnalisation ainsi qu'une équipe de coordination régionale.
5. Mise en place d'un réseau coordonné d'intervenants avec une intégration partielle des médecins traitants. Les médecins traitants ont rarement exercé un rôle de leadership et de « plaque-tournante ». Ce sont surtout les médecins en CH qui ont référé leurs patients aux cliniques sectorielles. Les barrières suivantes ont été identifiées :
- Manque de confiance et de réciprocité des médecins traitants vis-à-vis les services offerts par les intervenantes des cliniques;
 - Déficit dans l'harmonisation des visions liées à l'optimisation de la prise en charge des patients au regard de leurs facteurs de risque des maladies cardiovasculaires;

- Difficultés d'intégration des médecins traitants des secteurs têt dans le processus de formulation et d'émergence du Réseau régional et de son intervention-client ainsi que dans la structure dédiée à la prise de décision.

6. La mise en place du Réseau régional n'a pas permis d'ouvrir sur une programmation-clientèle en prévention primaire des maladies cardiovasculaires, ni au régional et ni dans les secteurs mobilisés.

La conduite de ce projet de démonstration témoigne du degré élevé de « *capacity building* » d'une région, dotée d'un bassin populationnel de moins de 300 000 habitants, éloignée des grands centres urbains, où la masse critique d'expertise y est en principe moins grande. Enfin, les apprentissages effectués au Saguenay-Lac-Saint-Jean constituent un acquis pour la poursuite et la bonification du Réseau régional dans une perspective d'intégration accrue d'une part, de pratiques interdisciplinaires entre les médecins traitants et les intervenantes des cliniques et d'autre part, des pratiques organisationnelles et professionnelles exemplaires favorisant le continuum de services de la prévention à la réadaptation cardiovasculaire. Cette étude est présentée à l'annexe 5.

Évaluation de l'intervention infirmière dans le cadre du Réseau de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean selon la perspective des usagers (Maud-Christine Chouinard, M.Sc., Antoine L. Ntetu, PhD, René Lapiere, B.Sc., Diane Gagnon, inf., Marie-Hélène Hudon, B.Sc.)

Cette étude visait à faire une évaluation de processus des services dispensés par les infirmières dans le cadre du Réseau de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean à partir de la perspective des usagers (annexe 6). Elle a tenté de répondre aux questions suivantes :

- 1) Quel est le degré de satisfaction global des usagers envers les services infirmiers reçus dans le cadre des activités des cliniques?
- 2) Quelles perceptions ont les usagers des services reçus, de leurs interactions avec l'infirmière, de l'accessibilité des services et des changements survenus dans leur état de santé?

Deux approches ont été utilisées. La première a consisté en une enquête par questionnaire visant à répondre à la première question de recherche. Pour la deuxième question, l'approche axée sur l'utilisation (*Utilization-Focused Approach*) de Patton (1990) a été privilégiée. Cette approche permet d'obtenir des informations jugées utiles par les utilisateurs potentiels des résultats de recherche, identifiés ici comme étant les organismes gouvernementaux (FASS, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Régie régionale du Saguenay-Lac-St-Jean) ainsi que les établissements et leurs membres impliqués dans la mise en œuvre du Réseau. Cette approche suggérait un devis qualitatif : un devis phénoménologique a été utilisé pour obtenir une description détaillée de la perspective des usagers. Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues individuelles en profondeur.

La compilation des questionnaires pour la rencontre de groupe montre une satisfaction supérieure à 90 %, notamment pour la compétence du formateur, le contenu et le climat de la rencontre. Les entrevues ont également permis d'observer une satisfaction globale très élevée vis-à-vis la compétence des intervenants et la structure du programme. Le format privilégié est la rencontre individuelle. Les rencontres devraient être plus fréquentes dans les premiers mois. La prise de conscience de l'importance de la modification des facteurs de risque est reconnue par tous et les patients rapportent que les services offerts les ont aidés à changer leurs comportements et à améliorer leur état de santé. En conclusion, les services offerts par le Réseau répondent à un besoin de la clientèle et devraient être maintenus en apportant certains ajustements notamment au niveau de la fréquence des rencontres et la répartition de celles-ci.

Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean : perception des médecins de famille du Saguenay - secteur Chicoutimi (Denise Chouinard, MD, Caroline Gagné, MD, Simon Hevey, MD, Josée Bourdages, PhD, Gérald Tremblay, MD, Martin Fortin, MD, M. Sc.).

Les objectifs de cette étude étaient de décrire les perceptions des médecins de famille du Saguenay (secteur Chicoutimi) à l'égard du Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires et d'énumérer les obstacles à la participation à ce programme par les médecins de famille (annexe 7). Il s'agit d'une étude qualitative sous forme de groupe de discussion. L'échantillon de médecins rencontrés a été restreint au secteur de Chicoutimi pour des raisons de disponibilité des chercheurs et de ressources limitées.

Deux groupes de discussion, chacun composé de sept médecins de famille en pratique active à Chicoutimi, ont été organisés les 17 et 26 avril 2000. Chaque participant devait compléter une fiche signalétique et un formulaire de consentement. Chaque rencontre a duré deux heures, et a été enregistrée sur magnétophone puis retranscrite intégralement. Les chercheurs ont complété les observations par des notes prises sur le terrain. Les transcriptions ont fait l'objet d'une analyse de contenu par un analyste indépendant et non impliqué dans le milieu. Les chercheurs ont également effectué une analyse de contenu à partir des transcriptions et des notes prises sur le terrain. La triangulation des analyses a permis de dégager les thèmes émergents et de les catégoriser.

L'étude révèle que les médecins de famille apprécient certains avantages du Réseau des cliniques parmi lesquels : l'approche multidisciplinaire, l'accès rapide au service de diététique, l'utilité, la qualité du service et du support, la rapidité d'intervention, le respect des traitements déjà débutés et l'impact possible sur l'amélioration des connaissances du patient. Par contre, certains obstacles ont été identifiés. D'une part, on soulevait le dédoublement possible des services, la répétition des tests, le manque de continuité, de globalité. D'autre part, on s'inquiétait du risque de confusion et du sentiment de compartimentation créé chez le patient ainsi que du nombre élevé de contacts avec le système de soins. On craignait aussi la perte de rôle du médecin traitant. Enfin, certaines suggestions ont été faites pour améliorer le Réseau des cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires. L'importance d'améliorer le système de communication, tant pour mieux faire connaître le Réseau que pour informer le médecin traitant à propos du suivi de ses patients a été soulignée. On suggérait aussi de laisser le rôle central aux médecins de famille, de les laisser référer eux-mêmes ou, à tout le moins, de les consulter avant l'instauration de telles cliniques. On proposait également de

poursuivre le suivi au-delà d'un an. En conclusion, le Réseau des cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires est perçu de façon assez positive par les médecins de famille de Chicoutimi mais ces derniers expriment cependant certaines craintes.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

La discussion des résultats proposée prend la forme de points d'évaluation soulevés dans les lignes directrices pour le rapport final des résultats. Chacun de ces points sera discuté dans la section qui suit.

Examen des résultats selon l'âge et le sexe

L'examen des résultats selon certaines caractéristiques de la clientèle, effectué dans le cadre de l'étude de Lapierre et al. (2001), n'a détecté aucune différence attribuable à l'âge ou au sexe des participants. En fait, pour tous les facteurs de risque visés, l'ampleur des effets observés après six mois a été le même chez l'un et l'autre sexe. Pour ce qui est de l'âge, les variations des résultats obtenus après six mois semblent cohérentes avec les différences observées entre les groupes en ce qui a trait aux niveaux de départ : les réductions observées sont plus fortes dans les groupes qui présentaient au départ des niveaux plus élevés.

Accès aux services

L'accessibilité des services de prévention secondaire des maladies cardiovasculaires dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean a indéniablement été accrue par la mise en place du Réseau de cliniques. Premièrement, il faut soulever que la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean occupe un large territoire géographique et que la population y est largement dispersée. Deuxièmement, des services ont été mis en place dans des secteurs qui, antérieurement, ne bénéficiaient d'aucun service de prévention secondaire des maladies cardiovasculaires. Troisièmement, le Réseau a permis de décentraliser les services spécialisés en dehors des grands centres urbains de la région. Enfin, une préoccupation de couvrir l'ensemble du territoire a été à la base du déploiement des services du Réseau.

Deux études de l'évaluation se sont penchées sur l'accessibilité des services offerts par les cliniques du Réseau pour la clientèle. Dans l'étude portant sur la perception des usagers des services offerts, l'accessibilité des services a été jugée très bonne par les personnes ayant bénéficié de rencontres à la clinique (Chouinard, Ntetu et al., 2001). D'une part, l'horaire des rencontres offertes par les cliniques est jugé très souple et flexible. D'autre part, la situation géographique de chaque clinique, située à proximité du lieu de résidence des patients, a été bien appréciée. En fait, l'accessibilité des services est jugée très bonne par la majorité des clients desservis.

L'étude sur les impacts sur la santé a cependant permis d'identifier que quelques personnes avaient noté ne pas avoir été intéressées par les services offerts par les cliniques en raison de difficultés de transport, de l'éloignement des cliniques, d'un manque de disponibilité ou encore, d'un conflit d'horaire avec leur travail (Lapierre et al., 2001). Également, elle a permis de mettre en évidence que les services offerts ne rejoignent pas tous les usagers visés par le programme. En fait, le mode de référence utilisé, basé sur les médecins en cours d'hospitalisation ou lors de consultations en cabinet privé, a entraîné une sous-utilisation du service en raison de l'absence de référence pour

une partie de la clientèle visée. Ce mode de référence a été très dépendant de l'équipe médicale, ce qui explique les différences observées entre les secteurs. Des correctifs devront être apportés afin de s'assurer un mode de référence permettant de rejoindre l'ensemble des usagers pouvant bénéficier des services offerts.

Qualité des soins

Au départ, le Réseau régional avait prévu plusieurs mécanismes pour assurer la qualité des interventions effectuées dans le cadre des cliniques. Premièrement, les interventions et les programmes d'enseignement à la clientèle ont été basés sur les données probantes les plus récentes dans le domaine de la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires (American association of cardiovascular & pulmonary rehabilitation, 1999; Association canadienne de réadaptation cardiaque, 1999). Deuxièmement, le personnel des cliniques a été sélectionné à partir de critères de compétence pré-établis, permettant d'atteindre certains standards. Troisièmement, plusieurs formations s'adressant au personnel ont été réalisées tout au long de la période d'activité du Réseau. Enfin, une évaluation de toutes les intervenantes du Réseau a été effectuée par chacune des coordonnatrices régionales (infirmière et diététiste) afin de s'assurer de la compétence des intervenantes et de la qualité des informations transmises à la clientèle.

La qualité des services offerts, évaluée selon la perspective des usagers, a été jugée très grande (Chouinard, Ntetu et al., 2001). Les usagers ont montré une satisfaction globale très élevée, ainsi qu'une grande satisfaction pour l'ensemble des modalités de services proposés. Cette satisfaction est basée sur l'adéquation des services, sur une perception que les services répondent aux besoins et de la pertinence des informations transmises, sur la reconnaissance de la compétence des intervenantes ainsi que sur une perception d'accessibilité des services. Également, la qualité des services dispensés dans le cadre des cliniques a été reconnue par les médecins traitants (Chouinard, Gagné et al., 2001).

Intégration à d'autres services

Les services offerts par le Réseau sont venus combler un besoin important au niveau du soutien à la prise en charge des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires chez la clientèle. Ce besoin provient, entre autres, de la transformation du réseau de santé, notamment par l'accentuation du virage ambulatoire, qui s'est traduit par une baisse importante de la durée des séjours hospitaliers pour la clientèle atteinte d'une maladie cardiovasculaire. Les services offerts par le Réseau, jusqu'alors inexistant dans la communauté, ont donc pallié à cette érosion des services et ont assuré la continuité des soins en collaboration avec les équipes médicales et les organismes communautaires de chacun des secteurs de la région.

L'intégration à d'autres services du système de santé de la région a toujours été une préoccupation à la base du développement du Réseau régional. Plutôt que de chercher à mettre en place une nouvelle structure de services de prévention secondaire, le Réseau a été conçu dans l'optique de soutenir les interventions des professionnels œuvrant déjà auprès de cette clientèle. Les services offerts par les cliniques se sont donc greffés à un système de suivi déjà en place, basé sur le médecin traitant en collaboration avec le médecin spécialiste en cherchant à soutenir leur intervention pour une meilleure prise en charge de la clientèle.

Également, le Réseau a, dès le départ, eu comme prémisses de se servir des organisations déjà en place en tentant, d'un côté, d'harmoniser les services offerts, et de l'autre, de développer les services là où ils étaient absents. À cette fin, le Réseau a permis de mettre en relation, de concerter et de faire travailler ensemble plusieurs services déjà en place dans la région tels que les services des organismes communautaires œuvrant en réadaptation cardiaque, les missions des établissements de santé dédiés au suivi des patients atteints d'une maladie cardiovasculaire, etc.

Impacts sur la santé de la population visée

Il faut premièrement préciser que les études portant sur les impacts sur la santé ne visaient pas à mettre en évidence l'effet de l'intervention proposée sur la mortalité pour la clientèle visée. Il aurait fallu une période d'évaluation beaucoup plus longue pour pouvoir rencontrer un tel objectif.

Les impacts des interventions effectuées dans le cadre du Réseau sur la modification des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires n'auraient pu être démontrés de façon définitive qu'avec une comparaison avec un groupe témoin randomisé. Les difficultés relatives à ce sujet sont expliquées dans le rapport de Lapierre et al. (2001). Les impacts sur la santé observés concernent donc davantage des changements chez les personnes en les comparant avec elles-mêmes, des comparaisons avec un groupe de patients recrutés de façon rétrospective ou encore, de données provenant de la littérature.

Les changements les plus marqués ont été observés pour les éléments du profil lipidique (Lapierre et al., 2001). Les réductions moyennes obtenues après six mois d'intervention varient de -6 % (cholestérol total) à -13 % (triglycérides) et sont toutes statistiquement significatives. L'ampleur des réductions varie en fonction des niveaux de départ. Ainsi, dans les sous-groupes qui présentaient à l'entrée aux cliniques des taux de cholestérol total LDL les plus élevés, la réduction a atteint respectivement 20 % et 27 % alors qu'elle est plus faible ou même nulle dans les autres sous-groupes.

Un autre résultat positif observé après six mois d'intervention est que la proportion de sédentaires aurait diminué de moitié et qu'une proportion non négligeable de la clientèle du Réseau (environ le tiers) aurait accru la fréquence de leurs activités physiques de loisirs (Lapierre et al., 2001). Cependant, lors des entrevues réalisées dans le cadre de l'évaluation des interventions infirmières, plusieurs répondants avaient aussi mentionné avoir accru la fréquence de leurs activités physiques de loisirs (Chouinard, Ntetu et al., 2001).

La réduction des niveaux moyens de glycémie (-4,5 %) après six mois constitue un autre résultat positif à souligner (Lapierre et al., 2001). L'intervention en diététique et, en découlant, les modifications dans les habitudes alimentaires des participants a pu contribuer à ce résultat. Par ailleurs, l'ampleur des réductions observées ne varie pas significativement selon le sexe, l'âge, le type de référence ou le district.

Les tensions artérielles systolique et diastolique diminuent aussi légèrement (-1 %) (Lapierre et al., 2001). Pour la tension artérielle, on ne note aucune variation significative selon l'âge ou le sexe. Mais les résultats obtenus après six mois varient selon le type de référence. Les cas de recherche archivée ont moins réduit leur tension diastolique que les autres groupes et davantage réduit leur tension systolique que les autres groupes. Dans les deux cas, il y avait au départ une différence significative entre les groupes, qui se reflète dans les résultats obtenus après six mois, compte tenu

de la corrélation générale entre les niveaux de départ et l'ampleur des différences obtenues après six mois.

Selon le score de détermination du risque suggéré par l'Association canadienne de réhabilitation cardiaque, le risque d'événement cardiaque à moyen terme (au cours des dix (10) prochaines années) aurait diminué de 14 % après six mois chez la clientèle du Réseau (Lapierre et al., 2001). Cette réduction est attribuable en bonne partie à l'amélioration du profil lipidique et, dans une moindre mesure, à la diminution de la tension artérielle. Les analyses effectuées sur chacune des composantes de l'indice indiquent en effet que les scores pour le cholestérol total, LDL et HDL ont diminué de façon significative ($p < .001$) entre les deux périodes et que les scores pour la tension systolique et diastolique ont diminué légèrement mais de façon non statistiquement significative ($p = .08$ et $.12$ respectivement). Par contre, la situation est demeurée à peu près stable en ce qui a trait aux scores moyens pour le diabète et le tabagisme.

La réduction du risque cardiovasculaire a été plus accentuée chez certains groupes. Ainsi, les clients du secteur Jonquière réduisent leur score global de façon plus accentuée que dans quatre des cinq autres secteurs; de même, les personnes de moins de 55 ans tendent à réduire davantage leur score moyen que les autres groupes d'âges. Dans les deux cas, ces résultats sont cohérents avec la meilleure performance de ces deux groupes au niveau du profil lipidique, elle-même cohérente avec le fait que le profil lipidique de ces deux groupes était au départ moins favorable.

Tous les résultats positifs observés doivent cependant être interprétés en fonction de la capacité du programme de rejoindre la population visée (Lapierre et al., 2001). Les données indiquent que 76,9 % des clients référés aux cliniques ont accepté de participer au programme et que par la suite, 76,1 % d'entre eux participaient toujours au programme six mois après leur entrée aux cliniques. En tenant compte de ces deux éléments, 58,5 % de la population référée au départ participait encore au programme six mois après leur entrée aux cliniques.

L'intervention nutritionnelle élaborée dans le cadre de cette étude, qui a la particularité de comporter à la fois un volet individuel et un volet de groupe, a réussi à engendrer des changements significatifs et bénéfiques dans les habitudes alimentaires et le profil lipidique des participants du Réseau (Lemieux et al., 2001). Les résultats obtenus ont permis de constater qu'une amélioration significative des habitudes alimentaires s'est produite dans la première phase de l'étude, soit entre zéro et six mois (Lemieux et al., 2001). En effet, la contribution des lipides alimentaires à l'apport énergétique est passée de 34,2 à 30,6 % au cours du premier six mois de l'étude. La valeur atteinte à six mois, correspond approximativement à l'objectif visé dans le cadre de l'intervention nutritionnelle, soit 30 % de l'énergie provenant des lipides. Quant à la consommation de cholestérol alimentaire, elle a diminué au cours de la première phase de l'étude, passant de 224 à 189 mg. Donc, la valeur atteinte à six mois correspond également à l'objectif visé qui était de réduire la consommation de cholestérol sous les 200 mg. Par ailleurs, la contribution des acides gras saturés à l'apport énergétique total a également chuté au cours de la première phase de l'étude, passant de 11,5 à 10,1 %. De façon concomitante aux améliorations notées au niveau des paramètres nutritionnels, une amélioration significative de différents paramètres métaboliques au cours des six premiers mois de l'étude a été notée.

Rentabilité des services

L'évaluation du projet d'un réseau régional de prévention des maladies cardiovasculaires ne comprenait pas d'études spécifiques sur les aspects économiques du programme proposé. D'une part, une telle évaluation doit être faite sur une plus longue période de temps afin d'observer la morbidité et la mortalité chez la clientèle desservie. D'autre part, cela aurait nécessité des ressources d'évaluation importantes pour collecter un plus grand nombre de données et faire un suivi à long terme.

Cependant, les résultats observés au niveau de la modification des facteurs de risque permettent de croire que l'intervention proposée présente un rapport coût-bénéfices intéressant. En effet, il existe une évidence, démontrée par les études récentes dans le domaine de la réadaptation cardiaque, à l'effet que des interventions visant à réduire les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires peuvent augmenter la survie à long terme, améliorer la qualité de vie, réduire le recours à des procédures d'intervention telles que les angioplasties et la chirurgie cardiaque ainsi que réduire la morbidité chez la clientèle qui en est bénéficiaire (Smith et al., 1995).

En fait, il est reconnu que chaque dollar investi dans un programme de réadaptation cardiaque engendre un retour six fois plus élevé. Par ailleurs, aucune étude n'a montré, à ce jour, que la réadaptation cardiaque implique des coûts supérieurs aux bénéfices qu'elle procure (Groupe de travail sur la réadaptation en cardiologie, 1997). Dans une méta-analyse sur les coûts associés à diverses modalités de réadaptation cardiaque, Livingston et Dennis (1999) ont mis en évidence que les programmes d'activités physiques, les interventions infirmières portant sur la cessation du tabagisme et les interventions en diététique adressant les problèmes de dyslipidémies en prévention secondaire ont un rapport coûts-bénéfices important. Il est clair qu'une information scientifique en regard du coût-bénéfice des programmes de réadaptation cardiaque est suffisante pour supporter leur inclusion dans le traitement standard de la majorité des patients présentant une maladie cardiovasculaire (Association canadienne de réadaptation cardiaque, 1999). Cette recommandation est par ailleurs consistante avec les recommandations de Santé-Canada.

Transférabilité

L'approche utilisée pour la mise en place du réseau a un bon potentiel d'exportabilité. Elle pourrait être adoptée dans d'autres régions du Québec intéressées à assurer un meilleur suivi chez la clientèle atteinte d'une maladie cardiovasculaire et une intégration de l'intervention des divers acteurs (établissements, professionnels de la santé). L'expérience de fonctionnement du Réseau sur une base régionale pourrait même être transférée à d'autres clientèles présentant une problématique de santé nécessitant un suivi dans la communauté. Déjà plusieurs personnes, tant au niveau régional que provincial, ayant entendu parler de ses retombées positives, ont pris contact avec des membres du Réseau afin d'obtenir des informations sur ses modalités d'applications et son potentiel d'exportabilité.

Cette transférabilité est d'autant plus évidente par le fait que le Réseau utilise des services déjà en place et qu'il respecte le mode de fonctionnement basé sur le rôle du médecin traitant. L'équipe interdisciplinaire du Réseau vient en quelque sorte renforcer l'intervention débutée auprès du patient par les professionnels de la santé en cours d'hospitalisation ou en bureau privé. Les services offerts permettent un suivi à long terme et de soutien. En fait, il s'agit d'un excellent projet pilote pour la

mise sur pied de services intégrés pour la prise en charge des maladies chroniques car il a permis de mettre en évidence plusieurs obstacles potentiels et facteurs facilitants. Par ailleurs, il s'agit d'un excellent tremplin pour le suivi et la prise en charge de clientèle à risque dans le cadre de programme de prévention primaire (intervention familiale).

Plusieurs conditions pouvant expliquer le succès obtenu dans la mise en œuvre du Réseau ont pu être identifiées :

- 1) le fait d'avoir un financement dédié à la mise en œuvre du projet et à son évaluation ;
- 2) la gestion du projet sous forme d'un projet de recherche, facilitant l'adhésion des partenaires, l'uniformisation de l'intervention et la gestion financière ;
- 3) l'évaluation du projet confirmant le caractère sérieux de l'expérimentation menée, la rétroaction et la diffusion des résultats ;
- 4) la fonction de pivot assurée par les infirmières de chacune des cliniques ;
- 5) les liens étroits du Réseau avec des professionnels de la santé détenant une expertise en santé cardiovasculaire et en réadaptation physique ;
- 6) la formation donnée sur une base réseau, c'est-à-dire en réunissant tous les intervenants concernés et les possibilités de support intersectoriel à la formation lors des mouvements de personnel ;
- 7) les protocoles d'entente établis avec tous les établissements hôtes d'une clinique et définissant clairement l'ensemble des conditions d'application de part et d'autre ;
- 8) le système informatique développé pour la saisie des données à l'échelle régionale et locale ainsi que pour l'échange d'informations entre les membres du Réseau ;
- 9) la coordination centrale assurée par les coordonnatrices régionales ainsi que par le comité d'opérationnalisation ;
- 10) le plan de communication et les outils de communication lors de l'ouverture des cliniques ayant donné une grande visibilité aux services offerts par les cliniques dans chacun des secteurs, de même qu'une visibilité régionale au projet.

Conséquences sur la mise au point des programmes et services

L'expérimentation fructueuse vécue par la mise en œuvre du projet d'un Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires aura des répercussions positives sur l'intégration et l'organisation des services de première ligne au cours des prochaines années. Ce projet novateur, qui a précédé les préoccupations et recommandations actuelles du réseau de santé québécois et canadien, est de ce fait une expérience déterminante et structurante pour le développement des services qui seront offerts aux personnes à risque et atteintes d'une maladie chronique non seulement dans notre région, mais aussi dans celle de Québec. En effet, de par la similarité de nos expériences, implantées de façon différente mais ayant pour but ultime d'offrir toute la gamme de services en réadaptation cardiaque décentralisée sur une base locale, et de par notre proximité géographique et la mise en commun d'une personne ressource à l'évaluation, les deux équipes de projet ont été en lien de façon régulière et plus intensément au cours de la dernière année.

C'est ainsi, qu'en mars dernier, les régies régionales des régions de Québec et du Saguenay-Lac-Saint-Jean ont déposé au Ministère québécois de la santé et des services sociaux un projet commun intitulé «Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques pour les régions de Québec et du Saguenay-Lac-Saint-Jean dans le cadre d'un réseau intégré de soins et de services à l'échelle locale pour les personnes en perte d'autonomie».

Par le développement de cette trajectoire de services intégrés de réadaptation, nous visons à optimiser l'autonomie fonctionnelle et l'équilibre psychosocial des personnes, ainsi que la réduction et la correction des facteurs de risque modifiables. Nous souhaitons également réduire les facteurs présentant un risque d'incapacités ou de handicaps, et visons le renforcement du potentiel de santé des personnes. Du point de vue du réseau de la santé, ce nouveau projet vise à rendre accessible localement une trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques. Cette trajectoire de services sera en continuité avec les soins et les services dispensés par la deuxième et la troisième ligne et développée en partenariat avec les acteurs locaux et régionaux. Principalement centrée sur la réadaptation de la personne à risque ou atteinte d'une maladie chronique et, éventuellement de cancer, elle se situe en continuum avec les activités de promotion de la santé, de prévention de la maladie, les activités diagnostiques et de traitement et offre un modèle intégrateur pour toutes ces activités. De plus, elle s'inscrira dans le réseau intégré de services de base mis en place au plan des territoires locaux et constituera une ressource supplémentaire pour les clientèles qui utilisent ce réseau de services. Elle sera basée sur les principes d'accessibilité, d'équité, de continuité, de complémentarité et d'efficience.

Enfin, cette proposition vise à étendre aux autres clientèles les services actuellement offerts dans le but d'éviter le développement de réseaux pour chacune des maladies chroniques ciblées et, par la même occasion, le cloisonnement et la duplication de services dans les deux régions.

Conséquences éventuelles sur les politiques

L'expérimentation liée au projet Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean aura été fort importante puisqu'elle a le potentiel d'initier, de concert avec le projet FASS de la région de Québec, une réforme des soins primaires de santé. Il est sans aucun doute primordial de souligner ici l'apport important du financement dans l'amorce de ce changement et dans son soutien éventuel. Ce projet a également permis la création, sur une base locale, d'un système de collecte de données sur les différents facteurs de risque et autres paramètres de santé des personnes ayant bénéficié des activités liées au projet. Cette base de données constitue un premier pas vers la création d'une base locale de surveillance et d'information qui offrirait des données permanentes afin de mieux cibler, moduler et planifier les actions à réaliser. Cette expérimentation a de plus permis d'illustrer que l'environnement créé par une organisation appropriée des services est structurant et facilite la réduction des écarts entre les recommandations liées aux guides de pratique clinique et la pratique courante.

Les conclusions et surtout les suites découlant de ce projet sont d'une très haute importance puisque cette expérimentation concluante a initié la conception et la mise en place des bases d'un modèle d'intervention clinique et préventive au niveau des soins primaires de santé. Ce modèle, à la fois novateur et intégrateur de plusieurs niveaux d'activités, des activités préventives à celles curatives

aussi bien à l'échelle de l'individu, des milieux de travail ou de la communauté, répond ainsi à des préoccupations fort actuelles tant sur la scène mondiale, canadienne ou québécoise. Ces préoccupations, en lien avec la recrudescence des maladies chroniques, dites aussi maladies non transmissibles, et le vieillissement de la population, sont retrouvées dans différents textes et documents notamment : *Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, Rapport du Directeur général, OMS, décembre 1999, Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents cérébraux au Canada 2000, Fondation des maladies du cœur du Canada, octobre 1999, Prévention des maladies cardio-vasculaires, Conférence consensuelle 1998 de la Société canadienne de cardiologie, octobre 1998, La politique de la santé et du bien-être, Gouvernement du Québec, 1992, Les solutions émergentes, Rapport et recommandations, Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec, 2000.*

Le modèle, basé sur la gamme de services offerts en réadaptation cardiaque mais élargi aux maladies chroniques, est axé sur la personne, sur le renforcement de son potentiel de santé et l'action sur les facteurs de risque modifiables, et est décentralisé à l'échelle locale. Il a la force d'interpeller l'ensemble des intervenants du réseau de la santé ainsi que les acteurs de l'intersectoriel et il offre une opportunité unique de remédier concrètement à un grand nombre des préoccupations actuelles, incluant la génétique communautaire et préventive. Ce modèle offre également l'opportunité d'élaborer une stratégie nationale à partir de laquelle les balises et le financement nécessaire à l'action synergique et complémentaire des décideurs des différents secteurs et paliers gouvernementaux, des gestionnaires et des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux pourront être établis. De plus, il contribuerait à actualiser quatre des six stratégies d'action de la Politique de la santé et du bien-être du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, soit favoriser le renforcement du potentiel des personnes, soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires, harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être et orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses (Gouvernement du Québec, 1992).

Finalement, ce modèle intégrateur propose une action concrète au discours préventif; en ce sens et par son application dans le réseau de santé, un message clair et cohérent serait donné à la population par les autorités en matière de santé avec des répercussions sans nul doute positives sur la santé des communautés et plus particulièrement sur celle des jeunes pour qui les modèles et la cohérence entre le discours et l'action sont hautement signifiants.

PLAN DE DIFFUSION

PUBLIC CIBLE PRINCIPAL

Le public principal qui s'intéressera aux résultats du présent projet est constitué de tous les professionnels de la santé œuvrant dans le domaine de la réadaptation cardiovasculaire ainsi que dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et également des chercheurs actifs dans ces domaines. Les principaux groupes professionnels visés sont les médecins, les infirmières, les diététistes, les pharmaciens, les éducateurs physiques, les psychologues et les travailleurs sociaux.

PUBLIC CIBLE SECONDAIRE

Plusieurs autres groupes de personnes pourront être intéressés par les résultats de ce projet. Notamment, les résultats pourront intéresser les gestionnaires des établissements de santé du système de santé canadien à la recherche de modes d'intervention novateurs dans ce domaine. Ils pourront également être utiles aux politiciens des divers paliers de gouvernements qui œuvrent à la mise en place de politiques de santé dans le domaine de la santé cardiovasculaire. Finalement, les résultats obtenus pourront aussi intéresser la population en général et plus particulièrement celle au prise avec des problèmes de santé cardiovasculaire.

MÉTHODES QUI SERONT UTILISÉES POUR REJOINDRE LES PUBLICS CIBLES

Différentes méthodes seront utilisées afin de s'assurer de rejoindre tous les publics cibles précédemment identifiés. Pour rendre accessibles les résultats du projet au public cible principal, soit les professionnels de la santé, les méthodes suivantes seront utilisées : présentation d'ateliers ou de conférences dans le cadre de colloques professionnels ou de recherche, présentation d'ateliers ou de conférences dans le cadre de journées de formation continue, articles dans des revues professionnelles ou scientifiques. Les mêmes méthodes seront utilisées pour les gestionnaires des établissements de santé et les politiciens concernés.

Les communications déjà prévues à ce jour sont :

- | | |
|----------|--|
| Jun 2001 | Journée régionale sur les résultats du Réseau, RRSS-02, Chicoutimi |
| Jun 2001 | Colloque pré-symposium « Vers des actions efficaces en santé cardiovasculaire dans un contexte de maladies chroniques et de vieillissement de la population », RRSS-02 et RRSS-03, Québec. |
| Jun 2001 | Second symposium international de réadaptation cardiorespiratoire « Réadaptation cardiorespiratoire intégrée au traitement de la maladie », Québec, présentation de quatre affiches. |

Octobre 2001 Journées annuelles de santé publique 2001

Novembre 2001 Carrefour de l'innovation « Les pratiques innovatrices dans le réseau de la santé et des services sociaux », Montréal

Des conférences de presses sont prévues lorsque la diffusion des résultats sera possible afin d'assurer une diffusion des résultats au grand public. Ces conférences de presses devraient rejoindre également les groupes cités précédemment.

TITRES DES REVUES AUXQUELS DES ARTICLES SERONT SOUMIS

Une liste définitive des revues auxquelles seront soumis les résultats du projet n'a pas encore été établie. Quatre résumés de communication ont déjà été acceptés pour publication dans la revue *Clinical and Investigative Medicine* pour son numéro sur le Second symposium international en réadaptation cardiaque qui aura lieu à Québec en juin 2001. Pour être sûr de rejoindre tous les groupes professionnels nommés précédemment, une attention particulière devra être portée à la diffusion des articles dans des revues interdisciplinaires ainsi que dans des revues s'adressant en particulier à chacun de ceux-ci. Parmi les revues interdisciplinaires potentiellement ciblées, il y a *The Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, *The Canadian Journal of Public Health*, *Heart & Lung*, *Atherosclerosis*, *Les Actualités du Cœur*, et autres.

Pour les médecins, des articles seront probablement soumis aux revues *Le Médecin du Québec*, *L'Actualité Médicale* et *le Canadian Journal of Cardiology*, *American Journal of Cardiology*, pour ne nommer que celles-ci. Pour les infirmières, les revues visées sont *L'Infirmière du Québec*, *L'infirmière Canadienne*, *Recherche en soins infirmiers*, *Canadian Journal of Nursing Research* et autres. Pour les diététistes, les revues ciblées sont *Diététique en action* et *Nutrition Reviews*, *American Journal of Clinical Nutrition*.

COUVERTURE MÉDIATIQUE

Le projet de Réseau de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay–Lac-Saint-Jean a bénéficié d’une couverture médiatique considérable. Une liste de la couverture médiatique réalisée est présentée à l’annexe 8. Les coupures de presses en découlant sont présentées à la suite.

Cette couverture médiatique a été réalisée auprès de plusieurs types de médias (télévision, journaux, radio, salons publics). Par ailleurs, une attention particulière a été portée pour assurer une diffusion dans toutes les villes et municipalités de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. D’autres activités médiatiques pour couvrir la diffusion des résultats sont prévues pour les mois de mai et juin 2001.

RÉFÉRENCES

American association of cardiovascular & pulmonary rehabilitation. (1999). *Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs* (3^e édition). Windsor : Human Kinetics.

Association canadienne de réadaptation cardiaque. (1999). *Canadian guidelines for cardiac rehabilitation and cardiovascular disease prevention*. Winnipeg: Canadian Association for Cardiac Rehabilitation.

Bouchard, C. & Fiset, M. (1999). *Statistiques relatives aux causes de mortalité Saguenay–Lac-Saint-Jean, province de Québec, 1994-1996*. Chicoutimi : Service Recherche, Connaissance, Surveillance, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Fondation des maladies du cœur du Canada. (1999). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*. Ottawa: Fondation des maladies du cœur du Canada.

Gaudet, D., Tremblay, G., Perron, P., Gagné, C., Ouadahi, Y. & Moorjani, S. (1995). L'hypercholestérolémie familiale dans l'Est du Québec: un problème de santé publique? *Union Médicale du Canada*, 124 (2), 54-60.

Gouvernement du Québec. (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.

Gouvernement du Québec. (2000). *Les solutions émergentes, Rapport et recommandations*. Québec : Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux.

Groupe de travail sur la réadaptation en cardiologie. (1997). *Estimation des coûts pour un programme de réadaptation en cardiologie*.

Livingston, M.D. & Dennis, C. (1999). Economic issues : The values and effectiveness of cardiac rehabilitation. Dans Wenger, N.K., Smith, L.K., Froelicher, E.S. & Comoss, P.M. *Cardiac rehabilitation : A guide to practice in the 21st century* (p. 447-466). New York : Marcel Dekker Inc. Organisation mondiale de la santé. (1999). *Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, Rapport du Directeur général*. Genève : Conseil exécutif.

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean & Complexe hospitalier de la Sagamie. (2000). *Consolidation des services de génétique communautaire*. Chicoutimi.

Smith, S.C. Jr., Blair, S.N., Criqui, M.H., Fletcher, G.F., Fuster, V., Gersh, B.J., Gotto, A.M., Gould, K.L., Greenland, P., Grundy, S.M. et al. (1995). Preventing heart attack and death in patients with coronary disease. *Circulation*, 92,(1), 2-4.

Société canadienne de cardiologie. (1998). *Conférence consensuelle 1998 de la société canadienne de cardiologie : Prévention des maladies cardiovasculaires.*

Vohl, M.C., Moorjani, S., Roy, M., Gaudet, D., Torres, A.L., Minnich, A., Gagne, C. Tremblay, G., Lambert, M., Bergeron, J., Couture P., Perron, P., Blaichman S., Brun, L.D., Davignon, J., Lupien, P.J. & Despres, J.P. (1997a). Geographic distribution of French-Canadian low-density lipoprotein receptor gene mutations in the Province of Quebec. *Clinical Genetics*, 52 (1), 1-6.

Vohl, M.C., Gaudet, D., Moorjani, S., Tremblay, G., Perron, P., Gagne, C., Lesiège, D., Bergeron, J., Lupien, P.J. & Després, J.P. (1997b). Comparison of the effect of two low-density lipoprotein receptor class mutations on coronary heart disease among French-Canadian patients heterozygous for familial hypercholesterolaemia. *European Journal of Clinical Investigation*, 27 (5), 366-373.

ANNEXE I



CŒUR ATOUT

Vous pouvez agir sur vos facteurs de risque cardiovasculaire en modifiant vos habitudes de vie. De plus, le changement d'une seule habitude de vie contribuera à modifier plus d'un facteur de risque à la fois! La clé du succès: y aller à votre rythme, avoir des objectifs réalistes et y joindre plaisir et régularité.



L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

En plus de corriger la sédentarité, l'activité physique joue un rôle important sur le contrôle de l'obésité, de l'hypertension artérielle, du diabète et de la dyslipidémie. Elle a aussi des effets bienfaisants sur le sommeil, la digestion et le stress.



L'ARRÊT DU TABAC

L'arrêt du tabac corrige un facteur de risque MAJEUR de la maladie cardiovasculaire. L'arrêt du tabac influence aussi la dyslipidémie en favorisant l'augmentation du BON cholestérol.



L'ALIMENTATION

L'alimentation quant à elle influence positivement la dyslipidémie, le diabète, l'obésité et l'hypertension artérielle.



LA PRISE RÉGULIÈRE DES MÉDICAMENTS

Prendre ses médicaments régulièrement assure le contrôle et le traitement du diabète, de la dyslipidémie, de l'hypertension artérielle et de la maladie cardiovasculaire en général.



Cliniques de prévention
des maladies cardiovasculaires
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN



RÉSEAU RÉGIONALE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN
Direction de la santé publique



Cliniques de prévention
des maladies cardiovasculaires

Je passe

à l'action :

Je prends mon



en mains !

FACTEURS DE RISQUE NON MODIFIABLES

- Âge ➤ Sexe ➤ Hérité

FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES



Tabagisme:



Sédentarité:



Diabète:

Obésité:

Hypertension artérielle:

Dyslipidémie:

MON OBJECTIF



À court terme

À long terme





**Les cliniques de prévention
des maladies
cardiovasculaires**



**À votre hôpital, votre CLSC
ou votre centre de santé**



**Cliniques de prévention
des maladies cardiovasculaires**



**RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DU SAGUENAY -
LAC-SAINT-JEAN**

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Contribution financière du Fonds pour l'adaptation des services de santé. Santé Canada



**Cliniques de prévention
des maladies cardiovasculaires**

- Alma ● CLSC Le Norois
- Chicoutimi ● Complexe hospitalier de la Sagamie
- Dolbeau-Mistassini ● Centre Maria-Chapelaine
- Jonquière ● Centre hospitalier de Jonquière
- La Baie ● CH-CHSLD-CLSC Cléophas-Claveau
- Mashteuiatsh ● Centre de santé
- Roberval-Saint-Félicien ● CLSC des Prés-Bleus



Cliniques de prévention
des maladies cardiovasculaires

POUR DE BEAUX JOURS EN SANTÉ... UN CŒUR EN SANTÉ

Pour vous,
madame, monsieur, atteint(e) d'une maladie
cardiovasculaire, un service de prévention.

Du personnel compétent, infirmière, diététiste... pour
vous aider, en appui à votre médecin traitant.

Venez seul(e) ou avec votre conjoint/conjointe ou
avec une personne près de vous. Venez faire le point
sur votre santé.

À la clinique, nous sommes là pour :

- ▶ vous rassurer et répondre à vos questions;
- ▶ vous renseigner sur la maladie cardiovasculaire,
ses causes, ses traitements et son suivi;
- ▶ vous offrir tout l'enseignement et le support
nécessaires afin d'acquérir de nouvelles habitudes
de vie.

lieux concertés

CLSC Le Norois 668-4563 poste 349
Complexe hospitalier de la Sagamie 541-1027
Centre Maria-Chapelaine 276-1420
Centre hospitalier de Jonquière 695-7722
CH-CHSLD-CLSC Cléophas-Claveau 544-3381 poste 217
Centre de santé de Mashteuiatsh 275-2473
CLSC des Prés-Bleus 275-0634 poste 109

Rendez-vous : date : _____

heure : _____

INTERVENANTS DE LA CLINIQUE

M.C.V. DU C.H. DE LA SAGAMIE :

RESPONSABLE :

Isabelle Ménard, infirmière ou
Marie-Hélène Hudon, infirmière

DIÉTÉTISTE :

Nadine Bourassa ou
Caroline Benoît

HORAIRE DE LA CLINIQUE :

- Tous les mardi et les jeudi p.m.
- Tous les mercredi et vendredi
entre 8.00h et 16.00h

Téléphone : (418) 541-1027

Télécopieur : (418) 541-1120

Source : Clinique de Prévention des MCV
CLSC Le Norois d'Alma



Cliniques de prévention
des maladies cardiovasculaires

Au CH de la Sagamie

Votre clinique des maladies cardio-
vasculaires vous renseigne sur votre
maladie.



À votre hôpital, votre CLSC
ou votre centre de santé



CLSC Le Norois | 868-4563 poste 349
Complexe hospitalier de la Sagamie | 541-1027
Centre Maria-Chapdelaine | 276-1420
Centre hospitalier de Jonquière | 895-7722
CH-CHSLD-CLSC Cléophas-Civeau | 544-3381 poste 217
Centre de santé de Mashteuiatsh | 275-2473
CLSC des Prés-Bleus | 275-0634 poste 109



Les cliniques de prévention
des maladies
cardiovasculaires

Contribution financière du Fonds pour l'amélioration des services de santé, Société Canadienne

♥ Vous souffrez d'une maladie cardio-vasculaire ?

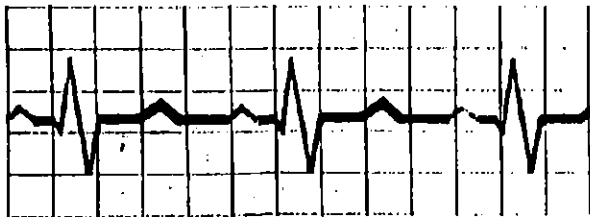
Les cliniques de prévention des maladies cardio-vasculaires voient à renseigner sur les causes et les traitements.

Elles offrent l'enseignement et le support nécessaires pour que les personnes développent de nouvelles habitudes de vie.

Elles rassurent et répondent à vos questions.

Toute personne significative, conjoint ou conjointe des usagers seront invités à les accompagner dans ce suivi.

L'enseignement dispensé par les professionnels de la santé est gratuit.



♥ Clientèle visée :

Toutes les personnes porteuses d'une maladie cardio-vasculaire (angine, infarctus, maladie vasculaire) récente ou remontant à moins de deux ans.

N.B. : Toutes les demandes seront acceptées sans exception par référence médicale.

♥ Déroulement des rencontres sur une période d'un an :

Quatre rencontres avec l'infirmière dont une de groupe.

Quatre rencontres avec la diététiste, dont une de groupe.

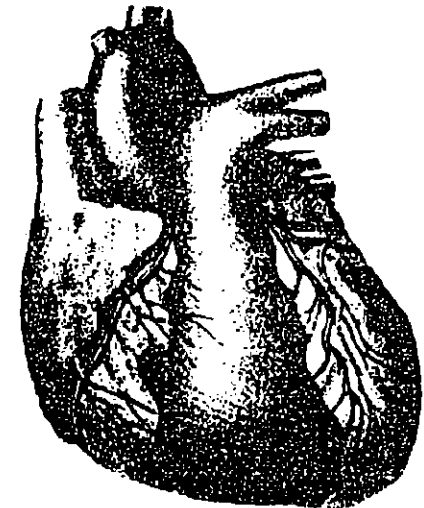
À chaque étape du processus, un compte-rendu de l'enseignement est envoyé à votre médecin traitant et votre cardiologue.

♥ Pour recevoir de l'enseignement :

Parlez avec votre médecin ou votre cardiologue de votre intention de recevoir de l'enseignement sur votre maladie cardio-vasculaire.

Celui-ci nous fera parvenir une référence médicale.

À la réception de votre demande médicale, un rendez-vous sera fixé par l'infirmière le plus tôt possible.





Cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires

Suivi de la première visite

IDENTIFICATION	
Nom :	
No Ass. Mal. :	
D.D.N. :	Dossier :

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE	

Enseignement	
Individuel	De groupe :
Par :	

FACTEURS DE RISQUE	
Histoire familiale	Cote : 0
Histoire : Negative	
Compliance médicamenteuse	Cote : 0
Omission :	
Ménopause	Cote : 0
Diagnostic : Non	
Tabagisme	Cote : 0
Consommation : Ne fume pas	
Dépendance : Ne fume pas	
Intention : Ne fume pas	
Moyen d'arrêt : Ne fume pas	
Sédentarisme	Cote : 0
Évaluation :	
Dyslipidémie	Cote : 0
Diagnostic :	Date :
Cholestérol total : 0	HDL : 0
Triglycérides : 0	LDL : 0
Diabète	Cote : 0
Diagnostic :	
Glycémie à jeun : 0	Date :
Hb glycosylée : 0	Date :
Hyperension artérielle	Cote : 0
Diagnostic :	
T.A. récente : 0	
Obésité	Cote : 0
Poids : 0	IMC : 0
Taille : 0	T/H : 0

ÉVALUATION DE LA DIÉTÉTISTE	
Observations	Prescription diététique
<input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/> Basse Chol. et Gras sat.
<input type="checkbox"/> Hypertriglycéridémie	<input type="checkbox"/> Sans sucre concentré
	<input type="checkbox"/> Basse en calories
Alimentation	Cote : 0
Consom. en cholestérol :	
Consom. en gras saturés :	
Consom. en sucres concentrés :	
Adhésion alimentaire :	
Compréhension :	
Objectifs à atteindre :	

Commentaires :	

Enseignement	
Individuel :	De groupe :
Par :	

POINTAGE TOTAL DES FACTEURS DE RISQUE : 0 (Explications au verso)



Cliniques de prévention
des maladies cardiovasculaires

Le _____ 1999

Monsieur, Madame,

Bonjour,

Vous avez été rencontré(e), il y a déjà quelques mois, à la Clinique de prévention des maladies cardio-vasculaires. Nous avons eu le plaisir de vous renseigner sur votre maladie et sur les moyens pour changer certaines habitudes de vie.

Cette lettre a pour but de vous encourager dans la poursuite des changements que vous avez décidé de faire. Nous savons qu'il est parfois difficile de changer de vieilles habitudes et c'est pourquoi nous demeurons disponibles pour supporter les efforts que vous faites pour améliorer votre santé.

Vous recevrez, dans quelques mois, un appel de notre part pour un autre rendez-vous. En attendant, vous pouvez nous rejoindre au numéro : _____ aux jours suivants:

Au plaisir de vous rencontrer à nouveau.

Infirmière

Diététiste

ANNEXE 2

(Tiré à part)



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX

DU SAGUENAY-
LAC-SAINT-JEAN

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Cliniques de prévention
des maladies cardiovasculaires
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean:

Évaluation de l'impact des interventions sur les facteurs de risque

René Lapierre
Agent de recherche sociosanitaire
Service recherche, connaissance, surveillance
Direction de la santé publique

Diane Gagnon
Coordonnatrice, inf.
Réseau régional des cliniques de prévention des MCV

Maud-Christine Chouinard
Professeure
Université du Québec à Chicoutimi

Gérald Tremblay
Cardiologue
Centre hospitalier de la Sagamie

31 mars 2001

Version révisée mai 2001

On peut obtenir des exemplaires de ce document en s'adressant au
Centre de documentation de la RRSSS-02

au numéro de téléphone suivant: (418) 545-4980, poste 310

ou par la poste: Centre de documentation
RRSSS-02
930, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec)
G7H 7K9

Référence suggérée :

Lapierre, R., Gagnon, D., Chouinard, M.C., Tremblay, G., Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean : évaluation de l'impact des interventions sur les facteurs de risque de la maladie, RRSSS-02, Direction de la santé publique, 2001.

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2^e trimestre 2001
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2^e trimestre 2001
ISBN : 2-921247-22-4

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	7
INTRODUCTION	11
1. OBJECTIFS	13
2. REVUE DE LITTÉRATURE	15
2.1 Effets d'interventions tabagiques	15
2.2 Effets d'interventions portant sur l'activité physique	16
2.3 Effets d'interventions portant sur l'alimentation	17
2.4 Effets des médicaments hypolipémiants	18
2.5 Les théories et techniques d'apprentissage utilisées pour la modification de comportement	19
3. MÉTHODOLOGIE	23
3.1 La population à l'étude	23
3.2 Les instruments de collecte des données	23
3.3 Description de l'intervention	24
3.4 Plan d'analyse des données	25
3.5 Limites de l'étude	28
4. RÉSULTATS	29
4.1 Caractéristiques des participants	29
4.2 Comparaison des caractéristiques des participants et non-participants	31
4.3 Le cheminement de la clientèle	34
4.4 Analyse des effets observés après 6 mois d'intervention	36
4.5 Analyse des effets observés après 12 mois d'intervention	43
4.6 Analyse des effets observés selon certains facteurs	49
4.6.1 La composition de la clientèle selon le territoire sociosanitaire	49
4.6.2 Les variables du profil lipidique	50
4.6.3 La tension artérielle	61
4.6.4 L'indice de masse corporelle et le rapport taille/hanche	64
4.6.5 Le score de détermination du risque cardiovasculaire	67
4.6.6 Le tabagisme	69
4.6.7 La sédentarité	71
4.7 Analyse comparative	73
5. DISCUSSION DES RÉSULTATS ET CONCLUSION	77
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	81
ANNEXE 1 Critères d'inclusion et d'exclusion de la clientèle	85
ANNEXE 2 Questionnaire utilisé par le réseau de cliniques	89
ANNEXE 3 Algorithme utilisé pour le calcul du niveau de risque	101
ANNEXE 4 Grille de collecte utilisée pour les cas de refus	105

ANNEXE 3

(Tiré à part)



Cliniques de prévention
des maladies cardiovasculaires
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

**ASSOCIATIONS ENTRE LE PROFIL NUTRITIONNEL, LES INDICATEURS
ANTHROPOMÉTRIQUES ET LE PROFIL MÉTABOLIQUE CHEZ DES ADULTES
PARTICIPANT AU RÉSEAU RÉGIONAL DE CLINIQUES DE PRÉVENTION DES
MALADIES CARDIOVASCULAIRES AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN**

Simone Lemieux, Dt.P, Ph.D.
Professeure subventionnelle
Département des sciences des aliments et de nutrition
Université Laval

Guylaine Paradis, Dt.P.
Coordonnatrice en nutrition du Réseau régional de cliniques de prévention des MCV

et

Véronique Provencher, B.Sc.
Étudiante à la maîtrise
Département des sciences des aliments et de nutrition
Université Laval

Février 2001

On peut obtenir des exemplaires de ce document en s'adressant au
Centre de documentation de la RRSSS-02

Au numéro de téléphone suivant : (418) 545-4980, poste 310

ou par la poste :

Centre de documentation
RRSSS-02
930, rue Jacques Cartier Est
Chicoutimi, Québec
G7H 7K9

Référence suggérée :

Lemieux, S., Paradis, G. et Provencher, V. Associations entre le profil nutritionnel, les indicateurs anthropométriques et le profil métabolique chez des adultes participants au Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Chicoutimi : Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2001.

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2^e trimestre 2001

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2^e trimestre 2001

ISBN : 2-9807119-3-4

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	5
2. REVUE DE LITTÉRATURE	6
a) Maladie cardiovasculaire : facteurs de risque traditionnels	6
b) Variables du profil lipidique et risque de maladie cardiovasculaire	6
c) Diabète, glycémie et risque de maladie cardiovasculaire	7
d) Syndrome de résistance à l'insuline et risque de maladie cardiovasculaire	8
e) Facteurs nutritionnels et variables du syndrome de résistance à l'insuline	8
• Composition de la diète et maintien du poids corporel	9
• Facteurs nutritionnels et profil métabolique	9
• Étude d'intervention nutritionnelle en prévention secondaire	10
3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	11
4. MÉTHODOLOGIE	11
a) Recrutement des sujets	11
b) Description de l'intervention nutritionnelle	12
c) Description des mesures effectuées à chaque visite	12
• Évaluation nutritionnelle	12
• Variables anthropométriques	13
• Variables métaboliques	13
• Analyses statistiques	13
5. RÉSULTATS	14
6. DISCUSSION	16
7. CONCLUSION	19
8. RÉFÉRENCES	21
<i>Tableau 1 : Caractéristiques de l'alimentation des participants à 0,6 et 12 mois</i>	<i>29</i>
<i>Tableau 2 : Profil métabolique des participants à 0,6 et 12 mois</i>	<i>30</i>
<i>Tableau 3 : Profil anthropométrique des participants à 0,6 et 12 mois</i>	<i>30</i>
<i>Figure 1 : Changements dans l'apport en lipides alimentaires pour chacune des cliniques faisant partie du Réseau régional de cliniques de prévention des MCV au Saguenay-Lac-Saint-Jean</i>	<i>31</i>
<i>Annexe 1 : Fréquence alimentaire</i>	<i>33</i>

ANNEXE 4



Cliniques de prévention
des maladies cardiovasculaires
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

**Évaluation de l'efficacité du Réseau régional de cliniques de prévention des maladies
cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean
sur le comportement tabagique des patients atteints d'une MCV**

Chercheurs : Germain Couillard, Steve Arsenault, Diane Gagnon, Gérald Tremblay

Groupe de recherche et d'intervention sur les dyslipidémies, le diabète et l'athérosclérose
Unité de recherche clinique, Volet Santé publique
Complexe hospitalier de la Sagamie, Chicoutimi

1.0 INTRODUCTION

1.1 Contexte :

Suite à une demande au Fonds d'adaptation des services de santé (FASS), la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ) s'est vu attribuer un financement afin de supporter les opérations d'un Réseau régional de cliniques de prévention secondaire des maladies cardiovasculaires. Le Réseau compte une clinique dans chacun des six secteurs de CLSC en plus d'une septième dans la municipalité de Mashteuiatsh. Ces cliniques sont en fonction depuis le 9 février 1999 jusqu'à la fin de septembre 2000. Au cours de la période d'étude, soit du 9 février 1999 au 30 septembre 2000, plus 1100 patients ont été rencontrés dans l'une de ces cliniques. L'objectif principal du Réseau était d'assurer la gestion des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (MCV) de façon standardisée chez des adultes coronariens. Préalablement à l'ouverture des cliniques, des programmes de formation du personnel des cliniques ont été élaborés et dispensés aux intervenantes des cliniques. Cette formation visait à assurer le plus possible l'uniformité de l'information véhiculée en ce qui a trait à la prise en charge des facteurs de risque du client en prévention secondaire des MCV et la continuité des soins pour la clientèle des cliniques. Les responsables du Réseau voulaient ainsi favoriser l'accessibilité à des services de qualité équivalente dans chacun des secteurs.

1.2 Intervention dans les cliniques :

L'intervention, échelonnée sur un an, visait à informer les personnes atteintes de MCV (caractéristiques de la maladie, facteurs de risque, etc.) et à leur donner des moyens de modifier les facteurs de risque de la maladie. Au moment de la première visite à la clinique, le patient a rencontré individuellement l'infirmière et la diététiste (une heure chacune). Les intervenantes ont évalué les facteurs de risque chez le patient et l'ont aidé à formuler des objectifs de changement de comportement à court et moyen terme. Ces entrevues ont été suivies de deux rencontres de groupe de 90 minutes, une avec l'infirmière et l'autre avec la diététiste. À ces occasions, les patients ont reçu de l'information sur les facteurs de risque de la maladie et des moyens pour modifier leurs habitudes de vie leur ont été proposés. Une lettre de relance leur rappelant leurs objectifs a été expédiée aux patients à deux mois et à huit mois. Ceux-ci étaient invités de nouveau à 6 mois et à un an, à deux rencontres individuelles avec l'infirmière et la diététiste. Une lettre de suivi a été acheminée au médecin après chaque rencontre.

1.3 Intervention tabagique :

Sur les aspects touchant plus spécifiquement le tabagisme, les infirmières, lors de la rencontre initiale, ont adressé aux patients un avis sur l'importance de renoncer à l'usage du tabac et ont fixé avec lui un objectif de modification des habitudes tabagiques. Lors de la rencontre de groupe, les patients ont été informés des plus récentes statistiques sur le tabagisme et de l'impact du tabac sur la maladie coronarienne. Les infirmières ont aussi abordé des thèmes portant sur la physiopathologie liée au tabagisme et sur les bénéfices liés à l'abandon du comportement tabagique. Finalement, différentes méthodes pour renoncer au tabac ont été présentées aux patients. Lors des visites de suivi à 6 mois et 1 an, l'intervention qui portait spécifiquement sur le tabagisme a visé le renforcement

des bonnes habitudes de vie et les objectifs de renoncement au tabac ont été réévalués chez les patients ayant maintenu leur comportement tabagique.

2.0 PROBLÉMATIQUE

2.1 La tabagisme et les maladies cardiovasculaires :

Pour l'ensemble du Québec, la proportion de fumeurs réguliers, âgée de 45 à 65 ans, est de 32,1 % ce qui est supérieur à la proportion, de 28,7%, observée au SLSJ (Couture & Fiset, 2000). En contrepartie, les patients, admis au Complexe hospitalier de la Sagamie pour une coronarographie non élective entre 1990 et 2000, fumaient dans une proportion de 35,4 %; ce qui est largement supérieur à la proportion observée chez les individus du même groupe d'âge au SLSJ (Groupe de recherche et d'intervention sur les dyslipidémies le diabète et l'athérosclérose, 2001). Il est reconnu que le tabagisme est une cause importante de maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS) (Rigotti & Pasternak, 1996; Shinton, 1997; Tresch & Aronow, 1996) et que le nombre total de cigarettes consommées au cours d'une vie peut prédire le développement des maladies cardiovasculaires (MCV). Par le fait même, le tabagisme est une des plus importantes causes évitables de décès. Pour le Québec, de même que pour la région du SLSJ, la mortalité par MCV, même si elle a connu une diminution dans les 20 dernières années, constitue encore la seconde cause de décès chez les 45-64 ans (Lapierre, Markowski, Beaudin, Fiset, & Bouchard, 1999).

2.2 Le renoncement au tabac :

Le renoncement à l'usage du tabac peut faire diminuer significativement les risques de récurrence et augmente l'espérance de vie des patients ayant déjà vécu un accident coronarien (Herlitz, Bengtson, Hjalmarson, & Karlson, 1995). Le fait de vivre un accident cardiovasculaire peut contribuer à initier une réflexion et incite certains patients à renoncer à l'usage du tabac. Il est rapporté que, sans aucune aide extérieure, un tiers des fumeurs renonce à l'usage du tabac suite à un infarctus du myocarde. De même, un patient sur deux cesse de fumer à la suite d'une revascularisation et un patient sur quatre arrête de fumer suite à une hospitalisation causée par un autre problème cardiovasculaire. Il faut toutefois noter que cet arrêt n'est que de très courte durée. L'abstinence, après une hospitalisation, n'est que de 40 % après seulement sept jours et diminue à moins de 30 % après un mois (Rigotti et al., 1997) et à 1 an, même avec les recommandations de leur médecin, seulement 2 % des patients réussissent à maintenir leur abstinence au tabac (Law & Tang, 1995).

2.3 L'intervention tabagique :

Afin d'augmenter ce taux d'abandon, la plupart des unités coronariennes offrent à leurs patients hospitalisés des interventions qui les informent sur les dangers de récurrences liées au tabagisme et les supportent dans leur décision de renoncer à l'usage du tabac. À court terme, ces patients ont de très bonnes chances d'abandonner leurs comportements tabagiques (Taylor, Houston-Miller, Killen, & DeBusk, 1990), mais, pour maintenir cette abstinence, un suivi post-hospitalier doit être offert sur une période d'au moins 6 mois afin d'obtenir des résultats à long terme. Une intervention intra-hospitalière doublée d'un suivi personnalisé augmente significativement l'abstinence au tabac après

un Ian (Dornelas, Sampson, Gray, Waters, & Thompson, 2000; Schofield, Hill, Johnston, & Streeton, 1999).

3.0 PERTINENCE DE L'ÉTUDE

3.1 Objectifs visés par le projet :

Le but de cette évaluation est de mesurer l'efficacité des interventions liées aux comportements tabagiques qui ont été dispensées auprès des patients dans le cadre du Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires et de proposer des améliorations pour de futures interventions. Pour ce faire, il importe de décrire le statut tabagique des patients avant et au cours de la période d'intervention. En deuxième lieu, la période critique où les patients recommencent à fumer suite à leur événement cardiaque sera identifiée. Finalement, un certain nombre de variables psychosociales permettront d'identifier les facteurs qui peuvent influencer la motivation des patients à renoncer à l'usage du tabac.

4.0 MÉTHODOLOGIE

4.1 Population à l'étude :

Les patients suivis par les intervenants des cliniques ont été recrutés dans la région du SLSJ. Deux grandes catégories bien distinctes composent l'ensemble de la population des cliniques. Premièrement, la grande majorité des patients a été référée par les intervenants de cabinets privés, de CLSC ou par le centre hospitalier suite à une hospitalisation. Une autre partie des patients proviennent d'une recherche dans les dossiers archivés des différents centres hospitaliers de la région. Le critère d'inclusion principale pour être admissible au suivi dans une clinique était d'être porteur d'une maladie cardiovasculaire (angine, infarctus, insuffisance cardiaque, maladies vasculaires) au cours des deux dernières années. Par ailleurs, certains critères d'exclusion ont également été définis. Ainsi, un patient porteur de MCV ne pouvait faire partie du Réseau s'il était caractérisé par un ou plusieurs des critères d'exclusion suivants :

- ACV-ICT d'origine autre que carotidienne
- Maladie rénale significative (créatinine >250 µmol/l; créatinine entre 200 et 225 µmol/l mais accompagnée d'une maladie rénale instable et évolutive; traitement sur dialyse ou hémofiltration)
- Maladie psychiatrique significative et décompensée
- Insuffisance cardiaque sévère de classe IV
- Néoplasie avec mauvais pronostic
- MPOC sévère
- Toute autre maladie débilante (avec un mauvais pronostic)

4.2 Description de l'échantillon :

Parmi les 1184 patients qui ont visité l'une des cliniques du Réseau, 925 étaient éligibles à participer à l'étude. Le critère d'éligibilité était d'avoir pu être invité à au moins une deuxième visite avant la fin des opérations des cliniques. Tous les patients éligibles ont reçu un formulaire de consentement et 719 l'ont retourné pour un taux de réponse de 77,7 %. Pour la présente étude, ce sont seulement les patients qui provenaient de la recherche archivée et ceux qui ont été référés par un centre hospitalier qui ont fait partie de l'échantillon final. Les patients qui ont été référés par d'autres voies que les centres hospitaliers ont été exclus en raison de la difficulté à établir leur statut tabagique au moment de leur événement cardiaque. De sorte que la taille de l'échantillon final a été de 579 patients. Un patient qui fumait une cigarette ou plus par jour a été désigné comme un fumeur régulier.

4.3 Développement du questionnaire :

Le questionnaire a été développé en collaboration avec l'équipe de coordination du Réseau. Ce questionnaire avait un double objectif. Premièrement, il avait pour but de recueillir des données cliniques essentielles pour le suivi des patients et, en second, ce même questionnaire a servi à des fins d'évaluation du Réseau. La partie du questionnaire relative aux habitudes tabagiques fut conçue afin de mesurer l'évolution du comportement tabagique suite à l'événement cardiaque.

4.4 Procédure de collecte des données :

Les données ont été recueillies par les infirmières au cours d'une entrevue structurée avec les patients. Les données ont été d'abord colligées par écrit et, par la suite, ces mêmes informations ont été saisies dans une base de données informatique. Les infirmières ont reçu une formation de base pour remplir le questionnaire papier et pour saisir les données informatiques.

4.5 Variables à l'étude :

La description de l'échantillon sera réalisée à partir des variables socio-démographiques de la base de données centrale et les variables utilisées pour cette évaluation sont :

- *Le statut tabagique* : Trois statuts ont été identifiés, fumeurs, non fumeurs et ex-fumeur. À chacune des visites, le statut a été évalué. Ce suivi a permis d'observer l'évolution du comportement tabagique au cours de la période d'intervention. Pour les patients référés par un centre hospitalier et qui ont été rencontrés les semaines suivant la sortie de l'hôpital, une question a permis de mesurer le statut tabagique au moment de l'événement cardiaque.
- *La raison du renoncement* : Une liste de raisons a été proposée aux patients qui ne fumaient plus et à ceux qui avaient recommencé après une période d'arrêt. Cinq variables tirées de différents modèles de prédiction du comportement ont été mesurées à l'aide de cinq affirmations. Quatre ont été tirées du modèle de comportement planifié d' Ajzen et la dernière du modèle des croyances relatives à la santé

- *Moyen pour renoncer* : Cette variable a été mesurée à l'aide de la question suivante : Quelle serait pour vous la meilleure façon de cesser de fumer? Trois choix de réponse ont été offerts : seul sans aide, avec l'aide d'un groupe d'entraide ou avec l'aide d'un professionnel de la santé dans des rencontres individuelles.
- *Le moment de la rechute* : Cette variable a mesuré la période pendant laquelle le patient a maintenu son abstinence au tabac après sa sortie de l'hôpital
- *Les raisons de la rechute* : À partir de quatre énoncés, quatre variables tirées de modèles de prédiction du comportement ont été mesurées.

4.6 Stratégie d'analyse :

La mesure du comportement tabagique a été faite à l'aide des différentes variables incluses dans le questionnaire qui a été complété par l'infirmière lors des visites du patient à l'une des cliniques. Une analyse descriptive a été réalisée pour l'ensemble de ces variables. Ensuite, une analyse a permis de comparer le comportement tabagique des patients ayant reçu un suivi (patients référés) avec ceux n'ayant pas été suivis suite à leur accident cardiaque (patients provenant de la recherche archivée). Finalement, les habitudes tabagiques des patients ont été comparées entre les cliniques afin d'évaluer s'il existe des différences entre les centres de consultation. Une analyse de fréquence a été réalisée afin de mesurer les facteurs pouvant expliquer la motivation à renoncer à l'usage du tabac ou à la reprise des habitudes tabagiques.

5.0 RÉSULTATS

5.1 Description de l'échantillon :

La moyenne d'âge pour l'ensemble des répondants était de 61,6 ans ($\pm 9,3$; étendu 33,9-86,1; n=579) au moment de la première visite à l'une des cliniques du Réseau. Il y avait une plus grande proportion d'hommes (69,8 %) et les patients provenaient à 75,6 % des références hospitalières. L'autre quart provenait de la recherche effectuée dans les archives de certains centres hospitaliers de la région du SLSJ. Pour l'ensemble des variables décrites au tableau 1, aucune différence significative n'a été observée entre les six cliniques (données non présentées). Des 579 patients inclus dans cet échantillon, 40,6 % ont complété les trois visites (n=235). En comparant ce sous-groupe à l'ensemble de l'échantillon, aucune différence significative n'a été observée pour l'âge, le sexe et les habitudes tabagiques. Par contre, pour le type de recrutement ($p < 0,001$) et le type d'emploi ($p < 0,01$) ce sous-groupe diffère de l'ensemble de l'échantillon. Le tableau 1 présente en détail le profil des répondants et du sous-groupe qui ont complété les trois visites.

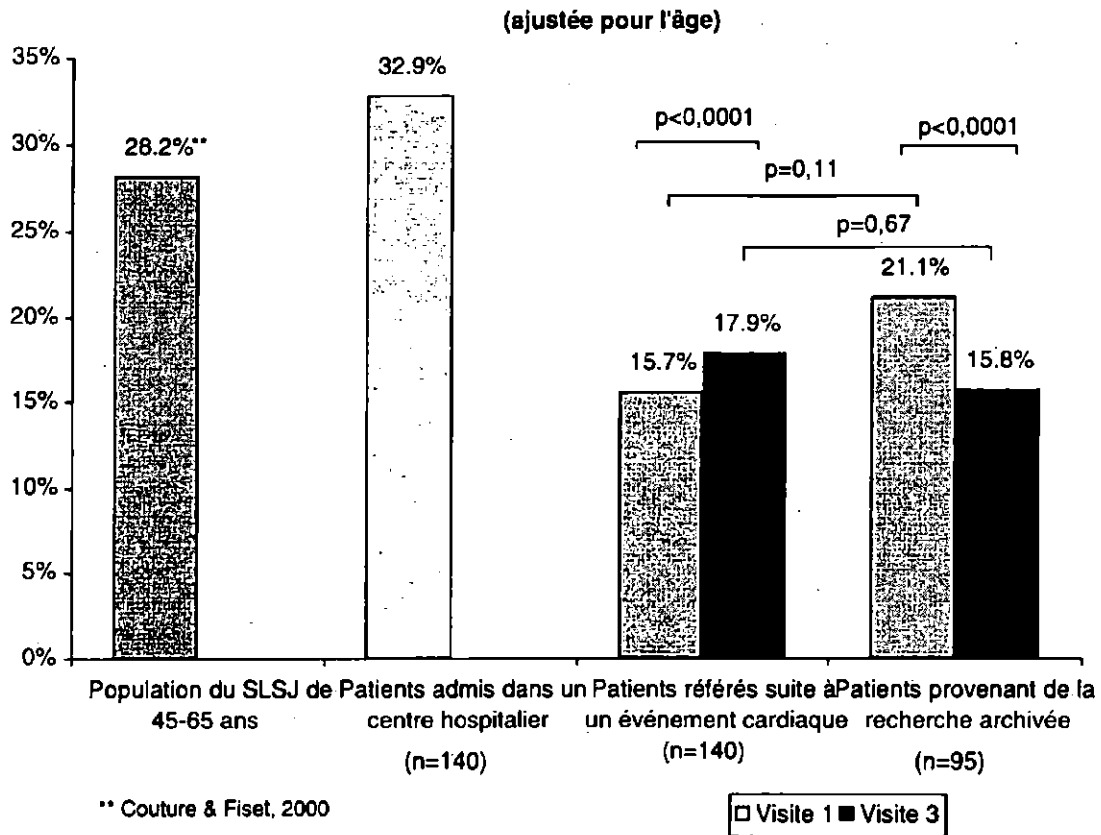
Tableau 1 : Profil des répondants de l'échantillon total et pour ceux qui ont complété les trois visites

Variables	Échantillon total	Complété les trois visites	
	(n=579)	(n=235)	
Âge (années)	61,2	61,7	p=0,304
Sexe (%)			
Homme	69,8	71,9	p=0,354
Femme	30,2	28,1	
Habitudes tabagiques (%)			
Fumeur	18,1	17,9	p=0,892
Recrutement (%)			
Référés	75,6	59,6	p<0,0001
Archivés	24,4	40,4	
Scolarité (%)	(n=574)	(n=234)	p=0,412
Moins qu'un secondaire V	55,9	58,5	
Secondaire V	26,1	25,6	
Cégep	8,2	6,0	
Université	9,2	9,8	
Type d'occupation (%)	(n=550)	(n=219)	
Retraité	51,3	51,6	p<0,01
Sans travail	15,8	16,4	
Congé de maladie	12,0	5,9	
Travail actif	20,9	26,0	
Nombre de visites (%)			
Une visite (n=150)	25,9		
Deux visites (n=194)	33,5		
Trois visites (n=235)	40,6		

5.2 Comparaison des proportions de fumeurs :

Parmi les 235 patients qui ont complété les trois visites, cent quarante ont été référés au Réseau par un centre hospitalier. Au moment de leur hospitalisation, ces patients fumaient dans une proportion de 32,9 %. Lors de la première visite à l'une des cliniques du Réseau, plus de 50 % de ces patients avaient renoncé à l'usage du tabac. La proportion de fumeurs réguliers était alors de 15,7 %. En comparaison, les patients qui provenaient de la recherche archivée (n=95) fumaient dans une proportion de 21,1 % à leur entrée dans le Réseau. Au terme des trois visites, la proportion de fumeurs s'est accrue chez les patients référés de 2,2 % par rapport à celle observée à la visite 1 (p<0,0001). En contrepartie, après la même période d'intervention, la proportion de fumeurs chez les patients provenant de la recherche archivée a diminué de 5,3 % (p<0,0001). En comparant la proportion de fumeurs dans les deux groupes, tant à la visite 1 (p=0,11) qu'à la visite 3 (p=0,67), aucune différence significative n'a été observée.

Figure 1: Comparaison des proportions de fumeurs



5.3 Facteurs supportant le renoncement au tabac :

Quant aux facteurs les plus mentionnés pour motiver le renoncement au tabac, ils sont davantage liés aux conséquences néfastes du tabagisme sur la santé. Au chapitre de l'aide au renoncement, les patients préfèrent largement tenter de renoncer au tabac sans aide extérieure et ils sont moins enclins à faire partie d'un groupe d'entraide. Toutefois, ils consentent, dans une plus large proportion, à recevoir sur une base individuelle de l'aide d'un professionnel (Tableau 2).

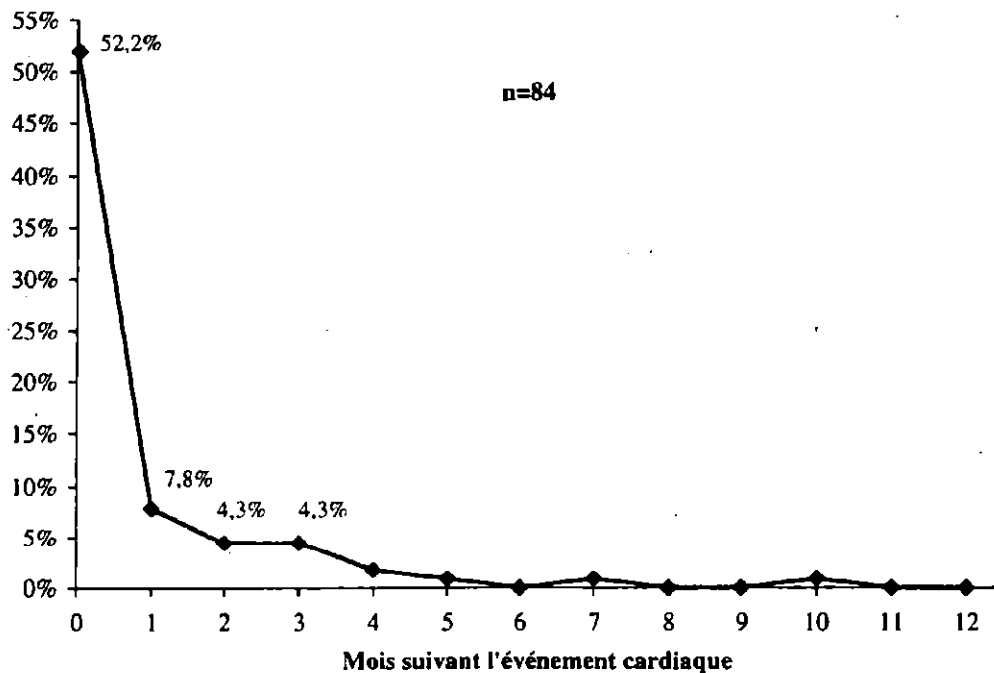
Tableau 2 : Facteurs supportant le renoncement au tabac

Raisons du renoncement (n)	
J'ai eu peur d'aggraver mon état de santé	203
Je savais que cesser de fumer serait bon pour ma santé	182
J'ai senti que j'étais capable de cesser de fumer une fois pour toute!	79
Mes proches m'ont supporté dans ma démarche	67
J'ai été influencé par mon médecin ou par des infirmières	46
Aide au renoncement (%)	
Seul sans aucune aide	52,4
Avec l'aide d'un professionnel de la santé dans des rencontres individuelles	34,7
Avec l'aide d'un groupe d'entraide	12,9

5.4 Reprise du comportement tabagique suite à l'événement cardiaque :

Tous les patients qui fumaient à leur arrivée à l'hôpital ont dû être abstinents pendant leur hospitalisation. Des 579 patients qui composaient l'échantillon total, certains d'entre eux (n=84) ont repris leurs mauvaises habitudes tabagiques dans les jours et les semaines suivant la sortie de l'hôpital. La figure 2 montre que la reprise des mauvaises habitudes tabagiques se produit très rapidement après l'événement cardiaque. Plus de la moitié (52,2 %) ont allumé leur première cigarette dans les premières semaines suivant leur sortie de l'hôpital et, dans les trois premiers mois suivant l'événement cardiaque, près de 70 % des patients ont repris leurs mauvaises habitudes tabagiques.

Figure 2: Proportion de fumeurs qui reprennent leur comportement tabagique après une période d'arrêt suite à l'événement cardiaque



Le tableau 3 présente les fréquences de mention des raisons pouvant expliquer la rechute du comportement tabagique. Parmi les plus fréquemment invoquées, deux font référence à la perception liée au manque de contrôle sur le comportement. La première (n=20) réfère aux symptômes de sevrage à la nicotine et la deuxième (n=19) aux barrières que les fumeurs perçoivent alors qui ont à prendre la décision de renoncer à l'usage du tabac.

Tableau 3 : Motivation à la reprise du comportement tabagique

	(n)
Je me sens nerveux, je suis impatient et je suis de mauvaise humeur lorsque je ne fume pas.	20
Je sais que fumer n'est pas bon pour ma santé, mais j'éprouve beaucoup de difficulté à prendre la décision d'arrêter de fumer à nouveau.	19
Des membres de ma famille fument et j'ai manqué de support de leur part lorsque j'ai essayé d'arrêter de fumer.	11
Je crois que, même si je fume, je n'ai pas plus de chance de refaire un accident cardiaque que si j'arrête.	4

6.0 DISCUSSION

6.1 Profil des patients :

Pour l'ensemble des variables mesurées dans cette étude, peu de différences ont été observées entre l'échantillon total et le sous-groupe de patients qui ont complété les trois visites. Les seules différences significatives apparaissent au niveau du type de recrutement et du niveau de scolarité. L'échantillon total comptait moins de patients provenant de la recherche archivée et plus de patients ont déclaré être en congé de maladie lors de leur première visite dans ce même groupe. Étant donné que la durée moyenne d'un congé de maladie pour un problème coronarien est de 2 à 3 mois, certains patients sont retournés sur le marché du travail quelque part entre la première visite et la visite de suivi à 6 mois. Cette situation a pu contribuer à faire diminuer la disponibilité et la motivation de certains patients à poursuivre dans le cheminement du Réseau.

La différence dans les proportions de patients référés dans le sous-groupe qui ont complété les trois visites et l'échantillon total peut s'expliquer par le processus de recrutement des patients. Dans les premiers mois d'opération du Réseau, la plupart des patients provenaient de la recherche archivée. Par la suite, même si le nombre de patients référés a augmenté pour dépasser largement la proportion de patients provenant de la recherche archivée, le nombre de patients qui ont pu être éligible pour une troisième visite était moindre. Uniquement les patients, qui ont été rencontrés entre le 9 février 1999 et le 30 septembre 2000, ont pu être éligibles pour une troisième visite (visite de suivi à 12 mois) considérant que dans le cadre de son évaluation, les activités du réseau se sont terminées le 30 septembre 2001.

En ce qui a trait à la prévalence du tabagisme qui a été observée chez les patients qui se sont présentés en centre hospitalier pour un événement cardiaque (32,9 %) même si elle peut paraître élevée, elle est comparable avec celle observée avec d'autres groupes de patients coronariens (35,4 %) (Groupe de recherche et d'intervention sur les dyslipidémies le diabète et l'athérosclérose, 2001).

6.2 Efficacité de l'intervention tabagique :

Pendant la durée de l'hospitalisation, l'ensemble des patients a été forcé à demeurer abstiné au tabac. Cependant, une forte proportion, plus de 50 %, a repris leurs mauvaises habitudes tabagiques dans les jours suivant la sortie de l'hôpital ce qui est fréquemment observé chez les patients coronariens (Rigotti et al., 1997). Les individus qui reprennent leurs habitudes tabagiques se perçoivent moins efficaces pour surmonter les difficultés liées au renoncement du tabac (Dornelas et al., 2000). D'ailleurs, la principale raison qui a été évoquée par les patients pour expliquer la reprise des mauvaises habitudes tabagiques après une période de renoncement est leur incapacité à surmonter les obstacles liés au maintien de l'abstinence au tabac. Pour éviter une aussi forte rechute chez ce groupe de patients, les interventions amorcées en centre hospitalier devraient se poursuivre sans interruption suite au congé de l'hôpital. Ces interventions pourraient prendre la forme d'un counselling individuel car les patients semblent plus portés à choisir ce type d'intervention pour les aider à renoncer à l'usage du tabac. Aussi, l'accent devrait être mis sur le renforcement des facteurs qui contribuent à supporter le renoncement au tabac. Dans la présente étude, ce sont les symptômes de sevrage et les aspects cognitifs liés au danger du tabac sur la santé qui ressortent comme étant les facteurs qui influencent le plus la décision des patients. Ces facteurs sont aussi fréquemment rapportés dans la littérature (De Vries, Mudde, Dijkstra, & Willemsen, 1998; King, Marcus, Pinto, Emmons, & Abrams, 1996; Milligan et al., 1997; Stuart, Borland, & McMurray, 1994; Willemsen, De Vries, van Breukelen, & Oldenburg, 1996). Il faut toutefois noter que les énoncés qui décrivaient les motivations ont été suggérés aux patients. Pour obtenir une image plus fidèle des facteurs qui influencent l'intention comportementale, il serait préférable de laisser émerger la réalité en utilisant des questions ouvertes.

Même avec un taux de rechute très élevée dans les premières semaines après la sortie de l'hôpital, les interventions tabagiques dispensées dans les cliniques du Réseau ont permis d'éviter une augmentation de la prévalence du tabagisme comparable à celle observée chez les patients qui n'ont pas été suivi en post-événement par une intervention du même type que celle du Réseau. Les patients qui ont bénéficié d'un suivi en post-événement ont présenté après un an une proportion de fumeurs de 17,9 % pour les patients provenant des références hospitalières et de 15,8 % pour ceux provenant de la recherche archivée. En comparaison les patients n'ayant pas reçu de suivi en post-événement fumaient dans une proportion de 21,1 % au moment de leur première visite à l'une des cliniques du Réseau. Les interventions tabagiques dispensées dans les cliniques du réseau semblent avoir été plus efficaces chez les patients provenant de la recherche archivée que chez ceux qui ont été référés par des centres hospitaliers. Cependant, la comparaison entre ces deux groupes de patients doit être faite avec beaucoup de prudence en raison de la taille des groupes. Le faible nombre d'individus dans ces deux groupes permet à tout le moins d'observer des tendances.

6.3 Pistes d'intervention :

Afin d'éviter qu'une forte proportion de patients reprennent rapidement leurs mauvaises habitudes tabagiques, suite à un événement aigu, il est primordial d'offrir à ces patients des services de support et de suivi dès leur sortie de l'hôpital. Cet encadrement devrait se poursuivre sur une période suffisamment longue pour que les changements comportementaux soient bien ancrés dans les

habitudes de vie des patients, car, les individus qui maintiennent une abstinence au tabac pour une période d'au moins 6 mois sont, dans une proportion de 60 %, encore abstinentes après 1 an (Gilpin, Pierce, & Farkas, 1997). De plus, afin d'augmenter le nombre de patients qui renoncent à l'usage du tabac, les interventions devraient être mieux ciblées sur les besoins des patients en misant sur des stratégies qui influencent directement l'intention comportementale. Les interventions devraient aussi permettre de renforcer les habiletés des fumeurs afin qu'ils puissent surmonter les barrières qu'ils perçoivent à l'abandon des comportements tabagiques. Pour changer leurs comportements les adultes ont besoin d'aide et de soutien. Une analyse soignée des déterminants psychosociaux prédisposant à l'action ainsi que des facteurs environnementaux qui renforcent et facilitent l'action, oriente le choix du mode d'intervention afin de diminuer le niveau de risque moyen chez les personnes visées par l'intervention (Green & Kreuter, 1991). Pour qu'un programme de promotion de la santé soit efficace et donne les résultats escomptés son développement doit reposer sur une analyse préalable de la situation (Godin, 1991). Il est également de plus en plus reconnu que l'efficacité des interventions éducatives en promotion de la santé n'est pas déterminée par le choix d'une technique particulière, mais plutôt par la qualité du processus de planification de l'intervention. Une planification minutieuse des interventions éducatives en promotion de la santé contribue à atteindre des objectifs pertinents en lien avec le comportement retenu. L'efficacité potentielle d'une intervention est aussi augmenté par un développement systématique des stratégies de planification et d'implantation, incluant la création d'un maillage entre les personnes qui développent l'intervention et les personnes visées par cette intervention (Kok, van den Borne, & Mullen, 1997).

6.4 Forces et limites de l'étude :

La principale difficulté rencontrée lors de la construction du questionnaire a été de concilier les impératifs liés à la rigueur méthodologique d'un projet de recherche avec les besoins inhérents à l'intervention clinique. L'équilibre entre ces deux réalités a permis à la fois d'amasser suffisamment d'information pertinente sur le patient pour intervenir sur ses habitudes de vie et de permettre d'évaluer l'efficacité des interventions spécifiquement liées aux habitudes tabagiques. L'aspect longitudinal de cette étude a permis de mesurer l'impact de l'intervention sur les comportements tabagiques et a apporté un éclairage sur les modifications du statut tabagique à la suite d'un événement cardiaque. Éventuellement, les résultats pourront servir de pistes pour orienter la planification de nouvelles interventions. Cependant, l'interprétation des résultats doit être faite avec prudence en raison de la taille des groupes. Les mêmes mesures, prises avec de plus grands groupes, apporteraient une meilleure stabilité des résultats et pourraient confirmer les tendances. Aussi, afin d'obtenir des résultats optimaux, il est préférable d'appareiller les groupes entre eux. Pour des raisons opérationnelles le recrutement du groupe de patients référés ne s'est pas fait simultanément avec celui des patients provenant de la recherche archivée, il a donc été impossible d'appareiller les individus de ces deux groupes. Finalement, il existe un biais de sélection avec les patients qui ont complété les trois visites. Ceux-ci étaient probablement plus motivés que ceux qui ont abandonné en cours de route.

7.0 CONCLUSION

Cette étude confirme que vivre un événement cardiaque a une influence favorable sur le comportement tabagique et réaffirme l'importance d'offrir rapidement un suivi suite à un événement cardiaque, afin d'éviter que les patients reviennent rapidement à leurs mauvaises habitudes tabagiques. Les interventions dispensées dans les cliniques ont eu comme effet de contribuer à maintenir et à améliorer légèrement les bonnes habitudes tabagiques des patients suivis dans le Réseau. Afin d'accroître le nombre de patients qui renoncent au tabac suite à un événement cardiaque, les interventions devraient permettre de renforcer les facteurs qui contribuent à faciliter l'arrêt de l'usage du tabac.

8.0 RÉFÉRENCES

Couture, R., & Fiset, M. (2000, 11/28). *Enquête sociale et de santé 1998: tableaux sommaires. Document électronique: Ess98 diffusion v1a.xls* (version 1a), [Fichier Excel 97]. Direction de Santé Publique (RRSSS-02): Roberval. Adresse par courrier électronique: regis.couture@ssss.gouv.qc.ca.

De Vries, H., Mudde, A. N., Dijkstra, A., & Willemsen, M. C. (1998). Differential beliefs, perceived social influences, and self-efficacy expectations among smokers in various motivational phases. *Prev Med, 27*(5 Pt 1), 681-689.

Dornelas, E. A., Sampson, R. A., Gray, J. F., Waters, D., & Thompson, P. D. (2000). A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. *Prev Med, 30*(4), 261-268.

Gilpin, E. A., Pierce, J. P., & Farkas, A. J. (1997). Duration of smoking abstinence and success in quitting. *J Natl Cancer Inst, 89*(8), 572-576.

Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé: les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé, IX*(1), 67-94.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. (Second Edition ed.). Mountain View: Mayfield Publishing Company.

Groupe de recherche et d'intervention sur les dyslipidémies le diabète et l'athérosclérose. (2001). *Fichier des coronarographies 1990-2000*, [Fichier STATVIEW 5.0]. Daniel Gaudet M.D. Complexe Hospitalier de la Sagamie, Chicoutimi courriel: dgaudet@saglac.qc.ca.

Herlitz, J., Bengtson, A., Hjalmarson, A., & Karlson, B. W. (1995). Smoking habits in consecutive patients with acute myocardial infarction: prognosis in relation to other risk indicators and to whether or not they quit smoking. *Cardiology, 86*(6), 496-502.

King, T. K., Marcus, B. H., Pinto, B. M., Emmons, K. M., & Abrams, D. B. (1996). Cognitive-behavioral mediators of changing multiple behaviors: smoking and a sedentary lifestyle. *Prev Med, 25*(6), 684-691.

Kok, G., van den Borne, B., & Mullen, P. D. (1997). Effectiveness of health education and health promotion: meta-analyses of effect studies and determinants of effectiveness. *Patient Educ Couns, 30*(1), 19-27.

Lapierre, R., Markowski, F., Beaudin, D., Fiset, M., & Bouchard, C. (1999). *Problématique de santé et de bien-être spécifique aux adultes de 18-54 ans - Plan directeur en Promotion/Prévention (2000-2002) région du Saguenay-Lac-Saint-Jean*. Chicoutimi: Régie régional de la santé et des services sociaux; Service Recherche, Connaissance, Surveillance.

- Law, M., & Tang, J. L. (1995). An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med*, 155(18), 1933-1941.
- Milligan, R. A., Burke, V., Beilin, L. J., Richards, J., Dunbar, D., Spencer, M., Balde, E., & Gracey, M. P. (1997). Health-related behaviours and psycho-social characteristics of 18 year- old Australians. *Soc Sci Med*, 45(10), 1549-1562.
- Rigotti, N. A., Arnsten, J. H., McKool, K. M., Wood-Reid, K. M., Pasternak, R. C., & Singer, D. E. (1997). Efficacy of a smoking cessation program for hospital patients. *Arch Intern Med*, 157(22), 2653-2660.
- Rigotti, N. A., & Pasternak, R. C. (1996). Cigarette smoking and coronary heart disease: risks and management. *Cardiol Clin*, 14(1), 51-68.
- Schofield, P. E., Hill, D. J., Johnston, C. I., & Streeton, J. A. (1999). The effectiveness of a directly mailed smoking cessation intervention to Australian discharged hospital patients. *Prev Med*, 29(6 Pt 1), 527-534.
- Shinton, R. (1997). Lifelong exposures and the potential for stroke prevention: the contribution of cigarette smoking, exercise, and body fat. *J Epidemiol Community Health*, 51(2), 138-143.
- Stuart, K., Borland, R., & McMurray, N. (1994). Self-efficacy, health locus of control, and smoking cessation. *Addict Behav*, 19(1), 1-12.
- Taylor, C. B., Houston-Miller, N., Killen, J. D., & DeBusk, R. F. (1990). Smoking cessation after acute myocardial infarction: effects of a nurse-managed intervention. *Ann Intern Med*, 113(2), 118-123.
- Tresch, D. D., & Aronow, W. S. (1996). Smoking and coronary artery disease. *Clin Geriatr Med*, 12(1), 23-32.
- Willemsen, M. C., De Vries, H., van Breukelen, G., & Oldenburg, B. (1996). Determinants of intention to quit smoking among Dutch employees: the influence of the social environment. *Prev Med*, 25(2), 195-202.

ANNEXE 5

(Tiré à part)



Cliniques de prévention
des maladies cardiovasculaires
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

ÉVALUATION D'IMPLANTATION

du

RÉSEAU RÉGIONAL DE CLINIQUES DE PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

Projet de démonstration 1997-2000

(Qc - 409)

Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)

par

Josée Bourdages, Ph.D.

Mars 2001

Équipe « Organisation des services et évaluation/Maladies chroniques »

Direction de la santé publique de Québec

Beauport, Québec

Version révisée mai 2001

On peut obtenir des exemplaires de ce document en s'adressant au
Centre de documentation de la RRSSS-02

Au numéro de téléphone suivant : (418) 545-4980, poste 310

ou par la poste :

Centre de documentation
RRSSS-02
930, rue Jacques Cartier Est
Chicoutimi, Québec
G7H 7K9

Référence suggérée :

Bourdages, J. Évaluation d'implantation du Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Chicoutimi : Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2001.

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2^e trimestre 2001

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2^e trimestre 2001

ISBN : 2-9807119-2-6

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	9
INTRODUCTION	13
CHAPITRE 1 : CONTEXTE LIÉ À LA FORMULATION ET À L'ÉMERGENCE DU RÉSEAU RÉGIONAL	15
1.1 Caractéristiques de l'organisation sociosanitaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean articulée selon les territoires géographiques.....	15
1.1.1 Caractéristiques des secteurs sociosanitaires et des organisations hôte de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires.....	17
1.1.1.1 Secteur Chicoutimi.....	17
1.1.1.2 Secteur de Maria-Chapdelaine (Dolbeau-Mistassini).....	18
1.1.1.3 Secteur de Jonquière.....	19
1.1.1.4 Secteur La Baie.....	20
1.1.1.5 Secteur Lac-Saint-Jean-Est (Alma).....	21
1.1.1.6 Secteur du Domaine-du-Roy (Roberval-Saint-Félicien).....	22
1.2 Profil général et spécifique de l'état de santé de la population du Saguenay-Lac-Saint-Jean.....	23
1.2.1 Une mortalité et une morbidité par maladies cardiovasculaires élevées en comparaison à celles des autres régions du Québec : un enjeu de santé régional.....	25
1.3 Second souffle anticipé pour une programmation de prévention primaire en santé du cœur à l'échelle des secteurs sociosanitaires : un enjeu organisationnel ou l'érosion de la mission promotion/ prévention pour les CLSC.....	25
1.4 Accroître la capacité de répondre aux besoins de la clientèle de la Clinique des lipides : un enjeu organisationnel et un défi d'envergure régionale.....	26
1.5 Amorçe d'un premier élément structuré pour la prestation de services en prévention secondaire des MCV.....	28
1.6 Un « nouveau joueur » en prévention secondaire des MCV : la Santé publique.....	28
1.7 Contexte de la transformation du réseau de santé et des services sociaux.....	30
1.7.1 Les fusions inter établissements.....	30
1.7.2 Organisation de la pratique des médecins en cabinet privé.....	30

SYNTHÈSE.....	31
CHAPITRE 2 DESCRIPTION DU PROJET DE DÉMONSTRATION DU RÉSEAU RÉGIONAL.....	33
2.1 Présentation globale du Réseau régional.....	34
2.2 Objectifs opérationnels du projet de démonstration.....	35
2.3 But et objectifs du Réseau régional.....	36
2.4 Caractéristiques conceptuelles du Réseau régional.....	38
2.5 Caractéristiques organisationnelles du Réseau régional.....	40
2.6 Caractéristiques structurantes liées à la mise en place du Réseau régional.....	43
2.7 Rôles et responsabilités des établissements et des organisations concernés par la mise en place du Réseau régional.....	46
2.8 Quelques étapes planifiées liées à l'implantation des cliniques dans chacun des secteurs.....	47
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION.....	49
3.1 Théorie de l'action et hypothèse d'intervention.....	49
3.2 Objet d'évaluation.....	52
3.3 But de l'évaluation d'implantation.....	52
3.4 Cadre et type d'évaluation.....	52
3.5 Objectifs de l'évaluation d'implantation.....	54
3.6 Devis, stratégie et approche d'évaluation.....	55
3.7 Sources et collecte de données.....	56
3.7.1 Collecte de données et période d'observation.....	56
3.8 Variables à l'étude.....	58
3.9 Analyse des données.....	62

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 4 . RÉSULTATS.....	63
4.1 Influence du contexte sur la mise en oeuvre du Réseau régional.....	63
4.1.1 Principaux avantages perçus liés à l'implantation et à la mise en oeuvre du réseau régional.....	63
4.1.2 Processus d'implantation et de mise en oeuvre du Réseau régional.....	70
4.1.3 Analyse de l'influence du contexte sur l'implantation et la mise en oeuvre du Réseau régional.....	75
4.1.3.1 Phase "Émergence" (mars 1998 - 8 février 1999 : 11 mois).....	75
4.1.3.2 Phase II "Mise en place - démarrage" (9 février 1999 - 30 avril 1999 : 3 mois).....	91
4.1.3.3 Phase III "Adaptation - ajustement" (1 ^{er} mai au 31 octobre 1999 : 6 mois).....	95
4.1.3.4 Phase IV "Intégration - stabilisation" (1 ^{er} novembre 1999 au 31 mars 2000 : 5 mois).....	97
4.1.3.5 Phase V "Entretien - pérennité" (1 ^{er} avril 2000 au 30 septembre 2000 : 5 mois).....	100
4.1.4 Principales difficultés rencontrées lors de l'implantation et de la mise oeuvre des cliniques sectorielles du Réseau régional.....	100
4.1.4.1 Analyse de l'influence des principales difficultés rencontrées sur l'implantation et la mise en oeuvre du Réseau régional.....	104
 SYNTHÈSE	
4.2 Influence de la mise en oeuvre du réseau régional sur les effets observés.....	111
4.2.1 Réseau coordonné d'intervenants travaillant en multidisciplinarité.....	113
4.2.2 Coordination et intégration des services.....	118
4.2.3 Clientèle cible atteinte de MCV.....	128
4.2.4 Modèle de prestation de services et offre de services à la clientèle.....	128
4.2.5 Cheminement type du patient dans le programme d'enseignement de base planifié et actualisé.....	137
4.3 Nature et degré d'intégration des services liés aux effets observés dans le cadre du Réseau régional.....	139
4.3.1 Types d'intégration.....	139
4.3.2 Modes d'intégration des services.....	148

4.4	Degré d'atteinte des objectifs visés par le Réseau régional.....	154
4.5	Éléments et conditions requises liés à la poursuite du développement du réseau régional et à sa pérennité.....	159
4.5.1	Conditions de base requises liées à la poursuite du développement du Réseau régional et à sa pérennité.....	159
4.5.2	Éléments favorables et barrières liées à la poursuite du développement du Réseau régional et à sa pérennité.....	161
4.6	Synthèse des principaux résultats.....	163
CHAPITRE 5 SYNTHÈSE.....		167
5.1	Synthèse générale.....	167
5.2	Défis liés au développement ultérieur du Réseau régional et à sa pérennité.....	169
CONCLUSION GÉNÉRALE.....		175

ANNEXE 6

(Tiré à part)



Cliniques de prévention
des maladies cardiovasculaires
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

RAPPORT

Évaluation de l'intervention infirmière dans le cadre du Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean selon la perspective des usagers

par :

Maud-Christine Chouinard, inf., M. Sc. inf., UQAC
Antoine Lutumba Ntetu, inf., PhD, UQAC
René Lapierre, agent de recherche sociosanitaire, DSP, RRSSS-02
Diane Gagnon, inf., Réseau régional de cliniques de prévention des MCV
Marie-Hélène Hudon, B. Sc. inf., assistante de recherche

31 mars 2001

On peut obtenir des exemplaires de ce document en s'adressant au
Centre de documentation de la RRSSS-02

Au numéro de téléphone suivant : (418) 545-4980, poste 310

ou par la poste :

Centre de documentation
RRSSS-02
930, rue Jacques Cartier Est
Chicoutimi, Québec
G7H 7K9

Référence suggérée :

Chouinard, M.-C., Ntetu, A.L., Lapierre, R., Gagnon, D. et Hudon, M.-H. Évaluation de l'intervention infirmière dans le cadre du Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean selon la perspective des usagers. Chicoutimi : Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2001.

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2^e trimestre 2001

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2^e trimestre 2001

ISBN : 2-9807119-1-8

TABLE DES MATIÈRES

Problématique	7
Recension des écrits.....	9
Études portant sur la prévention secondaire des MCV	9
Recherche évaluative qualitative	10
Approche axée sur l'utilisation (<i>Utilization-Focused Approach</i>)	12
Méthodologie	13
Première approche de recherche	13
Deuxième approche de recherche	14
Résultats	17
Satisfaction globale envers les services reçus	17
Perception des services offerts.....	23
Perception des interactions avec l'infirmière	30
Accessibilité des services	32
Changements survenus dans l'état de santé des usagers	32
Discussion.....	35
Conclusion	39
Références	41
Annexe A : Questionnaire d'évaluation de la rencontre de groupe avec l'infirmière	47
Annexe B : Guide d'entrevue - phase initiale (pour les usagers en début de processus)	
Guide d'entrevue - 6 mois (pour les usagers ayant eu la rencontre à 6 mois)	
Guide d'entrevue - 1 an (pour les usagers ayant eu la rencontre à 1 an)	51

ANNEXE 7



**Cliniques de prévention
des maladies cardiovasculaires**
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

**RÉSEAU DE CLINIQUES DE PRÉVENTION
DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES AU SAGUENAY- LAC-SAINT-JEAN:
PERCEPTION DES MÉDECINS DE FAMILLE DU SAGUENAY
(SECTEUR CHICOUTIMI)**

RAPPORT DE RECHERCHE

PAR

**Denise Chouinard, MD, résidente
Caroline Gagné, MD, résidente
Simon Hevey, MD, résident
Josée Bourdages, PhD
Gérald Tremblay, MD
Martin Fortin, MD, MSC, FCMF**

Mars 2001

INTRODUCTION

En février 1999, prenait naissance le Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires implanté au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Pour répondre au cadre d'évaluation du Fonds pour l'Adaptation des services de santé de Santé Canada (FASS), l'évaluation de l'implantation du projet d'un réseau de cliniques devait répondre à certains objectifs spécifiques. Il devait mesurer l'effet sur la qualité des services et des soins, sur l'accessibilité des soins et finalement, l'intégration des autres composantes du système et la coordination des intervenants. C'est à ce dernier niveau que se situe cette recherche.

BUTS ET OBJECTIFS

1. Décrire les perceptions des médecins de famille du Saguenay (secteur Chicoutimi) à l'égard des cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires.
2. Énumérer les obstacles à la participation à ce programme par les médecins de famille.

DESCRIPTION DU PROGRAMME

Quelques mots à propos du Réseau régional des cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires. Son objectif principal est d'optimiser et d'harmoniser les soins et services en prévention secondaire des maladies cardiovasculaires sur tout le territoire du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

La clientèle ciblée par le Réseau comprend tous les patients porteurs d'une maladie cardiovasculaire au cours des deux dernières années. Les patients sont rencontrés par une infirmière et une diététiste individuellement à trois reprises et une fois en groupe et ce, avec chaque intervenante et sur une période de douze mois. Le recueil des données comprend l'évaluation des facteurs de risque, la prise de tension artérielle, du poids, un bilan lipidique (pour tous), une glycémie à jeun et une hémoglobine glyquée (chez les patients diabétiques).

Un suivi est assuré au médecin traitant sous forme de lettre à trois reprises au cours des douze mois suivant la prise en charge du Réseau pour expliquer les objectifs retenus avec leurs patients.

CADRE DE RÉFÉRENCE DU PROGRAMME ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

Le programme de prévention repose sur le modèle théorique Precede-Proceed (Green 1991). Ce modèle consiste en un cadre théorique conçu pour la planification et est basé sur les disciplines de l'épidémiologie, sciences sociales, comportementales, éducationnelles et de l'administration de la santé. Ce modèle propose deux éléments fondamentaux. D'abord la santé et les risques de santé sont causés par de multiples facteurs. Conséquemment les efforts pour influencer les comportements, l'environnement et les changements de société doivent à leur tour être multidimensionnels et multisectoriels.

La pratique de la cardiologie préventive est vue comme un système de barrières et d'incitatifs parmi lequel les éléments majeurs modifiables qui influencent la performance des pratiques préventives sont : les connaissances des bénéfiques, les habiletés préventives, l'organisation, un retour adéquat, la perception de la demande du patient, la perception de l'efficacité de l'intervention, la perception de légitimité de l'intervention, la confiance et l'engagement envers la prévention (Kottke T.E.).

La complexité des facteurs influençant le comportement des médecins augmente la difficulté à induire des changements comportementaux. La contribution à la compréhension de l'action et de l'interaction de ces facteurs est venue de la littérature en psychologie et en éducation à la santé du patient. Le cadre théorique « Precede-Proceed » en éducation à la santé, analyse les facteurs qui modifient la traduction de l'éducation en changement comportemental. Développé initialement comme un modèle pour le développement et l'évaluation des programmes d'éducation à la santé, il a maintenant été démontré comme étant approprié pour l'étude des comportements. Les facteurs spécifiques ciblés sont a) ceux liés à l'individu tels que les connaissances, les attitudes, les croyances, les perceptions, appelés facteurs prédisposants, b) ceux liés à la disponibilité et à l'accessibilité aux ressources ou les facteurs facilitants, et c) les facteurs qui soutiennent et maintiennent les tentatives de changement comportemental ou les facteurs de renforcement. Bref, ce cadre théorique permet de définir clairement les facteurs internes et externes à l'environnement du médecin qui sont significatifs dans l'initiation et le maintien du changement.

La banque de données Medline a été scrutée à travers le moteur de recherche OVID en utilisant les mots clés : « program evaluation » et « cardiovascular disease » en limitant la recherche aux études avec un devis qualitatif. Plusieurs articles portant sur le processus d'évaluation de programme de prévention des maladies cardiovasculaires ont été recensés. Certains traitaient de l'impact du suivi par un médecin pour modifier les facteurs de risque (Wang 1999, Hoff 1994). D'autres s'attardaient à la prévention en milieu scolaire ou socio-économiquement défavorisé (Stone 1996, MacDonald 1995, Shea 1996). On retrouvait dans cette catégorie des recherches effectuées plus près de nous au Québec (Beaudet 1998, Renaud 1998, Renaud 1997). Par ailleurs deux articles discutaient directement de la qualité et de l'importance de l'évaluation de certains programmes (Hancock 1997, Sellers 1997). Enfin certains textes portaient sur l'utilité d'un programme d'éducation offert aux médecins et aux étudiants concernant les MCV (Chamberlain 1992, Dismuke 1990). Aucune étude portant spécifiquement sur les perceptions des médecins lors de l'implantation d'un programme de prévention n'a été recensée.

MÉTHODOLOGIE

L'approche qualitative semblait la plus appropriée pour répondre aux objectifs de recherche. Le groupe de discussion a été retenu pour ses commodités d'organisation et la richesse des données qu'il permet d'obtenir. La recherche s'est limitée aux médecins de famille de la ville de Chicoutimi pour des raisons d'organisation et des contraintes d'ordre budgétaire.

Deux rencontres ont été organisées, soit les 17 et 26 avril 2000. Toutes les cliniques de médecine de famille ont été sollicitées. Les médecins de famille ont été rejoints par téléphone et une liste des médecins acceptant de participer a ainsi été montée. Les médecins ont été répartis en deux groupes et finalement sept médecins se sont présentés à chacune des rencontres. Les groupes ont été animés par une assistante de recherche expérimentée en animation de tels groupes. Une rencontre préalable avec les chercheurs avait permis d'expliquer le guide de discussion à être utilisé. Chaque participant a rempli une fiche signalétique et un formulaire de consentement. Les rencontres ont duré deux heures et ont été enregistrées sur magnétophone. Elles ont été retranscrites intégralement. Les chercheurs ont parallèlement pris des notes au cours des discussions.

Le projet avait reçu l'approbation du comité d'éthique du Complexe hospitalier de la Sagamie.

ANALYSE

L'analyse du contenu des données de transcription a été faite par un analyste expérimenté en recherche qualitative. Toutes les données ont été classées, catégorisées et présentées sous forme de tableaux synthèse. Le contenu narratif des échanges étant souligné par la présentation des verbatims les plus pertinents. Trois des chercheurs ont effectué une analyse indépendante des transcriptions en complétant avec les notes prises sur le terrain. Les deux méthodes d'analyse (par les chercheurs et par un analyste) ont ensuite été comparées et un consensus a été établi.

Les groupes étaient composés à 65 % par des femmes et à 35 % par des hommes. L'âge variait de 27 à 51 ans. Le nombre d'années de pratiques des médecins s'étalait de 1 à 26 ans et 70 % des participants avaient complété une résidence en médecine familiale. On y retrouvait en forte majorité des omnipraticiens pratiquant en bureau ou en CLSC et faisant de l'hospitalisation, de la gériatrie et des visites à domicile. Quelques-uns s'adonnaient à l'obstétrique, à l'enseignement et aux soins palliatifs. Finalement, un dernier œuvrait en santé du travail. Pour ce qui est du mode de rémunération, 70 % étaient payés à l'acte et/ou à tarif horaire et 30 %, à honoraire fixe. Quinze pour-cent des médecins avaient déjà référé personnellement au moins un patient aux cliniques de prévention cardiovasculaires, et 85 % d'entre eux avaient au moins un de leurs patients qui y avait été suivi.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Les résultats sont présentés dans les tableaux qui s'intercalent dans le texte qui suit. Chaque tableau représente une grande catégorie et les thèmes émergents se retrouvent dans la colonne centrale alors que les verbatims pertinents sont présentés dans la colonne de droite. La classification des

différents thèmes qui s'y retrouvent a été induite à partir des données n'ayant pas de cadre d'analyse pour s'y accrocher. On y retrouve d'abord les catégories qui traitent de points généraux comme la prise en charge idéale perçue, les rôles et les forces du médecin de famille, pour aller vers les points plus spécifiques que sont les avantages et les désavantages du réseau des cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires ainsi que les suggestions pour l'améliorer.

Tableau A

A) Prise en charge idéale du patient	• Approche multidisciplinaire	• « Le plus simplement, c'est une approche multidisciplinaire »
	• Suivi conjoint avec le spécialiste à l'hôpital	• « Le médecin de famille devrait voir le patient à l'hôpital lors de l'événement »
	• Prévention primaire efficace	• « ...dans un monde idéal...qu'il soit pris en charge avant d'avoir ces problèmes là (infarctus) »
	• Temps suffisant pour prise en charge	• « ...qu'on réussisse à avoir suffisamment de temps pour voir notre monde et faire cette prévention là... »
	• Accès rapide aux services de diététique et aux activités physiques	• « ...ça serait quand même bien que dès qu'on a besoin des services je pense entre autre aux diététistes... »

Lorsque interrogés sur la prise en charge idéale des patients, les omnipraticiens ont bien fait ressortir l'importance d'une approche multidisciplinaire. Tout le monde s'accordait pour dire qu'un accès à une diététiste et aux autres services est primordial. Chacun aimerait avoir le temps d'effectuer une prévention efficace auprès de ses patients en vue de prévenir la survenue d'événements cardiovasculaires.

« Dans un monde idéal, personne ne fumerait, il n'y aurait pas de cigarettes et tout le monde ferait de l'exercice trois fois par semaine. Il n'y aurait pas d'obèses ».

Tableau B

A) Rôle et forces du médecin de famille dans la prise en charge des patients	• Rôle pivot central	• « C'est important je pense d'avoir un endroit pivot. »
	• Suivi régulier et longitudinal favorable	• « Mais c'est un point majeur...la vision globale et longitudinale...c'est vraiment ça »
	• Spécialiste de la relation patient-médecin	• « ...comme médecin de famille on a un atout qui nous aide beaucoup, c'est notre relation... »
	• Expert en counselling	• « ...on est capable de faire du counselling et je pense qu'on est formé pour ça aussi...faire le counselling
	• Rôle conseil	• « Moi je le verrais vraiment comme un rôle d'entraîneur »
	• Prévention primaire	• « On est des cliniques de prévention primaire... »
	• Connaissances en matière de prévention	• « ...nos atouts c'est notre connaissance quand même des facteurs de risque »

En ce qui concerne le rôle du médecin de famille, on insistait beaucoup sur sa fonction de pivot central ; le patient doit pouvoir y rassembler toute l'information reçue des différents intervenants, faire les liens. L'omnipraticien adopte une approche globale et longitudinale favorable aux modifications des habitudes de vie. La relation privilégiée développée avec le patient lui permet de reconnaître le moment le plus opportun pour intervenir sur un facteur de risque. La plupart s'estimaient bien formés en matière de counselling et de prévention primaire.

Tableau C

C) Avantages du Réseau		
	<ul style="list-style-type: none"> Approche multidisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> « Les patients, des fois de se faire répéter des choses...ça va juste leur permettre de les mettre en action aussi... »
	<ul style="list-style-type: none"> Accès rapide au service de diététique 	<ul style="list-style-type: none"> « ...mais au moins si on a accès à ces personnes- ressources là, bien ça je pense que c'est l'aspect positif »
	<ul style="list-style-type: none"> Utilité 	<ul style="list-style-type: none"> « ...et c'est sûr qu'on a besoin de ces services là... »
	<ul style="list-style-type: none"> Qualité des services 	<ul style="list-style-type: none"> « Les avantages c'est que les services qui sont donnés sont bons »
	<ul style="list-style-type: none"> Rapidité d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> « ...à cause de la rapidité d'intervention »
	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des patients orphelins 	<ul style="list-style-type: none"> « ...et par le fait que des fois...ils n'ont pas de médecin traitant... »
	<ul style="list-style-type: none"> Qualité du support 	<ul style="list-style-type: none"> « ...je me dis tant mieux pour lui s'il retire un peu d'enseignement... »
	<ul style="list-style-type: none"> Respect des traitements 	<ul style="list-style-type: none"> « Au moins...ils changeront pas ton traitement sans te le dire... »
	<ul style="list-style-type: none"> Complémentarité au service de cardiologie 	<ul style="list-style-type: none"> « ...ça aidait beaucoup les cardiologues...ça leur permettait de faire la prévention »

En cours de discussion, différents avantages du Réseau ont été apportés. Tout d'abord, nul doute que l'approche multidisciplinaire offerte constitue un atout de taille. La multiplication des interventions auprès des patients ne peut qu'augmenter les chances de réussite.

Mais plus que tout, l'accès rapide au service de diététique plaisait à tous, celui-ci était quasi impossible à obtenir en d'autres circonstances dans la région. On estimait que les services offerts étaient bons, utiles, de qualité et rapidement accessibles. On appréciait beaucoup le fait que l'on n'y modifiait pas les traitements déjà instaurés par le médecin traitant, faisant ici référence à d'autres cliniques où la prescription du patient est modifiée sans que le médecin traitant n'en soit avisé.

Tableau D

D) Désavantages du Réseau	• Manque de continuité et de globalité du suivi	• « ...c'est quelque chose de ponctuel. Ils n'ont pas une vision globale du patient non plus »
	• Dédoublage des services	• Je trouvais que c'était des choses qui se répétaient, qu'on faisait nous en bureau »
	• Répétition des tests	• « Moi je trouve qu'il y a du duplicata au niveau des tests de laboratoire »
	• Relation patient-médecin non établie	• « Je ne sais pas si d'aller se faire dire par quelqu'un qu'ils n'ont jamais vu de leur vie, qu'ils mangent telle affaire et qu'il faut qu'ils arrêtent de fumer... »
	• Confusion créée par les discours parfois différents des intervenants	• « Là c'est comme les versions qui diffèrent...et ça déstabilise un petit peu »
	• Perte du rôle du MD traitant	• « ...dans une situation un peu délicate où on perd notre pouvoir de persuasion et de motivation »

Tableau D (suite)

D) Désavantages du Réseau (suite)	• Trop ciblé	• « Ça c'est tannant un peu qu'il n'y ait pas de lien avec les autres problèmes de santé »
	• Risque de créer chez le patient le sentiment d'être compartimenté	• « Souvent il y a des patients qui ont plusieurs spécialistes et le patient se sent vraiment compartimenté aussi là-dedans »
	• Prise en charge équivoque de résultats	• « ...je me dis moi quand je vois une personne et que je demande un test, j'assume la responsabilité du test... »
	• Connaissance limitée du contexte de vie du patient et de son historique	• « ...c'est complètement déconnecté du contexte... »
	• Nombre élevé de contacts avec le système de santé	• « ...et le patient des fois a aussi assez de venir chez le médecin »
	• Interprétation différente des résultats par différents intervenants	• « ...de multiplier les intervenants...ça peut des fois apporter plus de confusion... »
	• Manque de communication avec le MD de famille	• « Moi ce qui me manque beaucoup, c'est de ne pas être au courant et qu'il n'y ait pas de communication entre qu'est-ce qui se fait et qu'est ce que nous on fait dans nos bureaux »
	• Risque que les sommes investies soient trop importantes par rapport aux bénéfices retirés	• « Il y a peut-être le danger que les énergies pour la recherche dépassent les énergies pour les soins »

Bien que les médecins de famille apprécient grandement les avantages du Réseau, une série d'obstacles a été identifiée pouvant parfois résulter d'un manque de compréhension du Réseau des cliniques.

Une crainte clairement exprimée de la part des médecins touche un risque de compartimentation des soins dans un système de santé où le patient est vu par une équipe multidisciplinaire différente qui l'aide pour chacun de ses problèmes de santé. On nous a présenté une situation hypothétique d'une femme ménopausée, asthmatique, diabétique et qui vient de subir un infarctus, étant successivement prise en charge par la clinique de ménopause, d'ostéoporose, d'asthme, de diabète et finalement la clinique cardiovasculaire. Ça fait beaucoup de contacts avec le système de santé en dehors du suivi médical régulier. De la même façon, on s'inquiétait de la répétition des tests et du dédoublement des services. L'un d'eux s'exprime :

« Je trouvais que c'était des choses qui se répétaient, qu'on faisait nous-mêmes en bureau ».

De plus, on s'interrogeait sur la prise en charge des tests demandés. Plusieurs des participants croyaient qu'un médecin s'était déjà occupé des résultats des labos et qu'ils leurs avaient été envoyés.

Toujours en ce qui concerne les laboratoires on craignait que les résultats ne fussent interprétés de différentes façons par les intervenants. Par exemple, un bilan lipidique peut sembler élevé à celui qui ne connaît pas les valeurs précédentes du patient. Ces interprétations différentes peuvent créer de la confusion chez le patient et l'amener à mettre la compétence de son médecin traitant en doute. D'autre part, on questionne le manque de continuité et de vision globale du patient avec ses autres problèmes de santé. Comment peut-on connaître le contexte de vie d'un patient qu'on ne voit que deux fois par année? Il n'y a pas de relation médecin-patient qui puisse s'établir.

Dans un autre ordre d'idée, on déplorait la lenteur des communications entre le Réseau et le médecin traitant. Des résultats parviendraient en effet aux omnipraticiens avant même qu'ils sachent que leurs patients y avaient été référés.

Pour finir, un doute a été émis quant aux risques que les sommes investies pour la mise en place d'une telle infrastructure soient trop importantes par rapport aux bénéfices retirés. On se demandait si ces montants n'auraient pas été plus adéquatement investis pour permettre l'augmentation des services tels que la diététique ou les programmes de conditionnement physique.

Tableau E

E) Suggestion pour améliorer le Réseau	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité et la vitesse de communication par différentes aides techniques 	<ul style="list-style-type: none"> « Ces résultats là pourraient être ramassés et accessibles par modem ou je ne sais par quel truc électronique »
	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre le suivi au-delà d'un an 	<ul style="list-style-type: none"> « Faudrait peut être aussi que le suivi se fasse au-delà d'un an »
	<ul style="list-style-type: none"> Laisser le rôle central au MD de famille, le laisser référer lui-même 	<ul style="list-style-type: none"> « Moi, l'idée que l'archiviste intercepte le dossier, appelle le patient et l'envoie là sans que je le sache, ça m'énerve ».
	<ul style="list-style-type: none"> Laisse au MD de famille le choix des intervenants dont le patient a besoin 	<ul style="list-style-type: none"> « Dire...je veux que tu rencontres un travailleur social par exemple ou la diététiste ou le cardiologue »
	<ul style="list-style-type: none"> Faire connaître davantage le Réseau 	<ul style="list-style-type: none"> « ...Devons faire un rappel à nous aussi »
	<ul style="list-style-type: none"> Étendre les objectifs à la prévention primaire 	<ul style="list-style-type: none"> « Qu'il soit pris en charge avant d'avoir un infarctus... »
	<ul style="list-style-type: none"> Élargir les ressources pour accueillir les patients souffrant d'obésité, HTA, dyslipidémies (prévention primaire) 	<ul style="list-style-type: none"> « ...qu'on puisse référer des patients juste...qu'ils soient obèses ou hypertendus puisqu'il y aurait un vidéo qui expliquerait... »
	<ul style="list-style-type: none"> Demander l'avis des MD de famille avant d'instaurer ce genre de clinique 	<ul style="list-style-type: none"> « C'est toujours comme ça...on nous demande jamais notre opinion »
	<ul style="list-style-type: none"> Faire des études pour connaître l'impact du Réseau 	<ul style="list-style-type: none"> « ...je pense qu'il va falloir étudier...les gens qui sont passés par là, versus des gens qui ne sont pas passés par là »

Au cours des rencontres, nous avons tenté de savoir quels pourraient être les facteurs qui faciliteraient la référence des patients pour les médecins de famille. Premièrement, le Réseau gagnerait à être connu davantage. Un médecin affirmait d'ailleurs que, fort des connaissances acquises au cours de la soirée, il penserait plus à référer.

Puisque la prévention primaire fait partie intégrante du travail du généraliste, on suggérait que les objectifs du Réseau y soit étendus pour inclure les patients souffrant de dyslipidémie, d'hypertension et d'obésité. Optimalement, le suivi devrait s'étendre au-delà d'un an.

Toujours dans l'optique du respect de leur rôle, les médecins traitants souhaitaient qu'on les laisse référer eux-mêmes leurs patients et choisir les intervenants qu'ils jugent les plus bénéfiques.

Dans le but d'améliorer la qualité et la rapidité de la communication, on suggérait différents aides techniques, mais on semblait privilégier l'informatique.

Finalement, les médecins semblaient déçus dans l'ensemble de ne pas avoir été consultés avant la mise sur pied de cette clinique.

Enfin, les omnipraticiens étaient curieux de connaître la satisfaction des patients et l'impact du Réseau. On suggérait de vérifier si les gens suivis sont plus fidèles aux modifications des facteurs de risque que ceux qui n'y ont pas été référés.

FORCES ET LIMITATIONS DE L'ÉTUDE

Le Réseau des cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires a offert des services sur toute la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. La présente étude n'a porté que sur les médecins de famille de la région de Chicoutimi. Il est possible que les perceptions des médecins de famille œuvrant dans d'autres milieux soient différentes. Cependant, l'objectif d'une étude qualitative n'étant pas de mesurer un taux de satisfaction mais plutôt de décrire un phénomène complexe, les chercheurs estiment que cet objectif est atteint avec la présente étude. Un doute est soulevé à savoir si la saturation des données a été obtenue avec seulement deux groupes de discussion. D'autres idées auraient peut-être pu enrichir davantage les résultats obtenus. Il faut cependant reconnaître la difficulté de tenir des groupes de discussions avec des médecins de famille en raison des contraintes de disponibilité.

La région ayant été l'objet du développement de tout un réseau de cliniques spécialisées en interventions multidisciplinaires (asthme, ménopause, ostéoporose, lipides, diabète...), on peut se demander si les opinions émises par les médecins étaient toutes dirigées vers les cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires ou vers l'ensemble de ces autres cliniques. Plusieurs fois, il en a été fait allusion lors des groupes de discussion. Il n'en demeure pas moins que les cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires ont été implantées dans ce contexte particulier et que c'est également le contexte de l'évaluation.

Bien que les chercheurs n'aient pas eu recours à des outils informatiques pour faire l'analyse des données, le processus d'analyse aura tout de même été rigoureux par l'utilisation de plusieurs méthodes d'analyse et par triangulation de ces méthodes. Ainsi même, certaines inexactitudes d'interprétation en raison de transcriptions imparfaites de la part de l'analyste indépendant auront été corrigées par les observations attentives des chercheurs ayant assisté aux groupes de discussion et ayant noté ces observations.

Cette étude est forte de la rareté des études du même genre dans la littérature. En effet, les groupes de discussions regroupant des médecins ne sont pas fréquents mais apportent une contribution importante à la compréhension de l'organisation des soins médicaux.

CONCLUSION

Les médecins de famille du secteur Chicoutimi perçoivent positivement les cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires et soulignent l'importance d'un accès à des professionnels compétents pour la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires. Ils souhaitent même des interventions pour des clientèles plus étendues. Cependant, ils soulignent toute l'attention qui doit être mise pour améliorer les communications afin d'éviter les duplications de tests ou d'interventions et de mieux harmoniser le discours préventif. Ils précisent que le médecin de famille doit conserver son rôle pivot dans les soins à donner aux patients et que la continuité et la globalité doivent être au centre des préoccupations. Ils souhaitent également être consultés avant l'élaboration de tels programmes. Finalement, ils soulignent l'importance de bien évaluer les impacts de ce type d'intervention avant d'en garantir la pérennité.

BIBLIOGRAPHIE

Beaudet, Recherche évaluative sur la distribution de vidéocassettes santé destinées à une population défavorisées de Montréal, *Canadian Journal of Public Health*, Sep-Oct. 1998.

Chamberlain, Evaluation of a heart disease survey and education program for general practitioners, *Australien Journal of Public Health*, Juin. 1992.

Dismuke, Evaluation of an educational program in preventive cardiology, *American Journal of Preventive Medicine*, Mars-Avril 1990.

Hancock, Community action for health promotion : a review of methodes and outcomes, *American Journal of Preventive Medicine*, Juil-Aout 1997.

King, Cardiac rehabilitation : The forgottent intervention, 1999.

MacDonald, An assessment of the Cardiovascular Health Education Program in primary health care, Aout 1995.

Hoff, Professional support : an essential component in a cardiovascular risk reduction program, *Journal of Gerontological Nursing*, Mai 1994.

Renaud, Evaluation de l'implantation d'un curriculum scolaire : Pistes d'interventions pour optimiser l'adoption et l'implantation de programmes d'éducation à la santé dans les écoles primaires, *Revue Canadienne de Santé Publique*, Sept-oct. 1997.

Renaud, Un programme de promotion de la santé cardiovasculaire auprès des 9-12 ans et de la communauté Saint-Louis du Parc (Québec), *Santé publique*, Dec. 1998.

Sellers, Understanding the variability in the effectiveness of community heart health programs : a meta-analysis, *New England Research Institutes*, Mai 1997.

Shea, The Washington Heights-Inwood Healthy Program : a 6 years report from a disadvantaged urban setting, Fev.1996

Stone, Operationaal design and quality control in the CATCH multicenter trial, *Preventive Medicine*, Juil-Aout 1996.

Wang, The effect of physician office visits on CHD risk factor modification as part of a worksite cholesterol screening program, *Preventive medicine*, Mars 1999.

ANNEXE 8

LISTE DE LA COUVERTURE MÉDIATIQUE

<i>NOM</i>	<i>DATE</i>
1. Communiqué – Régie Régionale et CH Sagamie	22 juillet 1998
2. Communiqué – Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux	22 juillet 1998
3. Article de presse « Le Quotidien »	23 juillet 1998
4. Sommaire des reportages télévisés – visite du ministre Alan Rock	23 juillet 1998
5. Chroniques <i>Santé</i> « Progrès-Dimanche », article du Dre Kathleen Pelletier	Juillet 1998
6. Article de presse « Le Réveil au Saguenay »	26 juillet 1998
7. Lettre de promotion à tous les pharmaciens de la région Saguenay-Lac-St-Jean	2 février 1999
8. Lettre de promotion à tous les omnipraticiens de la région Saguenay-Lac-St-Jean	2 février 1999
9. Communiqué de presse (Saguenay)	9 février 1999
10. Communiqué de presse (Dolbeau-Mistassini)	9 février 1999
11. Communiqué de presse (Roberval)	9 février 1999
12. Communiqué de presse (Alma)	9 février 1999
13. Article de presse « Le Quotidien »	10 février 1999
14. Article de presse « L'Étoile du Lac », Roberval	10 février 1999
15. Article de presse « Le Point », Dolbeau	14 février 1999
16. Chronique <i>Santé</i> , « Progrès-Dimanche » par Dre Kathleen Pelletier	14 février 1999
17. Chronique <i>Santé</i> , « Progrès-Dimanche » par Dre Kathleen Pelletier	21 février 1999
18. Article de promotion <i>Journée médicale Alcan</i> , « Le Réveil du Saguenay »	21 février 1999
19. Chronique <i>Santé</i> , « Progrès-Dimanche », article du Dre Nathalie Roy, cardiologue	28 février 1999
20. Article de presse « Le Point », Dolbeau	7 mars 1999
21. Entrevue télévisée du Dre Nathalie Roy à la journée de la Fondation de ma vie du CH Sagamie	Février 1999
22. Article de presse, Journal local du CH Sagamie, « Écho du Rocher »	Mars-avril 1999
23. Communiqué « Régie régionale » du Saguenay-Lac-St-Jean	1 ^{er} février 2000

LISTE DE LA COUVERTURE MÉDIATIQUE (suite)

<i>NOM</i>	<i>DATE</i>
24. Article de presse « Le Quotidien »	1 ^{er} février 2000
25. 4 articles, Chronique santé, mois du cœur « Progrès-Dimanche »	Février 2000
26. 3 articles, Chronique santé, mois de la nutrition « Progrès-Dimanche »	Mai 2000
27. Article de presse « Le Quotidien »	Juin 2000
28. Article de presse « L'Étoile du Lac »	Juin 2000
29. Article de presse, Journal local CH de la Sagamie « Écho du Rocher »	Septembre 2000
30. Article de presse « Le Quotidien »	Novembre 2000
31. Article, revue « L'Envol », Ordre régional des Infirmières et Infirmiers de la région du Saguenay-Lac-St-Jean / Nord-du-Québec	Novembre 2000
32. Chronique santé « Progrès-Dimanche »	Février 2001
33. Entrevue télévisée et radiophonique de Diane Gagnon lors de la journée de la Fondation de ma Vie, CH de la Sagamie	9 février 2001
34. 60 capsules radio, « postes CKRS-590 Jonquière-Chicoutimi, CHRL Roberval, CHVD Dolbeau, KYK-FM Alma », mois du cœur et mois de la nutrition	Février et mars 2001

O 15,563

E 4909

Ex. 2

AUTEUR
CHOUINARD, MAUD-CHRISTINE
DUCHESNE, DONALD
GAGNON, DIANE ET AL.

TITRE :
RAPPORT FINAL : RESEAU REGIONAL DE CLINIQUES DE
PREVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES AU
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN (QC-409)

DATE	NOM
------	-----

O 15,563

Ex. 2