



*Plus que pour la forme...
Un contrat pour la vie !*

Document évolutif

Cadre de référence

Traité santé

Programme régional de réadaptation pour la personne

atteinte de maladies chroniques

Version 3

*Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Région 03
Février 2007*

Édition produite par :

l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Direction régionale de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, en autant que la source soit mentionnée.

Pour obtenir copie(s) de ce document, s'adresser au :

Centre de documentation

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

555, boulevard Wilfrid-Hamel Est

Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : (418) 525-1500, poste 250

Courrier électronique : isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté à la section « Documentation » du site Internet de l'Agence à l'adresse : www.rssss03.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2007

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Publication versée dans la banque SANTÉCOM

ISBN : 978-2-89616-020-4 (version imprimée)

978-2-89616-021-1 (version PDF)

TABLE DES MATIÈRES

Liste des annexes	I
Liste des figures	I
Liste des tableaux	II
Liste des acronymes et des sigles utilisés	III
AVANT-PROPOS	V
CHAPITRE 1 : CONTEXTE, NATURE ET UTILITÉ DU CADRE DE RÉFÉRENCE	
1. CONTEXTE, NATURE ET UTILITÉ DU CADRE DE RÉFÉRENCE	2
1.1 Modèle de la problématique d'intervention du Programme Traité santé	4
1.2 Modèle logique d'intervention du Programme Traité santé	4
CHAPITRE 2 : LES ORIENTATIONS DU PROGRAMME	
2. LES ORIENTATIONS DU PROGRAMME	1
2.1 Clientèle cible	1
2.1.1 Critères d'admissibilité	1
2.1.2 Caractéristiques de la clientèle atteinte	1
2.1.3 Les proches des personnes atteintes	2
2.2 Assises du programme	3
2.2.1 Définitions modernes de la maladie chronique et de la réadaptation	4
2.2.2 Autonomie et engagement du participant	5
2.2.3 Accompagnement continu des participants	6
2.2.4 Approche globale	6
2.2.5 Outils efficaces pour soutenir le participant dans la compréhension de ses processus de décisions de santé	7
2.2.6 Responsabilités claires et partagées, soutenues par des moyens appropriés	10
2.3 Buts du programme	11
2.3.1 Objectifs optimaux au regard du participant et des proches	12
CHAPITRE 3 : MODÈLE GÉNÉRAL D'INTERVENTION	
3. MODÈLE GÉNÉRAL D'INTERVENTION	1
3.1 Cheminement du participant	3
3.1.1 Phase préalable à l'inscription au programme	3
3.1.2 Évaluation de base préalable au programme	5
3.1.3 Phase de réadaptation active Traité santé	6
3.1.4 Phase de maintien postprogramme	7
3.2 Modèle général d'intervention	8
3.2.1 Modèle d'intervention	8
3.2.2 Principaux outils d'évaluation	13
3.2.3 Contrat de réadaptation	13
3.2.4 Prestation des activités spécifiques	13
3.3 Accompagnement continu	14
3.3.1 Rôle de la fonction pivot	14

CHAPITRE 4 : LES VOLETS « CONTENUS » DU PROGRAMME

4.	LES VOLETS «CONTENUS » DU PROGRAMME	1
4.1	Volet d'intervention éducative générale	1
4.1.1	Problématique et objectifs	1
4.2	Volet intervention en activité physique	3
4.2.1	Problématique et objectifs	3
4.2.2	Dépistage	6
4.2.3	Évaluation	7
4.2.5	Prescription d'exercice et intervention	9
4.2.4	Activités structurées en activité physique	11
4.3	Volet intervention en nutrition	12
4.3.1	Problématique et objectifs	12
4.3.2	Intervention en nutrition	13
4.4	Volet cessation tabagique	15
4.4.1	Problématique et objectifs	15
4.4.2	Dépistage et identification des besoins	15
4.4.3	Intervention	17
4.5	Volet psychosocial et professionnel	22
4.6.1	Problématique	22
4.6.2	Objectifs	25
4.6.3	Dépistage des risques au plan psychosocial	26
4.6.4	Évaluation et diagnostic	26
4.6.5	Intervention psychosociale	27
4.6.6	Indicateurs de référence et outils	29
4.6	Volet sexualité	30
4.5.1	Problématique	30
4.5.2	Intervention et préoccupations	31
4.7	Dimension spirituelle de la personne	33
4.7.1	Définition de la dimension spirituelle	33
4.7.2	Dépistage de la dimension spirituelle	35
4.7.3	Intervention en ce qui a trait à la dimension spirituelle	37
4.8	Les maladies cardiovasculaires chez les femmes, quelques particularités	39
4.8.1	Problématique	39
4.8.2	Signes et symptômes de la maladie cardiaque chez la femme	39

CHAPITRE 5 : ASPECTS SPÉCIFIQUES POUR LES PERSONNES DIABÉTIQUES

5.	ASPECTS SPÉCIFIQUES POUR LES PERSONNES DIABÉTIQUES	1
5.1	Volet diabète	1
5.1.1	Problématique et objectifs généraux	1
5.1.2	Diagnostic de diabète et classification en fonction de la glycémie	1
5.1.3	Autosurveillance de la glycémie, le réflectomètre et les valeurs cibles	3
5.1.4	Hypoglycémie et hyperglycémie	4
5.1.5	Précautions et soins pour le participant diabétique	6
5.2	Volet intervention en nutrition pour les personnes diabétiques	10
5.2.1	Objectifs	11
5.2.2	Approche nutritionnelle	11
5.2.3	Recommandations alimentaires	11
5.3	Volet intervention en activité physique pour les personnes diabétiques	13
5.3.1	Problématique et objectifs	13
5.3.2	Intervention et recommandations	13

CHAPITRE 6 : ASPECTS SPÉCIFIQUES POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE

6. ORIENTATIONS SUR CERTAINS ÉLÉMENTS OPÉRATIONNELS

LIÉS AU PROGRAMME	1
6.1 Volet MPOC	1
6.1.1 Problématique et objectifs généraux	1
6.1.2 Caractéristiques de la maladie pulmonaire obstructive chronique	2
6.1.3 Manifestations cliniques	3
6.1.4 Dépistage de la MPOC	3
6.1.5 Stratégie pour contrôler l'essoufflement	5
6.1.6 Enseignement et éducation	6
6.1.7 Plan d'action	6
6.1.8 Composantes d'un programme de réadaptation respiratoire	7
6.2 Volet intervention en nutrition pour les personnes atteintes de MPOC	8
6.2.1 Problématique	8
6.2.2 Objectifs	9
6.2.3 Dépistage des problèmes nutritionnels - Protocole d'intervention en nutrition pour le dépistage	9
6.2.4 Approche nutritionnelle	9
6.2.5 Recommandations alimentaires.....	10
6.3 Volet intervention en activité physique	11
6.3.1 Problématique et objectifs	11
6.4 Aspects psychosociaux	12

CHAPITRE 7 : ORIENTATIONS SUR CERTAINS ÉLÉMENTS OPÉRATIONNELS LIÉS AU PROGRAMME

7. ORIENTATIONS SUR CERTAINS ÉLÉMENTS OPÉRATIONNELS

LIÉS AU PROGRAMME	1
7.1 Dossier du participant et circulation de l'information	1
7.2 Formation des intervenants	2
7.2.1 Formation générale pour des intervenants polyvalents	2
7.2.2 Formation particulière pour des intervenants spécialisés	2
7.3 Responsabilités et composition des instances territoriales	3
7.3.1 Partenaires	3
7.3.2 Équipe interdisciplinaire d'intervention en réadaptation	3
7.3.3 Responsabilités partagées pour la réalisation du programme	4
7.4 Soutien régional	5
7.4.1 Responsabilités et composition des instances régionales	5
7.5 Préoccupation évaluative dans le programme	8
7.5.1 Évaluation du programme	8
7.5.2 Monitorage des activités	9
7.6 Organisation du Programme Traité santé	9

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	Historique du Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques
Annexe 2	Participation et collaboration à la révision du <i>Cadre de référence</i> , version 2007
Annexe 3	Processus de production du handicap
Annexe 4	Valeurs cibles recommandées
Annexe 5	Exemple d'un contrat d'apprentissage pour le programme
Annexe 6	L'approche négociée
Annexe 7	Modèle explicatif de soutien à la modification de comportement
Annexe 8	Approche motivationnelle
Annexe 9	Exemple de grille de référence
Annexe 10	Formulaire de collecte de données
Annexe 11	Lettre au médecin
Annexe 12	Classification de la tension artérielle
Annexe 13	Classification des niveaux de risque et des niveaux d'encadrement des établissements
Annexe 14	Utilisation du podomètre
Annexe 15	Échelle de Borg
Annexe 16	Indications thérapeutiques en nutrition
Annexe 17	Tabac
Annexe 18	Typologie des personnes à risque au plan psychosocial
Annexe 19	Inventaire des symptômes de stress
Annexe 20	Inventaire des occasions de stress
Annexe 21	Plan d'enseignement spécifique MPOC
Annexe 22	Plan d'action
Annexe 23	Critères de dépistage / clientèle MPOC
Annexe 24	Carnet d'entraînement pour la personne atteinte de MPOC
Annexe 25	Processus d'adaptation selon les stades de la maladie
Annexe 26	Manifestations des impacts psychosociaux selon les stades de la maladie

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1	Continuum d'intervention Prévention/réadaptation des maladies chroniques
Figure 1.2	Modèle causal de la problématique d'intervention du Programme Traité santé
Figure 1.3	Modèle logique d'intervention du Programme Traité santé
Figure 2.1	Le Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques
Figure 2.2	Facteurs à considérer dans des programmes de réadaptation cardiaque
Figure 3.1	Cheminement du participant
Figure 3.2	Modèle d'intervention et processus
Figure 3.3	Processus continu d'évaluation des besoins du participant
Figure 3.4	Intervenants clés et mécanismes de liaison au niveau territorial
Figure 4.1	Les niveaux de prescription d'exercice
Figure 4.2	Activité physique et ses différentes composantes
Figure 4.3	Impacts psychosociaux sur la personne atteinte et ses proches
Figure 6.1	Cercle vicieux de la MPOC
Figure 7.1	Nature du soutien régional
Figure 7.2	Structure du Programme Traité santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1	Dépistage des clientèles, phase préalable au programme
Tableau 3.2	Évaluation de base préalable au programme
Tableau 3.3	Phase active de réadaptation : Programme Traité santé
Tableau 3.4	Phase de maintien postprogramme
Tableau 4.1	Volet intervention éducative générale : principaux éléments
Tableau 4.2	Principales contre-indications à la pratique de l'activité physique
Tableau 4.3	Résumé des approches préconisées pour la cessation tabagique
Tableau 4.4	Les « 5A » d'une intervention brève
Tableau 4.5	Dépistage des besoins spirituels
Tableau 4.6	Modèle d'intervention en nursing pour amener l'espoir
Tableau 4.7	Résumé des différences lors de symptômes liés au syndrome coronarien
Tableau 5.1	Diagnostic du diabète
Tableau 5.2	Classification en fonction des glycémies
Tableau 5.3	Objectifs pour le contrôle glycémique selon les lignes directrices de l'ACD 2003
Tableau 5.5	Signes et symptômes de l'hypoglycémie
Tableau 5.6	Recommandations pour corriger l'hypoglycémie
Tableau 5.7	Signes et symptômes de l'hyperglycémie
Tableau 5.8	Valeurs cibles du bilan lipidique pour les diabétiques
Tableau 5.9	Classification du surpoids et de l'obésité selon l'IMC
Tableau 5.10	Indication d'activité physique, prévention d'hypoglycémie et apport glucidique supplémentaire
Tableau 5.11	Changements d'insuline pour la prévention d'hypoglycémie à l'exercice
Tableau 6.1	Symptômes de la MPOC
Tableau 6.2	Classification de l'obstruction bronchique selon la fonction pulmonaire
Tableau 6.3	Échelle de dyspnée du Conseil de recherches médicales

Liste des acronymes et des sigles utilisés

AACVPR	: American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation
ACSM	: American College of Sports Medicine
ACD	: Association canadienne du diabète
AHA	: American Heart Association
AOC	: Atteinte d'organe cible
AVD	: Activités de la vie domestique
AVQ	: Activités de la vie quotidienne
CH	: Centre hospitalier
CI	: Cardiopathie ischémique
CIF	: Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CIFHS	: Channel Islands Family History Society
CLDL	: Cholesterol Low Density Lipoprotein
CLSC	: Centre local de services communautaires
CM	: Case Manager
CSSS	: Centre de santé et de services sociaux
CT	: Cholestérol total
DSIE	: Demande de services interétablissement
ECG	: Électrocardiogramme
ENAP	: École nationale d'administration publique
FASS	: Fonds d'adaptation des services de santé
FRA	: Facteur de risque associé
FTE	: La fumée du tabagisme dans l'environnement
GJM	: Glycémie à jeun marginale
GMF	: Groupe de médecine de famille
GP	: Glycémie plasmatique
GPJ	: Glycémie plasmatique à jeun
GPR	: Gestion par résultat
HDL	: High Density Lipoprotein
HSI	: Hypertension systolique isolée
HTA	: Hypertension artérielle
HVG	: Hypertrophie ventriculaire gauche
IECA	: Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
IM	: Infarctus du myocarde
IMC	: Indice de masse corporelle
ISQV	: Inventaire systémique de qualité de vie
LDL	: Low density lipoprotein
MCV	: Maladie cardiovasculaire
METs	: Équivalence métabolique de consommation d'oxygène (1 met = 3,5 ml O ₂ .kg ⁻¹ .min ⁻¹)

MPOC	:	Maladie pulmonaire obstructive chronique
NYHA	:	New York Heart Association
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
OPDQ	:	Ordre professionnel des diététistes du Québec
PPMC	:	Pavillon de prévention des maladies cardiaques
PROS	:	Plan régional d'organisation des services
SAD	:	Soutien à domicile
SEES	:	Self Efficacy Expectation Scale
TA	:	Tension artérielle
TBG	:	Tableau de bord de gestion
TRN	:	Thérapie de remplacement de la nicotine
TV	:	Tachycardie ventriculaire
VEMS	:	Volume expiratoire maximal en une seconde

AVANT-PROPOS

Au cours des dernières années, nous avons assisté à la publication de plusieurs données récentes sur les maladies cardiovasculaires et le diabète. Nous avons pensé écrire une troisième version pour mettre à jour les lignes directrices et ajouter quelques nouveautés. Or, cette nouvelle édition apporte beaucoup de nouvelles informations pratiques qui devraient aider les professionnels dans leurs interventions. Nous y avons, par exemple, intégré des textes traitant de la sexualité, de la santé cardiaque des femmes et de la spiritualité. Nous avons revu tout le volet psychosocial, et enfin, avons ajouté un nouveau chapitre pour la personne atteinte de la maladie pulmonaire obstructive chronique.

Ce cadre de référence se veut un outil ayant pour but de répondre aux besoins des professionnels qui oeuvrent en réadaptation, ainsi qu'aux gestionnaires qui collaborent au développement et à la consolidation des services dans leurs territoires. Nous avons fait un effort pour traduire en tableau l'information qui s'y prêtait, afin d'alléger le texte.

Nous espérons que cet ouvrage clinico-administratif sera aussi pratique que stimulant et nous vous invitons à le faire connaître à vos consoeurs et confrères.

Bien sûr, la coopération et le soutien de plusieurs personnes pour la réalisation de cet ouvrage était requise. Les membres du Comité d'opérationnalisation et de soutien du programme ont participé à la révision complète de cette version, et d'autres collaborateurs ont participé à la rédaction de nouveaux textes et nous tenons à les remercier.

La liste des membres ayant réalisé le document et les personnes consultées se retrouvent à l'annexe 2, intitulée « Participation et collaboration à la révision du Cadre de référence ».

Chapitre 1

**CONTEXTE, NATURE ET UTILITÉ DU
CADRE DE RÉFÉRENCE**

1. CONTEXTE, NATURE ET UTILITÉ DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Ce document s'inscrit dans la démarche de consolidation du *Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques dans la région de la Capitale-Nationale*, communément appelé *Traité santé*, et constitue une mise à jour du *Cadre de référence - Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques dans la région de Québec*¹. Il s'appuie, dès le départ, sur la prémisse que la réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques est nécessaire et que ses bienfaits sont largement démontrés dans la littérature scientifique.

Ce document n'est pas un plaidoyer sur « le pourquoi » ou la pertinence de la réadaptation, mais vise plutôt à articuler « le comment faire ». L'annexe 1 présente l'historique du programme de réadaptation qui s'inscrit en continuité ou en complémentarité avec :

- les orientations ministérielles dans le secteur de la réadaptation;
- les orientations régionales du *Programme de prévention pour la personne atteinte de maladies chroniques de la région de la Capitale-Nationale*.

Ce cadre de référence définit les fondements, les orientations et les objectifs du *Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques*. Il aborde aussi des éléments de contenus propres à certains secteurs d'intervention. Un modèle général d'intervention, le cheminement général des clientèles et certains paramètres organisationnels y sont en outre proposés, car il importe de se positionner d'abord sur la nature, la philosophie et l'ampleur du programme, de même que sur le mode d'organisation.

Cette consolidation vise à doter la région d'une vision d'ensemble en réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques. Une telle vision permet à chaque secteur ou intervenant de situer son intervention dans un ensemble. Lorsqu'il existe une vision ou une direction, divers éléments peuvent être influencés, dont la mise en place de suivis systématiques dans les centres hospitaliers, la planification des ressources en réseau et l'intervention directe auprès des clientèles.

Ce cadre de référence définit le *Programme régional de réadaptation à l'intention des personnes atteintes de maladies chroniques* et constitue une base minimale pour la réalisation du programme dans tous les réseaux locaux de la région. Il fournit aux intervenants les balises sur lesquelles ils peuvent s'appuyer, tant pour l'intervention auprès des personnes atteintes de maladies chroniques que pour l'organisation du programme dans chacun des territoires. Il fournit également aux gestionnaires certains éléments opérationnels liés à la coordination et au soutien du programme. La présente version tient compte des expériences et des commentaires des personnes impliquées de près ou de loin dans le programme.

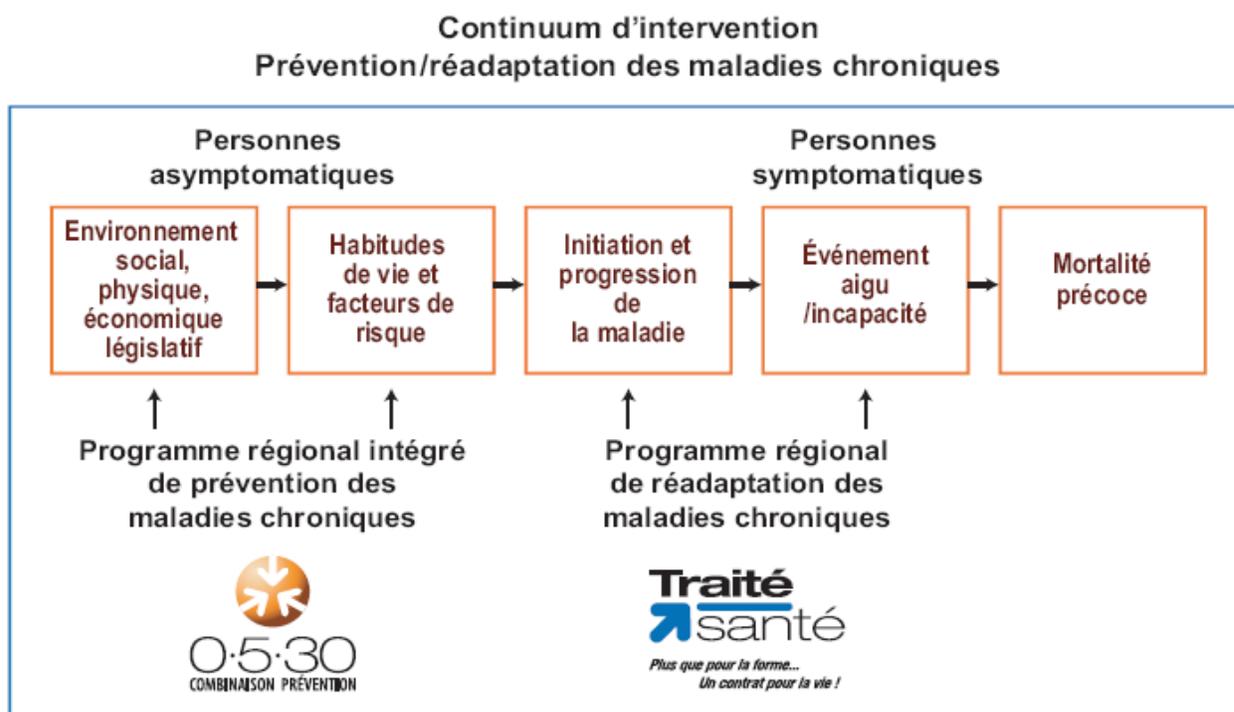
Autant en ce qui a trait aux facteurs de risque qu'à leurs répercussions sur les personnes atteintes, les maladies chroniques possèdent des éléments similaires. Ce document fournit un tronc commun pour l'intervention en réadaptation pour l'ensemble des maladies chroniques, qui tient compte de ces éléments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

¹ Cadre de référence, *Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, avril 2003, pagination multiple.

Le programme régional constitue une assise structurante pour l'offre de service en réadaptation à l'ensemble de personnes atteintes de maladies chroniques et permet d'assurer la continuité avec les autres services impliqués auprès de ces clientèles, afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité à ce type de service.

Traité santé est un programme qui s'inscrit sur un continuum Prévention/réadaptation des maladies chroniques. La figure 1.1 illustre ce continuum en lien avec les conditions des personnes.

Figure. 1.1 Continuum d'intervention Prévention/réadaptation des maladies chroniques pour la région de la Capitale-Nationale²



Les réseaux locaux de services intégrés devront tenir compte des principes directeurs du Programme Traité santé dans leur organisation de services. Ces principes ont été adoptés par les membres du comité consultatif du programme.

² Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 dans la région de la Capitale nationale, population adulte, 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION*, Québec, mars 2004, p.17.

Ces principes sont :

- «que l'offre de service en réadaptation demeure à proximité du milieu de vie des individus ;
- que l'offre de service en réadaptation se situe en conformité avec le cadre de référence du programme ;
- que l'organisation des services permette le maintien de l'implication des partenaires dans le réseau ;
- que l'organisation des services permette d'atteindre les cibles clientèles visées ;
- que chaque centre de santé et de services sociaux identifie un guichet pour l'accès aux services du Programme Traité santé à sa population.³

MODÈLES SOUTENANT L'INTERVENTION DU PROGRAMME TRAITÉ SANTÉ⁴

1.1 Modèle de la problématique d'intervention du Programme Traité santé

La réadaptation des maladies chroniques fait interagir de multiples facteurs (cliniques, médicaux, biologiques, culturels et psychosociaux, etc.) réunis au sein d'une problématique complexe. Ce modèle de problématique d'intervention, soit le modèle causal, réalise l'intégration de diverses perspectives théoriques et pratiques, une représentation graphique des principales variables agissant dans la problématique de réadaptation des maladies chroniques, et met en évidence les chaînes de causes à effet qui les unissent. Ainsi, en polarisant l'attention sur les variables les plus significatives et sur leurs relations causales, le modèle se transforme en outil pratique et concret pouvant faciliter la compréhension de l'intervention.

1.2. Modèle logique d'intervention du Programme Traité santé

Le modèle logique d'intervention résume en une page les intentions, la logique d'intervention, les produits (biens et services livrés) et les résultats (effets) du programme. Cette synthèse favorise la compréhension partagée du programme et peut servir de soutien efficace à la communication entre les différents acteurs et parties prenantes.

L'important n'est pas la vitesse d'implantation, mais la direction prise.

Cette direction peut évoluer, car l'environnement change. Des mécanismes doivent être mis en place pour toujours avoir cette direction en tête et la faire évoluer. Pour s'y rendre, il faudra maintenir une structure souple et réaliste compte tenu du contexte professionnel, organisationnel et budgétaire.

La problématique et la logique d'intervention en réadaptation du Programme Traité santé, déployé en 2001 dans la région de la Capitale-Nationale, sont schématisées dans les deux figures suivantes, produites par le Centre de recherche et d'expertise en évaluation (CREXE) de l'École nationale d'administration publique (ENAP) de Québec, dans le cadre de travaux en évaluation.

³ Comité consultatif du Programme régional Traité santé, compte rendu du 15 septembre 2004.

⁴ Centre de recherche et d'expertise en évaluation (CREXE), *Rapport préliminaire, étude préparatoire à l'évaluation du Programme Traité santé*, Université du Québec École nationale d'administration publique, Université du Québec, 14 juin 2005.

Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques

Figure 1.2 Modèle causal de la problématique d'intervention du Programme Traité santé

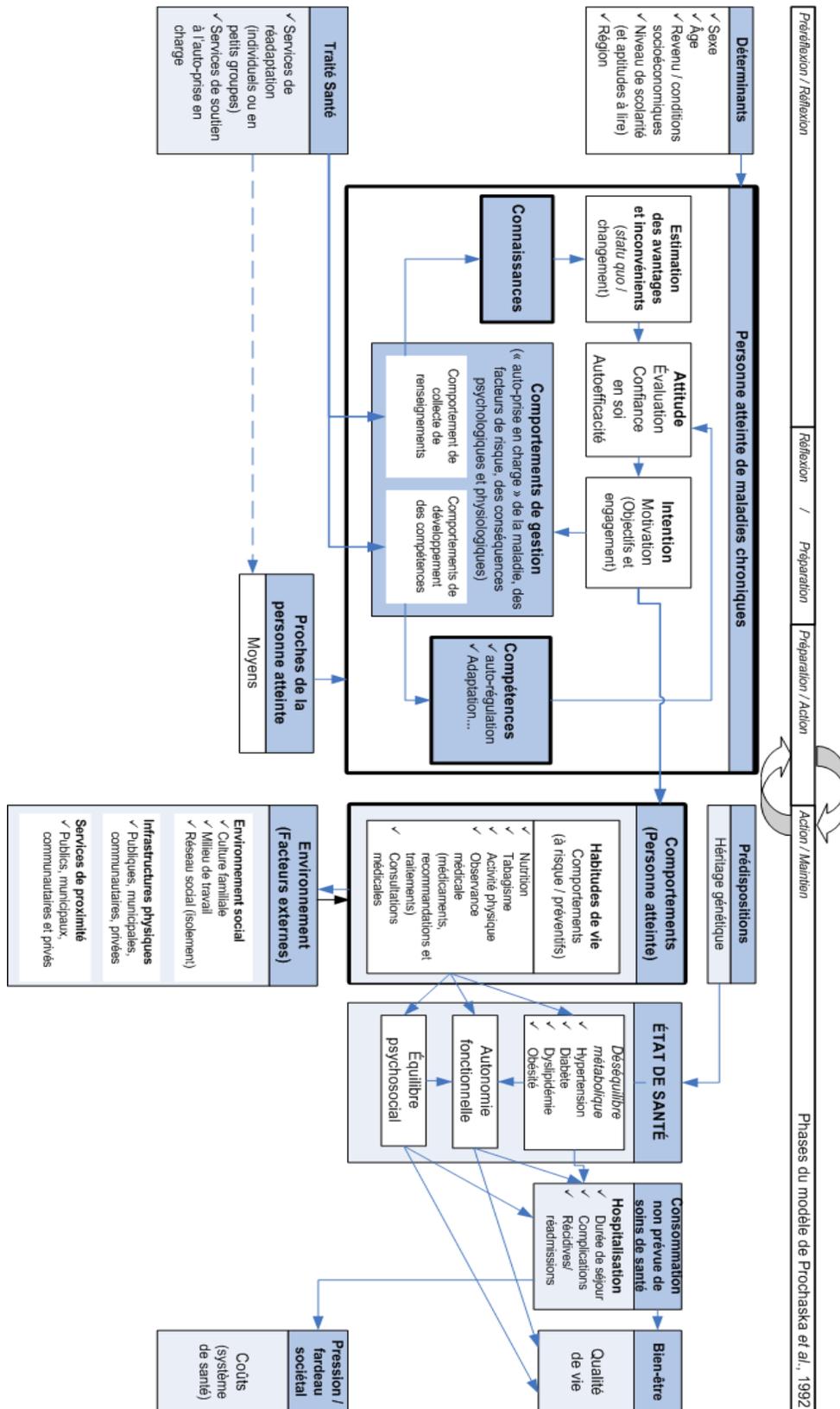
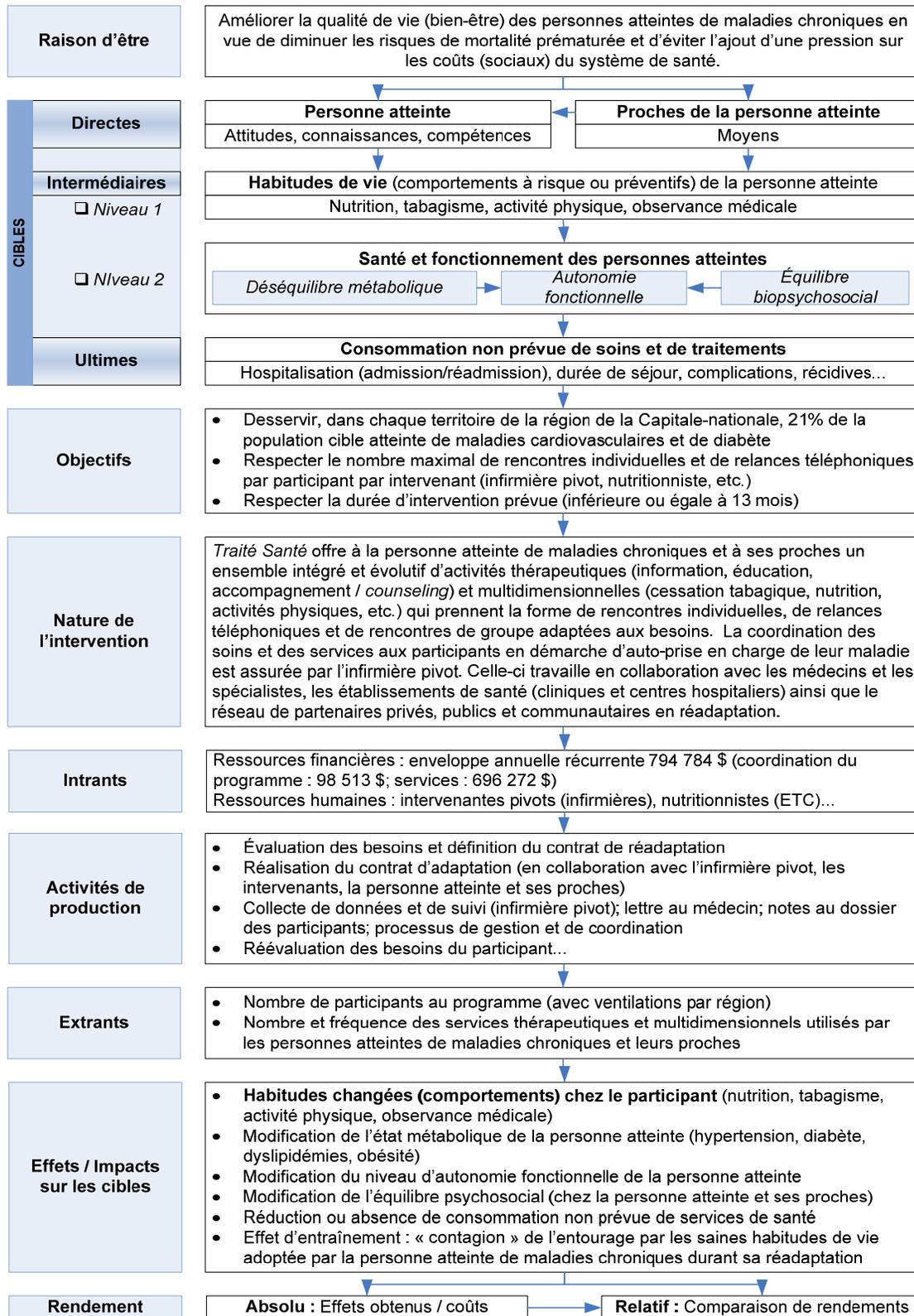


Figure 1.3 Modèle logique d'intervention du Programme Traité santé



Source Figures 1.2 & 1.3 : Centre de recherche et d'expertise en évaluation (CREXE) de l'École nationale d'administration publique (ÉNAP) de Québec.

Chapitre 2

LES ORIENTATIONS DU PROGRAMME

2. LES ORIENTATIONS DU PROGRAMME

2.1 Clientèle cible

Le Programme *régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques de la région de la Capitale-Nationale* s'adresse, dans une première phase, à toutes les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires ou de diabète, et ce, sans égard à la sévérité apparente de leur condition. En effet, les impacts sur la qualité de vie, ainsi que la prévention des complications, sont plus importants pour les clientèles à haut et à moyen risque que pour celles à faible risque. De plus, leurs proches sont également visés. Ces derniers ne sont pas simplement des personnes en soutien, mais aussi en besoin.

Dans sa deuxième phase, les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pourront intégrer le programme.

2.1.1 Critères d'admissibilité

Les critères d'admissibilité au programme sont :

- adulte et ses proches résidant dans la région de la Capitale-Nationale;
- adulte ayant les capacités mentales requises pour participer à un programme de réadaptation;
- adulte désirant s'engager dans une démarche de réadaptation et apte à participer aux différentes activités;
- adulte dont le diagnostic principal se retrouve parmi les suivants :
 - maladie coronarienne athérosclérotique (angine, pontage, angioplastie, etc.);
 - insuffisance cardiaque compensée ;
 - cardiomyopathie ;
 - transplantation cardiaque ;
 - remplacement valvulaire ;
 - maladie vasculaire périphérique ;
 - arythmie cardiaque sévère ;
 - diabète ;
 - maladie pulmonaire obstructive chronique (en phase II)

2.1.2 Caractéristiques de la clientèle atteinte

L'annonce d'un diagnostic de maladie chronique provoque un choc psychologique éprouvé par la personne atteinte et aussi par ses proches. Ce choc induit un grand potentiel de déstabilisation : il peut s'agir dans certains cas d'une confrontation avec la mort, de menace pour l'avenir, d'atteinte à l'intégrité et à l'image de soi, d'insécurité, d'appréhension des changements à introduire dans le style de vie, de l'éveil d'un questionnement existentiel accompagné d'une inévitable anxiété, de la crainte d'une invalidité permanente.

Sur les plans physiologique, psychologique ou social, certaines personnes traversent un tel événement en mode de crise, c'est-à-dire que l'événement bouleverse temporairement la dynamique de tous les systèmes. Sur le plan psychologique, l'état de crise se traduit par une incapacité transitoire à composer avec l'anxiété qu'entraîne cet état. Les mécanismes de défense habituels de la personne ne suffisent plus. Ce phénomène se manifeste autant chez la personne atteinte que chez ses proches. Il constitue, dans de telles circonstances, une réponse normale et non pathologique. Les intervenants doivent être vigilants quant à ce phénomène et pouvoir déceler les situations les plus à risque¹.

2.1.3 Les proches des personnes atteintes

Les personnes atteintes de maladies chroniques constituent la première clientèle du programme. Par contre, les proches de ces personnes doivent être considérés comme étant en position de soutien, mais aussi en position de besoin.

La notion de personne proche varie selon chaque individu. Le proche est le conjoint, un ami ou un parent. Ces personnes peuvent demeurer sous le même toit que la personne atteinte, dans les environs, ou encore à une grande distance. Ce qui importe surtout, c'est que le proche soit une personne significative aux yeux du participant au programme.

Deux rationalités sont en conflit potentiel lorsque apparaissent des problèmes chroniques : d'abord, celle de la personne atteinte, ensuite celle de ses proches. La personne aux prises avec un problème de santé chronique peut être à la fois déprimée, révoltée, anxieuse, tout en tentant aussi de redécouvrir ses forces, de connaître ses limites et de les tester. Ses tentatives de découvrir de nouvelles limites auront habituellement pour effet de diminuer l'anxiété.

Quant aux proches, ils éprouvent eux aussi de l'anxiété. Ils ont peur de perdre leur conjoint ou leur ami et souvent, ils ne veulent pas que ce dernier se place en position de vulnérabilité. En outre, plusieurs d'entre eux ont une méconnaissance de la réadaptation. Parfois le proche est presque autant affecté et désorganisé dans ses propres dimensions psychosociales, ce qui rend son action de soutien plus difficile et pourra même, à l'occasion, interférer négativement dans le processus de réadaptation de la personne atteinte de maladies chroniques.

Au besoin, les proches recevront des services tels des activités éducatives ou du counseling adaptés à leurs besoins personnels et à leur rôle d'aidant. Si les intervenants et la personne touchée par le problème de santé reconnaissent les besoins des proches, ces derniers collaboreront de façon plus concrète et soutenue et le potentiel de réadaptation de la personne atteinte de maladies chroniques s'en trouvera accru. Dans la mesure du possible, et selon la volonté des personnes concernées, le proche devrait :

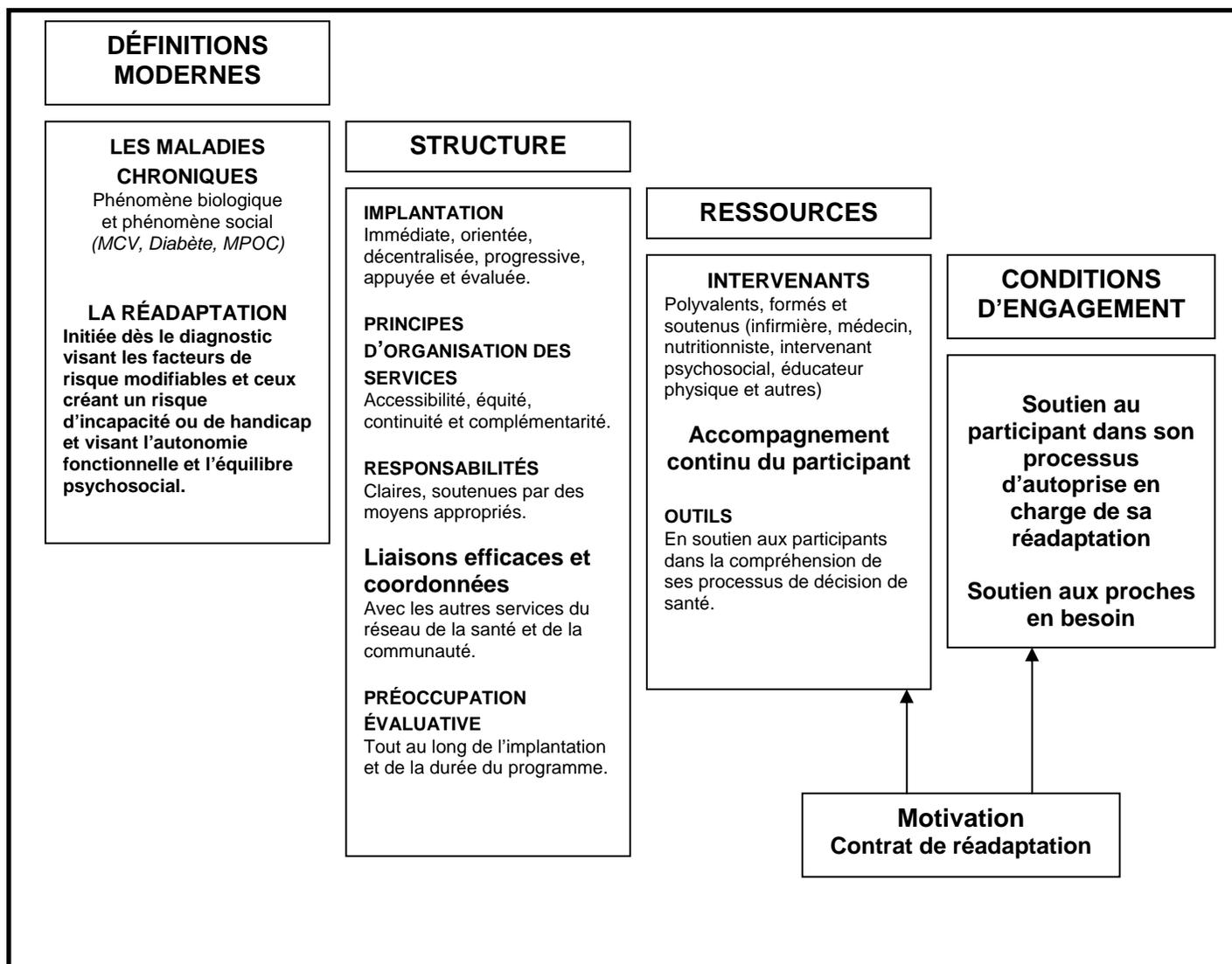
- participer aux activités nécessaires pour stabiliser sa propre situation, si requis;
- s'engager dans des activités, individuelles ou de groupes, organisées pour le participant dans le cadre du programme de réadaptation.

¹ SERGE DUMONT et JEAN JOBIN, «La réintégration au travail des personnes ayant survécu à un infarctus du myocarde : Mise à jour et voies de développement pour l'intervention clinique», *Canadian Journal of Cardiology*, 1992;8(6):620-626.

2.2 Assises du programme

Les assises décrites dans la présente section sont à la base des orientations, des objectifs et des moyens retenus pour le programme; elles guideront les décisions des intervenants et des gestionnaires. Certaines sont des définitions, d'autres relèvent davantage des principes ou des valeurs destinés à guider à la fois l'intervention et la gestion ainsi que la mise en place du programme. Les assises, présentées à la figure 2.1, agissent comme toile de fond.

Figure 2.1 LE PROGRAMME RÉGIONAL DE RÉADAPTATION POUR LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIES CHRONIQUES



2.2.1 Définitions modernes de la maladie chronique et de la réadaptation

Par définition, la maladie chronique est une maladie de longue durée, caractérisée par des symptômes légers et évoluant parfois vers la récupération ou vers le décès par cachexie ou par complication d'une maladie aiguë². La maladie chronique a un développement graduel et une durée indéfinie. Le cancer, l'athérosclérose, l'emphysème, l'hypertension et le diabète en sont des exemples.

— LA MALADIE CHRONIQUE : UN FAIT AUTANT SOCIAL QUE BIOLOGIQUE

La maladie chronique est considérée autant comme un fait social que biologique. Il est reconnu que la maladie est le résultat de l'interaction de divers facteurs qui peuvent être liés à l'individu par son mode de vie, son occupation, ses facteurs psychologiques, ses facteurs biologiques et génétiques. Ils peuvent aussi être liés à son environnement par des facteurs écologiques, économiques et culturels et par l'environnement social, ce qui inclut la famille, le réseau de soutien et la communauté.

Cette définition s'appuie sur le concept de processus de production des handicaps proposé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1980 et révisé dans la *Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé* (CIFHS)^{3 4}. Ainsi, « le fonctionnement d'une personne dans un domaine particulier est déterminé par l'interaction ou une relation complexe entre le problème de santé de la personne et les facteurs contextuels (c'est-à-dire les facteurs environnementaux et personnels) ». L'annexe 3 présente un schéma explicatif des interactions entre les composantes de la CIFHS.

Les variables biocliniques déterminent peu l'invalidité. Il est reconnu que la perception qu'a l'individu de ses capacités est plus déterminante que la sévérité de sa maladie⁵. Dans la majorité des cas, l'adaptation à la maladie, davantage que la maladie elle-même, semble le meilleur indicateur de la récupération de la qualité de vie et de la réintégration au travail.

— LA RÉADAPTATION

La réadaptation se définit comme l'ensemble des stratégies d'intervention mises en place afin d'améliorer ou de maintenir une personne, de façon autonome, à un niveau de fonctionnement optimal sur les plans physique, psychologique, affectif, social et professionnel⁶.

² Bérubé, Louise. *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*, Les Éditions de la Chenelière Inc., 1991, p. 126.

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : un continuum intégré de services en déficience physique, Orientations ministérielles en déficience physique*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, Référence 8.

⁴ *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, entérinée par la cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la santé le 22 mai 2001 (résolution WHA54.21).

⁵ R.S. Lazarus et S. Folkman, *Stress, Coping and Appraisal*, New York, Springer, 1984.

⁶ J. JOBIN, F. MALTAIS, P. POIRIER, P. LEBLANC et C. SIMARD (sous la dir. de). *Advancing the Frontiers of Cardiopulmonary Rehabilitation*, Windsor, Human Kinetics, 2002, p. 2-8.

Le processus de réadaptation a pour but d'optimiser l'autonomie fonctionnelle et l'équilibre biopsychosocial, de réduire les facteurs de risque modifiables et ceux susceptibles de provoquer des incapacités ou des handicaps. La réadaptation intègre également des stratégies d'intervention de la prévention secondaire et elle doit avoir une approche systémique et une vision d'ensemble, impliquant des activités intégrées et coordonnées de façon holistique^{7 8}.

La réadaptation doit débuter dès l'identification de la maladie ou de la stabilisation des symptômes. Elle est une composante nécessaire du plan d'intervention et de services individualisés et est constituée d'un ensemble intégré d'activités thérapeutiques (interventions éducatives, traitement, counseling, séances de groupe) ou toute autre activité liée à la réadaptation. L'annexe 4 des lignes directrices reprend les valeurs cibles recommandées dans le traitement.

Pour être optimale, la réadaptation doit se situer dans un continuum de services intégrés comprenant la prévention et la promotion de la santé, de même que des services généraux, spécialisés et surspécialisés en santé physique.

2.2.2 Autonomie et engagement du participant

En réadaptation, l'approche place le participant au centre de tous les processus. *Ses besoins et sa condition déterminent son programme. Il doit avoir le contrôle de sa prise en charge.* Il établit ses indicateurs de réussite (ses objectifs) et s'engage personnellement à les réaliser. Il est soutenu par des intervenants qui comprennent les stratégies reconnues pour appuyer son autogestion.

— LA PERSONNE AU CENTRE DU PROCESSUS

Les acteurs principaux de la réadaptation sont la personne atteinte et ses proches, le changement pouvant venir que d'eux.

L'approche globale de la personne considère les dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Le programme s'appuie sur l'autonomie de l'individu atteint et mise avant tout sur le potentiel des personnes.

Les participants réussiront à développer des habiletés qui les aideront à prendre en charge leur maladie chronique. La définition de Barlow, et autres, traduit bien le concept d'autoprise en charge : *« l'autoprise en charge de la maladie chronique, par les personnes qui en sont atteintes, constitue une habileté des personnes à gérer les symptômes, les traitements, les conséquences physiques et psychosociales de la maladie chronique, ainsi que les changements d'habitude et de mode de vie »*.⁹

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

⁷ J. JOBIN, F. MALTAIS, P. POIRIER, P. LEBLANC, C. SIMARD (sous la dir. de). *Advancing the Frontiers of Cardiopulmonary Rehabilitation*, Windsor, Human Kinetics, 2002, p. 2-8.

⁸ Arthur S. Leon, Barry A. Franklin and al., «Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease», *Circulation*, 2005; 111:369-376.

⁹ J. Barlow et al, «Self-Management Approaches for People With Chronic Conditions: a Review, *Patient Education and Counseling*», 2002(48):177-187.

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

– L'ENGAGEMENT DU PARTICIPANT

Cet élément du programme concerne les manifestations formelles de l'engagement de prise en charge du participant face à lui-même, à ses proches et aux intervenants significatifs; ceux-ci se concrétisent en deux temps. Premièrement, la personne démontre clairement l'intention de se prendre en charge et fait référence au « contrat d'intention ». Celui-ci n'est pas nécessairement formalisé par un engagement écrit. Une « signature émotionnelle » verbale peut aussi avoir tout son poids, en fonction du lien entre les parties. Deuxièmement, la personne s'engage à atteindre un certain nombre d'objectifs et, pour y parvenir, à réaliser certaines activités; cette seconde étape est reliée au « contrat de réadaptation ».

Le participant doit être partie prenante du programme qui lui est proposé. Si le contrat fixe des objectifs, son engagement dans l'établissement d'un contrat avec les intervenants de la santé permet d'accroître sa responsabilisation et favorise les changements comportementaux.

Le contrat respecte ainsi les compétences, les intérêts et la capacité du participant à atteindre les objectifs, ainsi que les compétences de l'intervenant qui propose des solutions optimales. Un exemple de contrat d'engagement figure à l'annexe 5.

2.2.3 Accompagnement continu des participants

À partir des besoins manifestés, l'accompagnement s'appuie sur des interventions continues auprès du participant pour :

- fournir les expertises nécessaires à sa prise de décision, à son autogestion de la maladie ;
- soutenir son processus de changement ;
- faire le point avec lui sur l'évolution de sa situation ;
- mettre le participant en contact avec les ressources de son milieu.

L'ensemble du processus de réadaptation ne doit pas être morcelé dans son cheminement, le participant a besoin d'un suivi coordonné, appelé « l'accompagnement continu ».

2.2.4 Approche globale

Les intervenants utilisent l'approche holistique compte tenu de l'importance d'aborder le participant au programme de façon globale et non compartimentée.

Chaque intervenant doit avoir les capacités d'agir de façon générale sur les déterminants psychosociaux, sur l'ensemble des facteurs de risque modifiables et sur le cheminement de l'autoprise en charge. Des services, couvrant toutes les dimensions reconnues du contenu du programme, doivent être proposés au participant.

L'approche négociée dans la relation participant/intervenant constitue une assise du *Programme de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques*. Cette relation est décrite dans un document du Collège des médecins du Québec et du Collège des médecins de famille du Canada, section Québec. Il représente un continuum de négociations combinant les niveaux de contrôle complémentaires entre le client et le médecin. L'annexe 6 illustre cette approche.

— LES INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES

L'accès aux interventions plus spécialisées nécessite la collaboration de ressources également spécialisées (services nutritionnels, psychosociaux et autres).

— LES INTERVENTIONS CENTRÉES SUR LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE

Deux types de facteurs sont identifiés et influencent les interventions :

- les facteurs de risque « classiques », comprenant les risques liés à la maladie tels l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le diabète, le tabagisme, la sédentarité ou l'obésité.
- les facteurs susceptibles d'influencer l'autogestion du participant sur sa condition et sa réadaptation. Certains de ces facteurs sont liés à la personne elle-même (difficultés psychologiques), tandis que d'autres se rapportent à l'environnement (isolement social ou liens avec le milieu de travail).

— LA MOBILISATION ET L'UTILISATION DES RESSOURCES DE LA COMMUNAUTÉ LOCALE

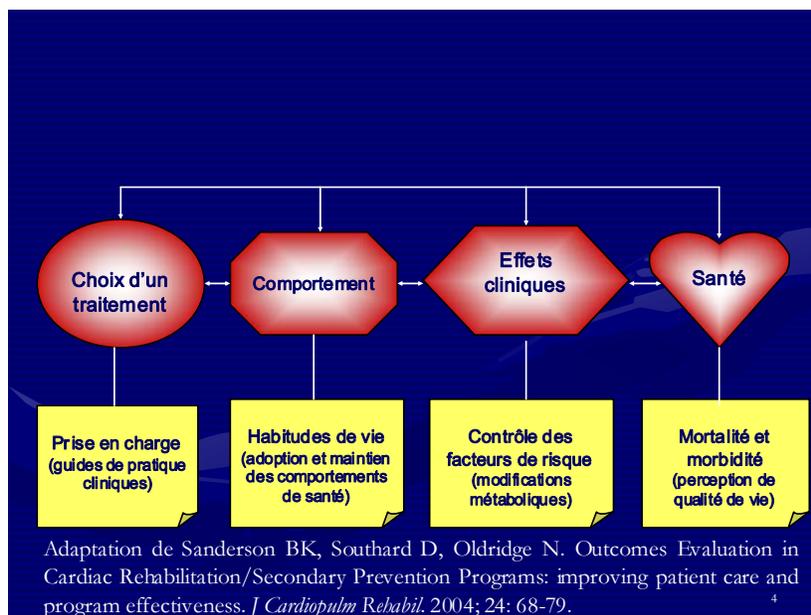
- L'accès au programme se fait le plus près possible du milieu de vie des participants.
- La mise en place et la consolidation de groupes de soutien et d'entraide dans la communauté facilitent le soutien social.
- La mobilisation du milieu de travail, considéré comme milieu de vie, fait partie des perspectives du programme.

2.2.5 Outils efficaces pour soutenir le participant dans la compréhension de ses processus de décision sur sa santé

La prise en charge des facteurs de risque est un processus complexe avec de nombreux éléments à considérer : choix par le médecin des traitements appropriés à chaque personne selon les guides de pratique clinique, observance aux traitements et comportements de santé par la personne atteinte, effets cliniques escomptés et obtention des impacts réel sur la santé, qualité de vie et morbidité. La figure 2.2 illustre les différents facteurs à considérer dans un programme de réadaptation des maladies cardiovasculaires¹⁰.

¹⁰ BK, Sanderson, D., Southard N., Oldridge. «Outcomes Evaluation in Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs: Improving Patient Care and Program Effectiveness», *J Cardiopulm Rehabil.* 2004; 24:68-79.

Figure 2.2. FACTEURS À CONSIDÉRER DANS DES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CARDIAQUE



Bien que la prise en charge des facteurs de risque est une responsabilité généralement assumée par le corps médical, le système de santé actuel ne permet pas aux médecins de s'investir pleinement dans l'application des stratégies d'intervention ayant démontré de l'efficacité au niveau des changements de comportement¹¹. Plusieurs études se sont intéressées à l'impact d'interventions de professionnels de la santé afin de favoriser l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie dans un contexte de réadaptation cardiaque^{12 13}. Afin d'appliquer des interventions efficaces, il est nécessaire de considérer les déterminants qui influencent ces comportements de santé. Certains facteurs psychosociaux, tels les croyances, la perception d'efficacité personnelle et de contrôle comportemental, ainsi que le soutien social ont démontré une relation intéressante avec l'adoption de comportements de santé^{14 15}. Ces concepts sont abordés, entre autres, dans le modèle de croyance relative à la santé¹⁶, la théorie

¹¹ NH. Miller, M. Hill, T. Kottke et al. «The Multilevel Compliance Challenge: Recommendations for a Call to Action. A Statement for Healthcare Professionals». *Circulation.* 1997;95:1085-1090.

¹² SM. Rawl, KL. Easton, S. Kwiatkowski et al. «Effectiveness of a Nurse-Managed Follow-up Program for Rehabilitation Patients After Discharge», *Rehabil Nurs.* 1998;23:204-209.

¹³ CM. Woodard, MJ. Berry. «Enhancing Adherence to Prescribed Exercise: Structured Behavioral Interventions in Clinical Exercise Programs», *J Cardiopulm Rehabil.* 2001;21:201-209.

¹⁴ CM, Blanchard, KS. Courneya, WM. Rodgers et al. «Is the Theory of Planned Behavior a Useful Framework for Understanding Exercise Adherence During Phase II Cardiac Rehabilitation ?», *J Cardiopulm Rehabil.* 2003;23:29-39.

¹⁵ NB, Oldridge, DL. Streiner The Health Belief Model: Predicting Compliance and Dropout in Cardiac Rehabilitation. *Med Sci Sports Exerc.* 1990;22:678-683.

¹⁶ MH. Becker, DP. Haefner, SV. Kasl et al. «Selected Psychosocial Models and Correlates of Individual Health-Related Behaviors», *Med Care.* 1977;15:27-46.

sociale cognitive¹⁷, le modèle de changement de comportement par étape¹⁸ et la théorie du comportement planifié¹⁹.

Dans le cadre du *Programme Traité santé*, le modèle de changement de comportement par étape de Prochaska (1985) et le modèle de conviction-confiance développé par D^r Jacques Bédard servent à identifier les besoins en termes de motivation au changement. L'intervention infirmière proprement dite est guidée par le modèle conceptuel McGill, qui s'inspire de la théorie sociale cognitive et de l'approche familiale systémique.

Le modèle de changement de comportement par étape¹⁸ propose que dans un processus de changement, le comportement se situe dans un continuum pouvant être divisé en cinq étapes: préreflexion, réflexion, préparation, action et maintien. L'adoption et le maintien d'un nouveau comportement doivent se faire en respectant ces étapes. Cependant, il faut considérer que le changement de comportement ne progresse pas de façon linéaire, mais souvent selon un modèle de spirale. Il peut donc arriver, par exemple, que la personne retourne de la phase de maintien à la phase de réflexion. Les éléments descripteurs de ce modèle intègre les variables qui ont été abordées dans les autres théories de prédiction du comportement, particulièrement en ce qui a trait à la perception d'efficacité personnelle. Ce modèle est considéré comme un outil permettant de mieux situer les décisions du participant, sa motivation ou son absence de motivation à sa propre réadaptation. Il ne constitue pas un modèle d'intervention mais un outil complémentaire, afin de mieux identifier les besoins, et ce, particulièrement en intervention brève. Le modèle est décrit sommairement à l'annexe 7.

Parallèlement à ce modèle, un autre outil est utilisé pour aider la personne à identifier son niveau de confiance et de conviction dans sa démarche de changement. L'outil développé par le D^r Jacques Bédard intègre, entre autres, le modèle de changement de comportement par étape pour situer l'étape de changement et ainsi mieux comprendre le niveau de motivation de la personne. L'outil est détaillé à l'annexe 8 du présent document.

Le modèle conceptuel McGill^{20 21} est utilisé pour guider l'intervention infirmière. Selon ce modèle, le rôle de l'infirmière est d'aider la personne et sa famille à acquérir un état de santé optimal. La santé est interprétée en fonction d'un processus social d'apprentissage et d'adaptation (*coping*). L'apprentissage se définit comme la somme des habiletés acquises et il est influencé, entre autres, par la perception de la personne et sa famille de l'impact de la situation de santé. L'adaptation se définit comme étant tous les efforts déployés et les moyens utilisés par la personne et sa famille et il est influencé par les forces et les obstacles qu'ils perçoivent. Ce modèle s'inspire de la théorie sociale cognitive¹⁷ et de l'approche familiale systémique, ce qui implique que l'infirmière considère l'interdépendance des membres de la famille plutôt que leur individualité. Les interventions infirmières sont donc réalisées selon une

¹⁷ Bandura, A. *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*, New Jersey, Prentice Hall, 1986.

¹⁸ DiClemente et Prochaska, *The Transtheoretical Approach : Crossing Traditional Boundaries of Therapy*, Malabar, Krieger , 1994.

¹⁹ Ajzen, I. From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: J. Kuhl J. Beckmann editors. *Action Control : From Cognition to Behavior*, New-York: Springer-Verlag, 1985, p. 11-39.

²⁰ Allen, M. et M. Warner. «A Developmental Model of Health and Nursing», *Journal of family nursing*, 2002;8:96-135.

²¹ Gottlieb, L, et K. Rowat. «The McGill Model of Nursing: a Practice-Derived Model», *ANS Adv Nurs Sci*, 1987;9:51-61.

approche familiale systémique et favorisent l'apprentissage et l'adaptation de la personne et sa famille en regard de la réadaptation et prévention secondaire.

Différentes stratégies d'intervention peuvent être utilisées simultanément par l'infirmière. En effet, Burke et coll. (1997) ont publié une revue de littérature portant sur les stratégies d'intervention utilisées afin de rehausser l'observance des personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire en regard des recommandations²². Ils ont pu constater que des combinaisons de stratégies cognitives, éducationnelles et comportementales étaient généralement utilisées et efficaces.

2.2.6 Responsabilités claires et partagées, soutenues par des moyens appropriés

– DES RESPONSABILITÉS CLAIRES, SOUPLES ET ÉVOLUTIVES

- Les responsabilités qu'implique le programme sont reliées aux mandats de base des organisations et aux responsabilités des intervenants ;
- elles sont partagées par les intervenants et les organismes concernés ;
- elles sont suffisamment claires pour être opérationnelles, mais assez souples pour s'adapter aux particularités locales des territoires et à l'évolution du programme.

– DES RESPONSABILITÉS SOUTENUES PAR DES RESSOURCES ET DES MOYENS APPROPRIÉS

Les ressources doivent être planifiées et rendues disponibles par les instances locales et régionales concernées, de façon à optimiser les ressources existantes, le but ultime étant d'assurer la pérennité des actions mises en place. Ces responsabilités sont détaillées au chapitre 7.

²² Burke, LE, JM. Dunbar-Jacob et MN. Hill. «Compliance With Cardiovascular Disease Prevention Strategies: a Review of the Research», *Ann Behav Med*, 1997;19:239-263.

2.3 Buts du programme²³

BUTS POUR LE PARTICIPANT	BUTS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET POUR LA SOCIÉTÉ
<p>Sur les plans psychosocial et professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établir les meilleures conditions psychologiques, sociales et professionnelles possibles. • Éviter que la maladie ne conduise à l'invalidité. • Réduire les conditions défavorables à la prise en charge, telles que les facteurs risquant de créer des incapacités ou des handicaps (voir les définitions à l'annexe 3). • Assurer le soutien nécessaire aux proches des participants, tant pour leur rôle d'aidant que pour leurs propres besoins. <p>Sur le plan biologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que les personnes atteintes de maladies chroniques apprennent à mieux gérer la maladie. • Améliorer la santé de la personne et sa capacité physique au travail. • Ralentir ou interrompre la progression, ou encore favoriser la régression de la maladie chronique. • Améliorer la gestion des facteurs de risque. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre accessible un programme régional de réadaptation conforme aux normes et aux consensus les plus récents dans le domaine. • Privilégier une approche réseau par le développement de partenariat. • Diminuer le recours aux services de deuxième et troisième ligne du système de santé. • Utiliser de façon optimale des ressources (humaines, financières, physiques, matérielles et informationnelles) de la région. • S'assurer que les personnes atteintes de maladies chroniques soient plus actives dans la société.

²³ Le but signifie « le point qu'il est proposé d'atteindre ». Après avoir défini un problème ou une situation problématique qui consiste en fait au point de départ, c'est la situation idéale souhaitée au terme du programme. »

2.3.1 Objectifs²⁴ optimaux au regard du participant et des proches

L'approche du programme est globale et vise l'atteinte optimale d'un ensemble d'objectifs de différente nature pour les participants. Rappelons que la clientèle du *Programme de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques* est composée en phase 1 de personnes souffrant de problèmes cardiovasculaires connus ou de diabète, et de leurs proches. La clientèle atteinte de MPOC sera intégrée ultérieurement.

Des objectifs (critères de réussite) sont proposés sur trois plans :

- le plan psychosocial;
- le plan des habitudes de vie;
- le plan biologique.

Ces trois types d'objectifs sont interreliés. Par exemple, l'atteinte d'objectifs sur le plan des habitudes de vie, telles qu'inclure l'activité physique dans son quotidien ou diminuer sa consommation de sel, influence l'atteinte d'objectifs sur le plan biologique, tels qu'abaisser sa pression artérielle.

Dans une perspective de réadaptation, les deux premières catégories d'objectifs ont beaucoup d'importance, puisque le participant peut intervenir directement sur ceux-ci.

C'est le participant qui détermine lui-même son niveau souhaité d'atteinte de résultats et ses critères de réussite. Les objectifs plus particuliers et les principales stratégies ou actions pour atteindre ces objectifs sont présentés plus loin.

— OBJECTIFS GÉNÉRAUX AU REGARD DU PARTICIPANT ET DES PROCHES

Au plan psychosocial :

Premièrement :

- stabiliser (pour le participant et, le cas échéant, pour ses proches) les conditions psychologiques et sociales aiguës (dépression, déni sévère, incapacités transactionnelles, difficultés graves d'adaptation, etc.) à un niveau permettant la participation au programme de réadaptation.

Ensuite :

- identifier les difficultés et les solutions au regard du processus de réadaptation;
- améliorer chez le participant le degré de confiance en soi et en ses capacités;
- maintenir le niveau d'autonomie des personnes atteintes de maladies chroniques dans la société, dont le niveau d'emploi;
- susciter l'engagement de la famille et des proches;

²⁴ Un objectif est « l'énoncé d'un résultat à atteindre relativement à l'état de santé ou de bien-être de la clientèle ciblée. Il vient préciser le but. »

- favoriser la reprise des rôles sociaux et le retour au travail;
- optimiser l'indice d'autoévaluation de la qualité de vie;
- optimiser le profil adaptatif de la personne;
- diminuer le risque de détresse psychologique;
- améliorer la gestion du stress.

Au plan des habitudes de vie :

- viser la cessation tabagique;
- améliorer les habitudes alimentaires;
- augmenter la pratique régulière d'activités physiques;
- prendre correctement les médicaments prescrits.

Au plan physiologique :

- optimiser la capacité fonctionnelle (physique), soit :
 - a) la capacité physique générale permettant de réaliser les activités de la vie quotidienne;
 - b) la capacité physique permettant, de façon sécuritaire, la pratique de loisirs actifs et la réalisation du travail;
- améliorer le profil lipidique;
- diminuer le tour de taille ou l'obésité abdominale;
- abaisser l'indice de masse corporelle (IMC);
- diminuer la pression artérielle au repos et à l'effort;
- améliorer le taux de glycémie.

— OBJECTIFS SPÉCIFIQUES²⁵ CONCERNANT L'ORGANISATION DES SERVICES DU PROGRAMME

- Solliciter les personnes ayant des problèmes engendrés par les maladies chroniques à participer au programme;
- offrir le programme de façon équitable et le plus près possible du milieu de vie de la personne;
- arrimer le programme aux réseaux de services dans la région;
- proposer une offre de service de réadaptation à la personne atteinte et à ses proches reposant sur une co-évaluation des besoins;
- considérer les besoins des proches, tant comme clients eux-mêmes que comme aidants;
- consolider les mécanismes formels d'accompagnement continu soutenus par des moyens efficaces de liaison;
- mettre en place ou consolider des groupes de soutien et d'entraide dans la communauté;
- poursuivre la coordination au plan scientifique, opérationnel et sectoriel;
- promouvoir à tous les niveaux de services le programme dans toutes ses composantes;
- former les intervenants du programme à l'approche holistique, aux compétences relatives au « contrat d'intervention » et aux contenus de base des différents éléments du programme.

²⁵ « L'objectif spécifique vient préciser davantage les intentions en indiquant le sens du changement souhaité chez la clientèle ciblée. Celui-ci permet d'identifier les dimensions du problème sur lesquelles il faut agir de manière à atteindre le but et les objectifs généraux. »

Chapitre 3

MODÈLE GÉNÉRAL D'INTERVENTION

3. MODÈLE GÉNÉRAL D'INTERVENTION

Le *Programme Traité santé* est élaboré pour répondre à la phase active de la réadaptation. Il est étroitement lié à toutes les étapes par lesquelles la personne atteinte de maladies chroniques transite. Ces étapes sont :

- 1) le dépistage;
- 2) l'évaluation de base;
- 3) la réadaptation active;
- 4) le maintien.

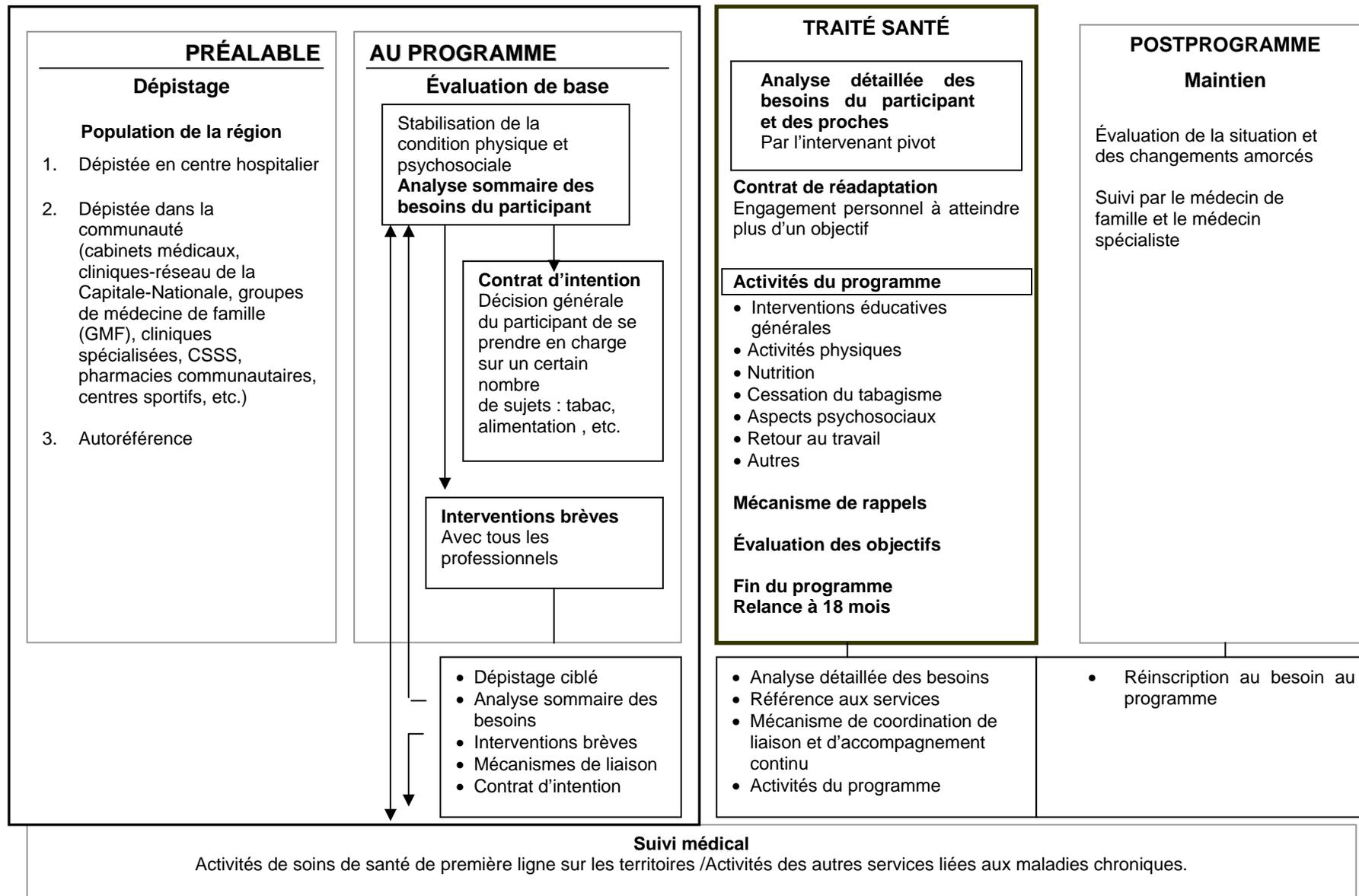
Les phases identifiées ci-dessus ne sont ni étanches ni linéaires et facilitent la compréhension du programme, sa planification et sa mise en œuvre.

Aux fins de planification, le programme est découpé en quatre phases regroupant chacune un ensemble de services (la gamme de services) que reçoit chronologiquement le participant inscrit au programme. Ces services doivent donc être planifiés et organisés.

Cette section présente chacune des phases du processus de réadaptation et renseigne sur la nature des services à organiser en fonction du cheminement du participant. Elle comporte aussi une section particulière sur les mécanismes de liaison, lesquels constituent un élément clé du succès du programme.

La figure 3.1 présente une vue d'ensemble du programme, le cheminement des participants et les principaux services offerts sur leur territoire. Ce modèle général et macroscopique est établi en fonction du cheminement de la majorité des participants car il tient compte de ses besoins, est adapté en fonction de chacun et est influencé par l'offre de service dans chaque territoire.

Figure 3.1 Cheminement du participant



3.1 Cheminement du participant

Le *Programme Traité santé* est complémentaire au suivi médical. Il se situe dans un continuum de services et est défini dans le temps. La figure 3.1 illustre le cheminement du participant à travers ce continuum regroupant trois composantes principales :

1. la phase préalable à l'inscription au programme;
2. le programme lui-même;
3. la phase post-programme.

3.1.1 Phase préalable à l'inscription au *Programme Traité santé*

Cette phase se déroule à l'extérieur du programme et concerne principalement les partenaires du programme (CH, CSSS, médecins, personnes atteintes, etc.).

Pour l'inscription au programme, les participants doivent répondre à deux critères :

- avoir un diagnostic de maladie chronique établi par un médecin omnipraticien ou spécialiste;
- être motivé à s'engager activement dans un processus de réadaptation dans le but d'améliorer leur qualité de vie.

Cette phase exige deux sous-étapes :

- un dépistage;
- une évaluation de base.

– DÉPISTAGE

Les activités de dépistage visent à identifier les personnes atteintes de maladies chroniques susceptibles de bénéficier du programme.

Tableau 3.1 Dépistage des clientèles, phase préalable au programme

Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • lors de l'hospitalisation; • lors d'une consultation avec un professionnel de la santé; • lors d'activités dans la communauté.
Quoi ?	<p>Sont identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les critères d'inclusion; <ul style="list-style-type: none"> - adulte et ses proches résidant dans la région de la Capitale-Nationale; - adulte ayant les capacités mentales requises pour participer à un programme de réadaptation; - adulte désirant s'engager dans une démarche de réadaptation et apte à participer aux différentes activités du programme; - adulte avec un diagnostic principal de maladies chroniques (MCV ou diabète). • les facteurs de risque (biologiques et psychosociaux) à l'origine de la maladie; • les facteurs facilitants ou contraignants.
Par qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • au moment de l'hospitalisation pour un diagnostic de maladie chronique, le participant est dépisté par le médecin, une infirmière ou tout autre intervenant. • dans la communauté, le dépistage se fait principalement par: <ul style="list-style-type: none"> - un médecin (unité de médecine familiale, cliniques-réseau de la Capitale-Nationale, CSSS, cabinet médical, groupes de médecine de famille (GMF), lors de consultations externes en CH); - un professionnel du CSSS (programmes services généraux, SAD et autres programmes ou cliniques spécialisées et GMF etc.); - un pharmacien du territoire; - une nutritionniste; - un intervenant en activité physique; - par tout autre professionnel de la santé.
Outils	<ul style="list-style-type: none"> • les documents suivants peuvent être utilisés pour la référence de la personne : <ul style="list-style-type: none"> - ordonnance médicale en guise d'orientation formelle; - documents informatiques du CH ou du CSSS ou GMF; - informations transmises pour demandes de soins et de services (DSIE); - dépliants du Programme régional Traité santé; • tout autre moyen de référence (courriel, boîte vocale, télécopieur).

3.1.2 Évaluation de base préalable au programme

Les activités d'évaluation de base visent à déterminer si le client accepte de s'engager dans une démarche de réadaptation afin d'améliorer sa qualité de vie. Durant cette phase, le participant est guidé vers les choix qu'il privilégie et les moyens adaptés à ses besoins lui sont proposés pour l'aider dans la prise en charge de sa santé.

Tableau 3.2 Évaluation de base préalable au programme

Début	Lors du premier contact formel avec un intervenant de la santé.
Quand ?	Ces étapes nécessaires ne se parcourent pas en une seule rencontre : <ul style="list-style-type: none"> • lors de l'hospitalisation; • lors de la prestation de services à domicile; • lors d'une consultation avec un professionnel de la santé; • lors d'activités dans la communauté.
Quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • faire des interventions brèves en fonction des facteurs de risque identifiés ; • sensibiliser le client au pouvoir qu'il peut reprendre sur sa vie; • analyser l'importance et l'intérêt du client à se prendre en charge; • référer à l'infirmière pivot du programme si le client a un intérêt à prendre sa santé en charge; • informer sur le programme, sur la philosophie et les critères de base; • informer sur les autres ressources appropriées; • sensibiliser les proches des ressources disponibles dans la communauté.
Par qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • au moment de l'hospitalisation pour un diagnostic de maladie chronique, le participant est dépisté par le médecin, une infirmière ou tout autre intervenant. • dans la communauté, le dépistage se fait principalement par: <ul style="list-style-type: none"> - un médecin (unité de médecine familiale, cliniques-réseau de la Capitale-Nationale, CSSS, cabinet médical, groupes de médecine de famille (GMF), lors de consultations externes en CH); - un professionnel du CSSS (programmes services généraux, SAD et autres programmes ou cliniques spécialisées et GMF etc.); - un pharmacien du territoire; - une nutritionniste; - un intervenant en activité physique; - par tout autre professionnel de la santé.
Comment	<ul style="list-style-type: none"> • établir un contrat d'intention verbal; • faire la référence au programme (voir annexe 9); • aider le client à cheminer vers son autoprise en charge lors de contacts ultérieurs.
Fin	Cette phase se termine au moment où la personne s'engage à se prendre en charge sur un certain nombre de sujets relatifs à ses facteurs de risque.

3.1.3 Phase de réadaptation active : Traité santé

Cette phase de réadaptation active constitue le programme lui-même. Cette phase est basée sur l'engagement formel du participant à se prendre en charge sur un certain nombre de sujets relatifs à sa qualité de vie et à ses facteurs de risque. Le programme offre des services intégrés de réadaptation multifactorielle visant l'autoprise en charge de sa santé par le participant. En plus de l'accompagnement continu de la personne dans son processus, elle et ses proches ont accès à des services spécifiques de réadaptation.

Tableau 3.3 Phase active de réadaptation : *Programme Traité santé*

Début	Lors de l'engagement formel du participant à se prendre en charge sur un certain nombre de sujets relatifs à sa qualité de vie et à ses facteurs de risque
Quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • processus d'évaluation des besoins du participant (voir annexe 10); • définition du contrat de réadaptation; • engagement du participant à : <ol style="list-style-type: none"> 1) atteindre un certain nombre d'objectifs et à réaliser un certain nombre d'activités dans au moins deux volets dont : <ul style="list-style-type: none"> • interventions éducatives générales; • un des volets concernant ses facteurs de risque personnels, tels que l'alimentation, le tabac et le stress, etc. 2) poursuivre son suivi médical avec son médecin traitant. • réalisation des activités prévues au plan d'intervention; • orientation vers les services spécialisés; • réévaluation des besoins du participant.
Par qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • équipe multidisciplinaire du secteur : <ul style="list-style-type: none"> - infirmière pivot, - nutritionniste; - kinésiologue/éducateur physique; - médecin conseil; • intervenant des ressources communautaires et tout autre partenaire du réseau.
Comment	<ul style="list-style-type: none"> • approche s'appuyant sur le respect des besoins et des intérêts du participant et tenant compte des facteurs facilitants ou limitants sa prise en charge; • accompagnement continu par l'infirmière pivot; • interventions spécifiques s'adaptant aux besoins évolutifs du participant.
Fin	<p>Cette phase active de réadaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • a une durée déterminée; • varie selon les participants en fonction de l'atteinte ou non des objectifs; • varie en fonction de l'ajout d'autres objectifs retenus par le participant.
Outils	<ul style="list-style-type: none"> • formulaire de référence ; • contrat de réadaptation ; • collecte de données, guide d'éducation et de suivi; • lettre au médecin (voir annexe 11); • lignes directrices d'intervention sur les facteurs de risque de MCV ; • outils spécialisés dans chacun des champs d'intervention (voir annexes) ; • mécanismes de liaison formels.

3.1.4 Phase de maintien postprogramme

Cette phase vise essentiellement le renforcement des comportements acquis lors de la participation au programme, et ce, dans une perspective d'autoprise en charge. Elle vise également l'identification des ressources de soutien que la personne peut se donner pour poursuivre son cheminement. Certains participants auront besoin de poursuivre certaines activités, lesquelles s'adressent à la population en général et peuvent être disponibles dans la région, par exemple des cours d'activités physiques ou des cours de cuisine communautaire.

Tableau 3.4 Phase de maintien postprogramme

Début	Cette phase débute après la réalisation du contrat de réadaptation, soit à l'atteinte des objectifs fixés par le participant.
Quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • réévaluation du niveau d'autoprise en charge en lien avec les objectifs préétablis; • Identification des moyens de soutien.
Par qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • infirmière pivot à 6 mois postprogramme; • médecin traitant; • partenaires dans la communauté.
Comment	<ul style="list-style-type: none"> • relances téléphoniques auprès du participant : <ul style="list-style-type: none"> - vérification du maintien des comportements; - renforcement de son autoprise en charge; - références aux partenaires ; • soutien ponctuel aux participants qui en font la demande.
Fin	<p>Cette phase active de réadaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • a une durée déterminée; • varie selon les participants en fonction de l'atteinte ou non des objectifs; • varie en fonction de l'ajout d'autres objectifs retenus par le participant.
Outils	<ul style="list-style-type: none"> • formulaire de référence ; • contrat de réadaptation ; • collecte de données, guide d'éducation et de suivi (voir annexe10); • lettre aux médecins ; • lignes directrices d'intervention sur les facteurs de risque de MCV ; • outils spécialisés dans chacun des champs d'intervention disponibles en annexe ; • mécanismes de liaison formels.

3.2 Modèle général d'intervention

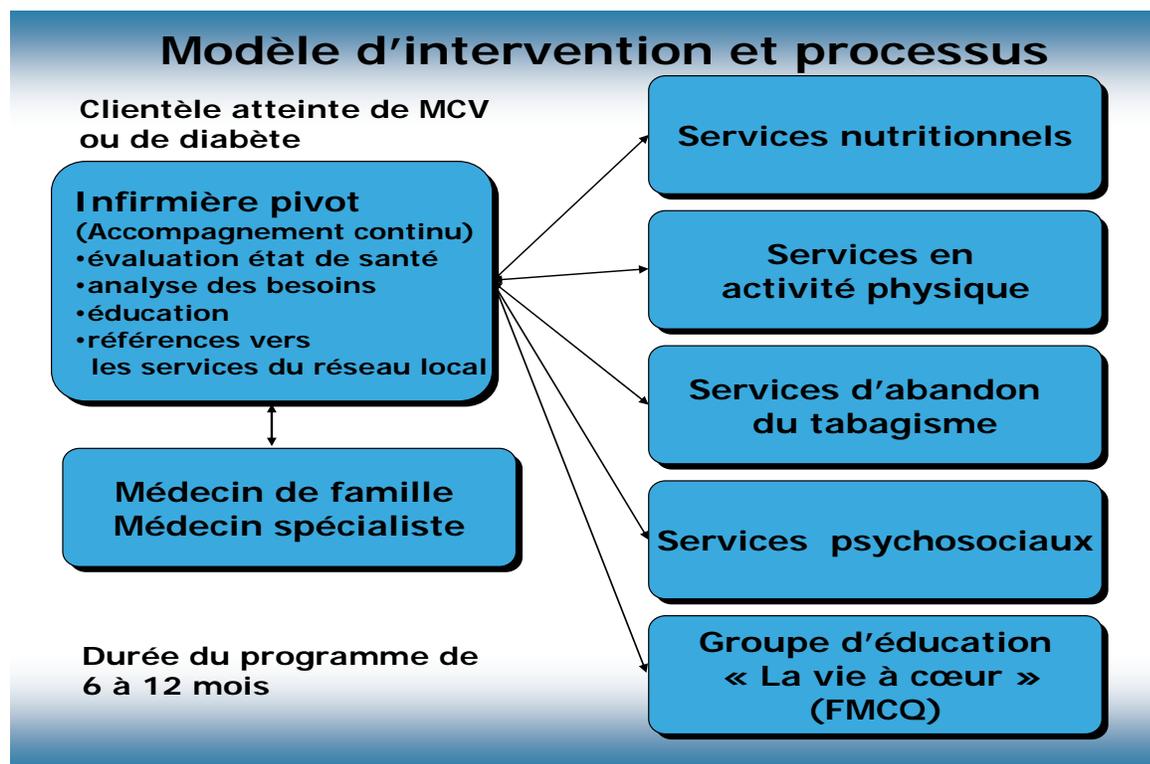
3.2.1 Modèle d'intervention

Le modèle d'intervention en réadaptation pour maladies chroniques est un processus constitué d'un ensemble intégré d'activités thérapeutiques. Ces activités sont amorcées le plus tôt possible afin d'optimiser l'autonomie fonctionnelle de la personne, de restaurer son équilibre biopsychosocial et de réduire les facteurs de risque modifiables associés à la maladie. Afin d'en maximiser l'efficacité, le programme de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques doit comporter un counseling biopsychosocial et socioprofessionnel, des interventions éducatives multidimensionnelles, ainsi que la pratique régulière d'activités physiques adaptées.

Ce modèle est évolutif et doit respecter à la fois les besoins et l'environnement du participant. Le programme se divise en trois grandes étapes :

- 1) processus d'évaluation des besoins du participant et définition du contrat de réadaptation;
- 2) réalisation des activités au plan d'intervention;
- 3) réévaluation des besoins du participant.

Figure 3.2 Modèle d'intervention et processus



– DESCRIPTION DES ÉTAPES DU PROCESSUS

- Étape 1 Processus d'évaluation des besoins du participant et de ses proches et définition du contrat de réadaptation :
- évaluation des besoins;
 - évaluation de la motivation au changement (voir annexe 8);
 - identification des facteurs de risque;
 - identification des facteurs facilitant et limitant la prise en charge;
 - entente sur le contrat de réadaptation : engagement de chacune des parties;
 - activités éducatives individuelles et de groupe en fonction des besoins.

Au cours d'une première rencontre (durée moyenne de 75 à 90 minutes), l'infirmière pivot procède à l'évaluation globale, aide la personne à se situer dans son processus de changement et à identifier ses capacités (*empowerment, self-efficacy*). Elle débute l'enseignement sur les manifestations de la maladie et sur quelques facteurs de risque et procède à l'orientation vers les services considérés prioritaires selon les besoins du client (services de nutrition, programmes d'éducation de groupe, etc.). Enfin, elle établit un calendrier de suivi et de relances téléphoniques pour assurer un accompagnement structuré.

- Étape 2 Réalisation des activités prévues au plan d'intervention :
- actualisation du plan d'intervention;
 - description des ressources du milieu;
 - suivi et orientation vers les services de réadaptation du territoire local et régional au besoin;
 - prestation des activités convenues au plan d'intervention.

Lors de la deuxième rencontre (durée moyenne de 60 minutes), l'infirmière pivot dresse un court bilan des changements amorcés (réussites et difficultés), puis poursuit l'enseignement prévu au plan d'action.

Entre les rencontres, l'infirmière fait des relances téléphoniques (durée moyenne de 15 à 20 minutes) au cours desquelles il y a un retour sur l'état de santé du participant, sur les modifications amorcées en fonction des objectifs convenus et tout autre problème observé ou présenté.

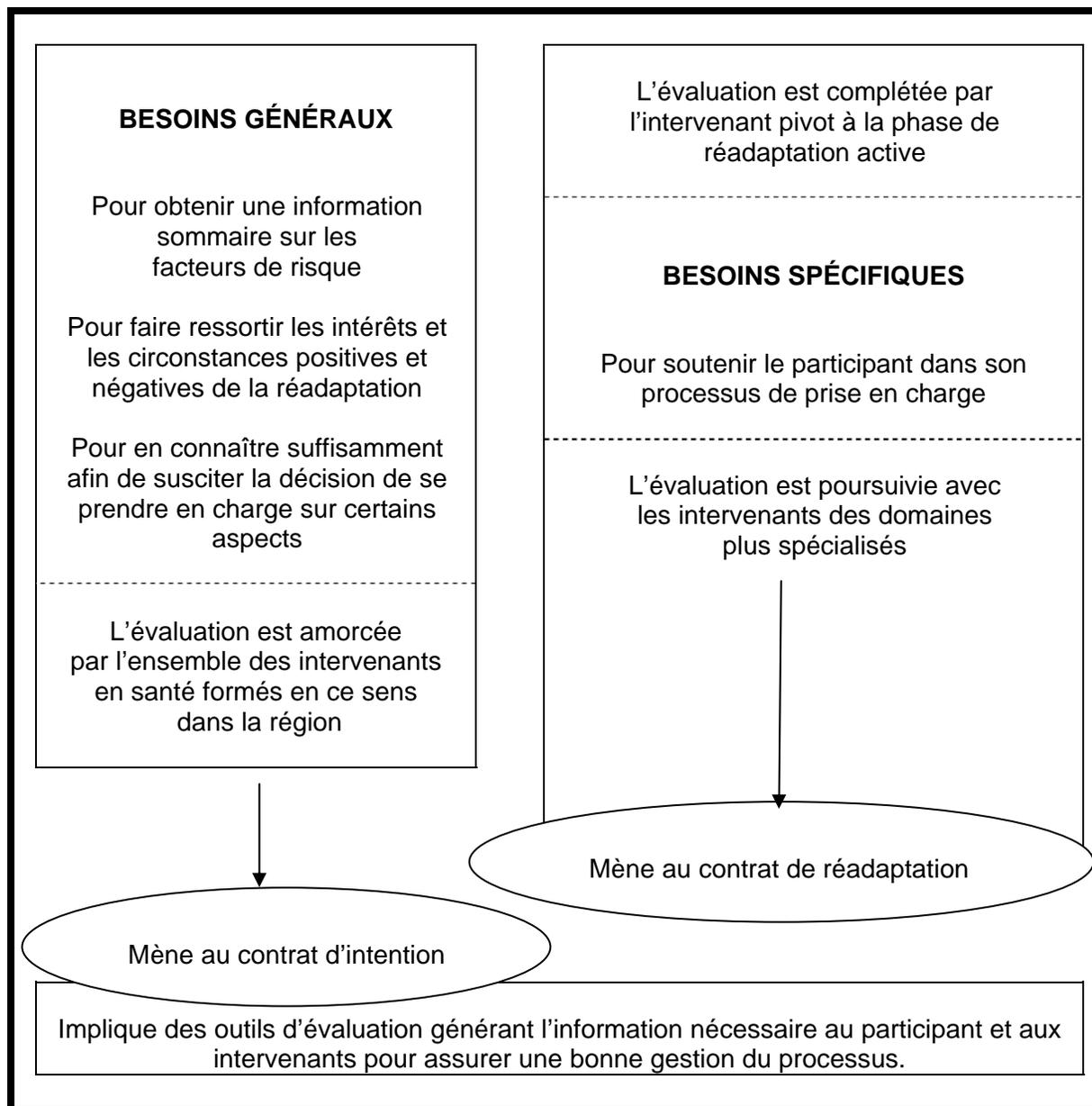
- Étape 3 Réévaluation des besoins du participant:
- réévaluation du plan de traitement initial;
 - identification des nouveaux besoins;
 - orientation vers de nouveaux services;
 - soutien à la personne dans son processus de changement, incluant l'identification de ses capacités (*empowerment, self-efficacy*);
 - identification des ressources de soutien pour le maintien de sa prise en charge.

À la fin des rencontres, une évaluation des objectifs et des résultats obtenus est réalisée afin de déterminer si le participant doit être dirigé vers d'autres services. La réadaptation est complémentaire au suivi médical du participant.

Tout au long du processus de réadaptation, deux types d'évaluation des besoins des participants sont réalisés :

- les évaluations générales, au début du processus et en cours de route, pour faire le point;
- les évaluations spécifiques, qui servent à préparer les interventions spécifiques.

Figure 3.3 Processus continu d'évaluation des besoins du participant



– LES QUATRE MOMENTS FORTS DE L'ÉVALUATION DES BESOINS

Bien qu'étant un processus continu, l'évaluation des besoins comporte quatre moments distincts. Dans certains cas, ils peuvent se dérouler simultanément, dans une même séquence. L'important est de reconnaître que l'évaluation comprend quatre temps forts.

Au moment des premiers contacts avec un intervenant de la santé, qui mèneront au premier engagement général à se prendre en charge : le « contrat d'intention »

À l'étape du contrat d'intention, il n'est pas nécessaire de définir chacun des aspects de l'état de santé et des facteurs de risque du participant. Il s'agit plutôt d'avoir les données et l'information utiles pour éclairer et soutenir le passage à l'action, ou pour expliquer les conséquences de l'inaction, que celle-ci soit temporaire ou non.

Les objectifs pour le participant, et le cas échéant pour ses proches, sont de :

- 1) détecter ses facteurs de risque psychologiques, tels que la dépression, le déni sévère, les problèmes transactionnels majeurs ou les problèmes d'adaptation;
- 2) préciser sommairement les facteurs de risque décelés au moment du dépistage;
- 3) définir les circonstances facilitantes ou limitantes, qui pourraient influencer sa réadaptation, comme la présence d'un réseau de soutien, les intérêts, les craintes générales de la personne et la volonté de se prendre en charge;
- 4) s'entendre avec l'intervenant sur ses intentions de réadaptation, par le « contrat d'intention ».

À ce moment, la mobilisation du participant et de ses proches sera soutenue la plupart du temps par une infirmière, un médecin ou tout autre professionnel pendant une hospitalisation, et dans la communauté, principalement par les médecins en cabinet ou en CSSS, par les infirmières en CSSS, en GMF et par les autres professionnels de la santé consultés.

Au cours de la rencontre initiale (et des rencontres subséquentes pour faire le point) avec l'infirmière pivot

Cette étape vise à :

- 1) compléter la collecte de données;
- 2) évaluer les besoins de changement, initier les activités d'enseignement et d'éducation et orienter le participant vers les différents services ciblés;
- 3) consolider ou terminer le plan de traitement;
- 4) définir les besoins de soutien et s'entendre sur les modalités.

À cette étape, l'évaluation des besoins du participant relèvera des infirmières pivots, en collaboration avec le participant.

Au cours des rencontres subséquentes avec les intervenants

Le programme prévoit une réévaluation des besoins au cours des rencontres subséquentes avec les intervenants spécialisés dans un domaine particulier (tabagisme, activité physique, nutrition, etc.), pour aider le participant à atteindre un certain nombre d'objectifs déterminés par lui et à réaliser, par conséquent, un certain nombre d'activités.

Cette étape vise à :

- 1) évaluer de façon globale la situation du participant;
- 2) déterminer les circonstances positives et négatives qui influencent l'atteinte des objectifs et la participation aux activités prévues au plan de traitement;
- 3) s'entendre sur le contrat de réadaptation.

À cette étape, l'évaluation des besoins relèvera directement des intervenants engagés dans les parties du plan d'intervention et par les infirmières pivots du programme, en collaboration avec le participant.

À la fin du programme

Cette période vise à s'assurer de l'atteinte des résultats et à fournir au participant et à ses proches les outils permettant la poursuite du processus. L'orientation vers des ressources externes fait également parti des moyens pour le soutenir dans l'atteinte et le maintien de ses objectifs à long terme.

À cette étape, l'évaluation des besoins se fait par l'infirmière pivot, en collaboration avec le participant.

3.2.2 Principaux outils d'évaluation

Des outils généraux, polyvalents et régionaux

- Les outils sont utilisés par un ensemble d'intervenants surtout pour mener au contrat général de prise en charge, pour l'évaluation globale soutenant le modèle général d'intervention.
- Ils ne sont pas nécessairement tous utilisés de façon systématique, mais constituent une banque d'outils, des options pour faciliter la relation participant/intervenant, et comprennent :
 - la collecte de données (voir annexe 10);
 - la lettre adressée aux médecins traitants et spécialistes (voir annexe 11);
 - un contrat type;
 - la grille de facteurs influençant l'autoprise en charge;
 - la grille de calcul du risque.

Un certain nombre d'outils spécialisés et sectoriels

- Ces outils sont principalement utilisés pour des interventions spécialisées (tabagisme, activité physique, nutrition, etc.).

3.2.3 Contrat de réadaptation

Le contrat de réadaptation fait l'objet d'un engagement personnel du participant dans chacun des volets choisis, lui permettant une meilleure prise en charge globale. Il précise également les engagements des professionnels à son égard pour le soutenir dans sa démarche. Il facilite ainsi la concertation interprofessionnelle.

Ce contrat comprend, pour chaque volet de prise en charge, des moyens à utiliser et un échéancier. Il constitue le « tableau de bord personnel » du participant. Le contrat de réadaptation est soutenu par les intervenants spécialisés selon les types d'activité. De plus, il est révisé de façon périodique afin d'ajuster l'intervention en fonction des besoins particuliers des participants.

Le plan d'intervention individualisé est par la suite élaboré en fonction des éléments convenus au contrat de réadaptation.

3.2.4 Prestation des activités spécifiques

Les activités du programme se réalisent le plus souvent possible dans les territoires, à proximité du milieu naturel du participant. Les activités spécifiques, organisées dans un territoire, peuvent accueillir tant les participants du programme de réadaptation que d'autres personnes ayant besoin de ce service. Le Centre d'abandon du tabagisme et le *Programme d'éducation de la Fondation des maladies du cœur* (« La vie à cœur »), en sont des exemples.

Tel que mentionné à la figure 3.2, les activités spécifiques sont les services en nutrition, en activité physique, en cessation tabagique et en gestion du stress. Ces activités peuvent être offertes sous différentes formes selon les besoins des participants, le type de problème de santé qu'ils éprouvent et la disponibilité des ressources (humaines, physiques, financières ou autres). Les participants peuvent être orientés vers d'autres activités disponibles dans le territoire (à titre d'exemple : les ateliers de cuisine).

3.3 Accompagnement continu

L'accompagnement continu constitue un incontournable du programme. Ce principe s'applique à l'ensemble des intervenants associés au programme. Cette approche privilégie la coopération et la participation active de la personne.

L'accompagnement continu est un processus par lequel le participant est soutenu activement par les différents professionnels tout au long de sa démarche de réadaptation. Bien que l'infirmière pivot soit la personne de référence pour le participant tout au long du processus, des professionnels aux expertises diverses guideront le participant dans le choix des moyens appropriés pour l'atteinte des objectifs qu'il se fixe.

3.3.1 Rôle de la fonction pivot

Le concept d'intervenant pivot s'appuie sur un besoin de continuité et de concertation des soins et services offerts dans la communauté. La principale fonction de l'intervenant pivot consiste à planifier et à coordonner le plan de services individualisé, dans le but de répondre aux besoins du client. L'intervenant pivot est donc un professionnel, en l'occurrence une infirmière, qui évalue les besoins de la personne atteinte et de ses proches, et qui s'assure que le réseau répond à ceux-ci. Plus précisément, son rôle consiste à accueillir, à soutenir, à accompagner, à informer le client et à permettre la continuité entre les interventions des multiples acteurs. Ce rôle doit s'exercer dans une perspective de renforcement des capacités personnelles des clients, à l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire et en collaboration avec les ressources de la communauté¹.

Parmi ses fonctions, l'infirmière pivot doit planifier, organiser, coordonner et évaluer les activités concernant le programme de réadaptation. Elle vise à intégrer dans sa pratique les énoncés décrivant divers aspects de l'exercice de sa profession, soit : le partenariat infirmière/participant, la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le processus thérapeutique, la réadaptation fonctionnelle, la qualité de vie et l'engagement professionnel. Toutes ces perspectives de l'exercice de la profession infirmière sont des guides constants.

Les différentes activités de l'infirmière pivot sont présentées ci-dessous, mais dans la réalité, certaines sont souvent effectuées en simultanéité dans le temps. La logique de la réadaptation commande les activités suivantes : 1) dépistage; 2) évaluation des besoins; 3) réalisation du contrat de réadaptation; 4) prestation des services; 5) coordination des services; 6) liens avec le médecin de famille.

1. CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, *L'intervenant pivot en oncologie, un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*, Québec, Conseil québécois de lutte contre le cancer, 2000, 42 p.

Les différents rôles de la fonction pivot sont détaillés ci-dessous.

– **POUR LA CLIENTÈLE**

Rôle de planification

L'infirmière pivot reçoit les demandes pour le programme, elle établit le contact avec le participant et amorce le processus d'intégration au programme en :

- communiquant par téléphone ou par lettre avec le participant dans un délai de quatre à six semaines suivant la réception de la demande d'orientation (selon le territoire, cette fonction peut aussi être attribuée à une secrétaire);
- informant le participant du contenu du *Programme Traité santé* et du rôle de l'infirmière pivot;
- évaluant globalement les besoins du participant, son intérêt à adhérer au programme et son degré de motivation à modifier ses comportements à risque.
- planifiant un premier rendez-vous.

Rôle d'intervention

L'infirmière pivot élabore le plan d'intervention avec le participant, offre et complète le volet éducatif en fonction des besoins du participant et dirige ce dernier vers les services spécialisés identifiés dans le plan d'intervention. Son rôle d'intervention se définit en :

- agissant comme personne de référence pour le participant (rappels, motivation, atteinte des objectifs, etc.) en complémentarité avec les autres intervenants associés ;
- évaluant les besoins du participant ;
- établissant le contrat de réadaptation avec le participant;
- amorçant ou en complétant l'intervention éducative en tenant compte des besoins prioritaires du participant, cette intervention éducative consiste principalement à :
 - sensibiliser le participant au problème de santé chronique et à sa réalité multifactorielle
 - conscientiser le participant sur le contrôle et le pouvoir qu'il peut exercer,
 - identifier les facteurs facilitants et les barrières à sa réadaptation,
 - aider à réduire le stress engendré par la maladie,
 - aider le participant à définir les conséquences de l'action et de l'inaction;
- s'assurant de faire les liens entre le participant et les différents intervenants du programme tout au long du processus;
- s'assurant que le participant ait accès aux ressources mises en place dans le cadre du programme et à sa sortie.

Rôle d'évaluation

L'infirmière pivot valide avec le participant sa progression dans son processus de réadaptation et adapte son contrat en :

- soutenant le participant dans ses démarches;
- proposant des solutions de rechange si l'application du plan initial connaît des difficultés;
- évaluant périodiquement l'efficacité, l'évolution et la pertinence du plan convenu avec le participant.

— POUR LE RÉSEAU D'INTERVENANTS PARTICIPANT AU PROGRAMME**Rôle de coordination**

L'infirmière pivot assure le soutien et les liens entre les autres intervenants du programme en :

- assurant des liens entre les différents intervenants et partenaires du territoire;
- assurant le transfert d'information aux différents intervenants concernés, particulièrement au médecin traitant, aux spécialistes et au gestionnaire responsable de l'équipe locale;
- s'assurant d'un soutien professionnel;
- créant et en animant les rencontres interdisciplinaires;
- contribuant à l'évaluation des besoins en formation;
- étant la personne de référence au *Programme Traité santé* pour les intervenants de la communauté.

Rôle de gestion des activités

En association avec le gestionnaire du territoire, l'infirmière pivot contribue au fonctionnement du programme sur la base du territoire en :

- collaborant à l'harmonisation des outils de liaison et de référence;
- contribuant à la promotion des activités du programme;
- vérifiant la disponibilité des ressources du territoire;
- collaborant à la détermination des priorités d'action ;
- s'assurant de la disponibilité du matériel;
- participant au processus de suivi et d'évaluation du programme.

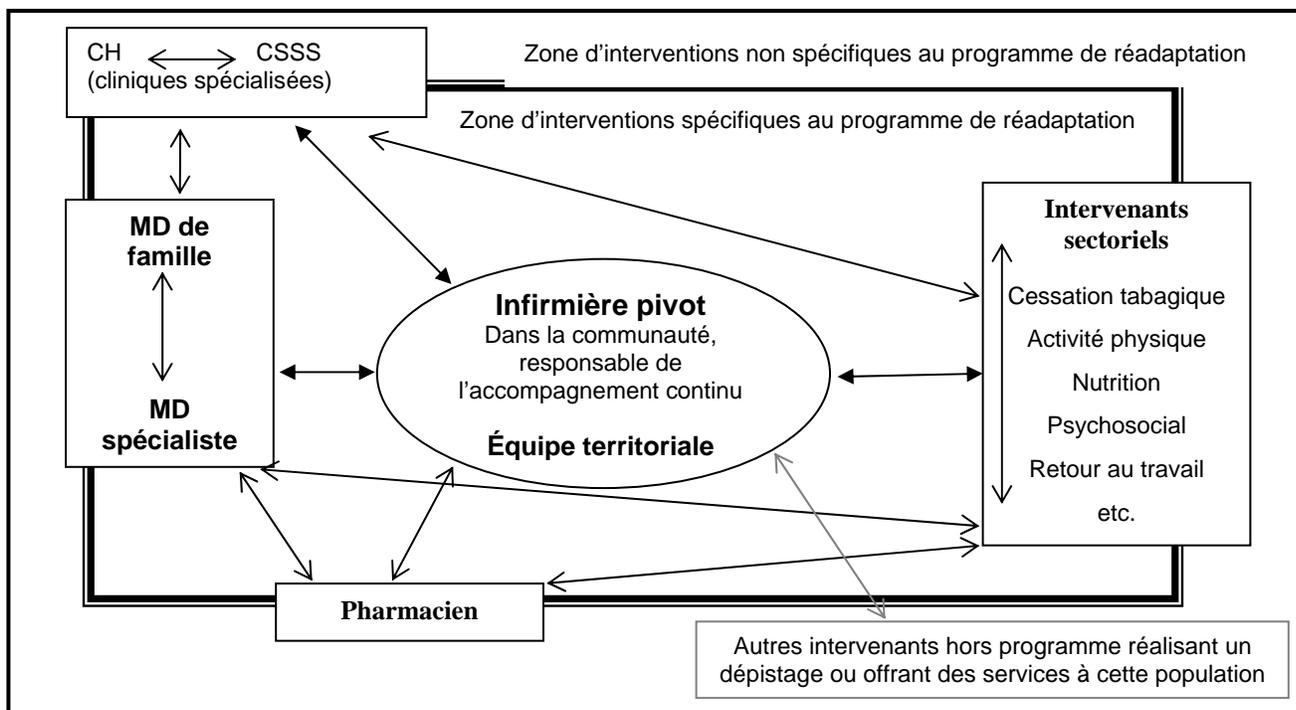
— POUR LES PARTENAIRES, LES PROFESSIONNELS ET LES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS ET ULTRA SPÉCIALISÉS**Rôle de liaison**

L'infirmière pivot favorise les échanges en établissant des collaborations entre les professionnels engagés auprès de la clientèle du programme régional de réadaptation. L'infirmière pivot doit assurer son rôle de liaison en :

- en informant le médecin de famille ainsi que le médecin spécialiste de la participation du client au programme de réadaptation et en gardant le contact, au besoin;
- faisant connaître les ressources de la communauté à l'ensemble des intervenants associés au programme;
- contribuant à assurer un lien privilégié avec les intervenants des centres hospitaliers;
- maintenant les liens entre les différents acteurs visés par le processus de réadaptation;
- assurant le transfert d'information aux différents professionnels concernés ainsi qu'aux gestionnaires;
- assurant le lien pour le participant entre les différents établissements.

La figure 3.3 résume les points de liaison entre les acteurs clés (organisations et intervenants) du *Programme régional de réadaptation Traité santé*. Ces organisations et intervenants ont aussi des rôles dans le contexte plus large de la gamme de soins primaires, secondaires et tertiaires auprès de la clientèle ciblée.

Figure 3.4 Intervenants clés et mécanismes de liaison au niveau territorial



Légende

Mécanismes formels de liaison dans le cadre du programme
Autres liens de communication

Chapitre 4

**LES VOLETS «CONTENUS» DU
PROGRAMME**

4. LES VOLETS « CONTENUS » DU PROGRAMME

La présente section explique sommairement les principaux volets spécifiques du programme de réadaptation. Les activités particulières de ce programme sont toujours réalisées en continuité et en complémentarité avec le suivi médical général et spécialisé. Ce suivi n'est pas décrit dans le présent document.

4.1 Volet intervention éducative générale

4.1.1 Problématique et objectifs

Le fait d'être atteint d'une maladie chronique est parfois traumatisant et précipite la personne dans une situation inhabituelle comportant de nombreuses incertitudes. Cette nouvelle situation exige un effort d'adaptation souvent compromis, notamment par l'anxiété face à l'inconnu et la détresse reliée à l'impact sur la santé. L'intervention éducative agit directement sur ces processus et permet au participant :

- de prendre conscience de l'autocontrôle, du pouvoir qu'il a sur sa réalité et sur son expérience;
- de rétrécir le champ de l'inconnu grâce à une meilleure compréhension de sa maladie et de sa propre condition;
- de se sensibiliser au problème et à sa réalité multifactorielle;
- de mesurer les conséquences de l'action et de l'inaction;
- de réduire le stress engendré par la maladie.

Certains éléments doivent être considérés différemment selon les clientèles, notamment si elles sont encore en milieu hospitalier ou dans la communauté.

Cette partie du programme se situe dans une approche globale et est organisée à la manière d'une étape concentrée et « obligatoire ». Elle est aussi reprise, par parties et au besoin, comme activité de renforcement, par tous les intervenants au cours du processus de réadaptation. Tous ces contenus doivent être bien connus des intervenants de la santé qui accompagnent un participant à l'une ou l'autre des étapes du programme (médecins, nutritionnistes, éducateurs physiques, intervenants en cessation tabagique, etc.). Il est important d'assurer une cohérence et une continuité entre les contenus des activités d'éducation et d'enseignement réalisés en centre hospitalier et ceux réalisés dans la communauté.

Concernant l'approche, le programme s'appuie sur les principes d'éducation andragogiques, suivants⁴⁹ :

1. l'adulte s'inscrit à une formation pour satisfaire des besoins et des intérêts personnels;
2. la formation est centrée sur les situations réelles de l'adulte;
3. l'analyse des expériences antérieures est la méthode de base de la formation;
4. l'adulte, étant responsable de ses décisions et de sa vie, doit être activement engagé dans les activités de formation⁵⁰.

Tableau 4.1 Volet intervention éducative générale : principaux éléments

Éléments de contenu	Notes
<p>Bloc 1. Éducation générale sur la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les maladies cardiovasculaires, le diabète ou la MPOC • Les facteurs de risque, la maladie et les handicaps • La manière d'aborder la prévention et la réadaptation, les approches à déterminer • La manière d'aborder les différents facteurs de risque • L'importance de la dimension psychosociale et du pouvoir personnel, la connaissance de son réseau, etc. • Les signes et symptômes généraux • Les informations sur les éléments favorables à la santé • La sexualité • La spiritualité 	<p>Les interventions de groupe complètent les interventions individuelles réalisées avec les intervenants.</p> <p>La standardisation des contenus d'éducation pour le programme est assurée par l'utilisation d'outils communs.</p> <p>L'organisation des groupes dépend des dynamiques des territoires (petits ou grands groupes, 1, 2 ou 3 séances, inclusion ou non du bloc 3, etc.).</p> <p>L'arrimage du contenu de ce volet du programme de réadaptation aux structures déjà en place en promotion de la santé est nécessaire.</p> <p>Il est souhaitable qu'un grand nombre d'intervenants connaisse le contenu des volets afin que chacun, dans la prestation de ses propres services, apporte les renforcements nécessaires sur ces éléments.</p>
<p>Bloc 2. Éducation du diabète (enseignement prioritaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le diabète et son traitement • Le contrôle de la glycémie • L'alimentation • Les complications reliées au diabète • Les soins des pieds • La pratique régulière d'activités physiques 	

⁴⁹. HÉLÈNE BOUTIN, *Projet d'implantation d'un programme cadre de formation s'adressant aux éducateurs des centres d'enseignement sur l'asthme*, mémoire de maîtrise, Sainte-Foy (Québec), Université Laval, mai 1998, 103 p.

⁵⁰. M. S. Knowles, *The Adult Learner: a Neglected Species* (4th edition) Houston, Gulf Publishing, 1990.

<p>Bloc 3. Éducation post événement cardiaque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signes et symptômes particuliers • Situations d'urgence • Autocontrôle • Médication • Examens et procédures thérapeutiques <p>Retour aux activités : AVQ, loisir ou travail</p>	<p>Le contenu du bloc 3 existe aussi dans plusieurs outils, dont « La vie à cœur » de la Fondation des maladies du cœur du Québec.</p>
<p>Bloc 4. Éducation MPOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signes et symptômes particuliers • Précautions, soins et traitements • La médication • L'alimentation • La pratique régulière d'activités physiques 	
<p>Bloc 5. Approche motivationnelle (confiance et conviction)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer le niveau de motivation 	<p>L'évaluation de la motivation au changement est réalisée, entre autres, avec l'outil développé par D^r Jacques Bédard : <i>Évaluation du stade</i> de Prochaska, suivi de l'évaluation du niveau de conviction et de confiance chez le participant.</p>
<p>Information sur le programme régional et les mécanismes d'accès pour les personnes atteintes de maladies chroniques</p>	<p>Particulièrement important, surtout en ce qui concerne les points stratégiques de liaison.</p>
<p>Informations sur les activités locales et les ressources</p>	

4.2 Volet intervention en activité physique

4.2.1 Problématique et objectifs

L'activité physique est un élément essentiel du traitement de nombreuses maladies chroniques. La philosophie du *Programme Traité santé* est de favoriser le mieux-être de la personne par l'adoption d'une pratique régulière d'activités physiques. Les objectifs décrits dans cette section, de même que les modalités d'évaluation et d'intervention suggérées, découlent de cette philosophie. Les interventions des professionnels doivent être en accord avec ce principe. Le processus de stratification du risque permet d'identifier le niveau d'encadrement requis par le participant qui vise l'atteinte de cet objectif.

— PROBLÉMATIQUE

L'inactivité physique est un important facteur de risque indépendant, car elle double le risque de développer des MCV⁵¹. Elle accentue également la dégradation de l'état. Il semble exister une relation directement proportionnelle entre le niveau d'activité physique et la mortalité, tant par MCV que par toute autre cause. La littérature scientifique atteste qu'une pratique régulière d'activité physique modérée réduit ou ralentit le processus athérosclérotique⁵². Sur les plans de la mortalité et de la morbidité, ce sont les personnes sédentaires devenues modérément actives qui retirent les plus grands bénéfices de l'activité physique. Les recherches ont par ailleurs démontré que des intensités modérées sont plus efficaces que des intensités élevées, ce qui fait de cette modalité thérapeutique une stratégie des plus sécuritaires⁵³. C'est pourquoi l'activité physique est maintenant considérée comme un élément central de la prévention et de la réadaptation pour toute personne atteinte de MCV, de diabète et de MPOC.

Un mode de vie actif correspond à un minimum de quatre à sept séances de 30 minutes d'exercice modéré à vigoureux par semaine. Parmi les activités les plus courantes, la marche, le cyclisme, la natation, le jardinage et le jogging sont identifiés. En plus de ses effets directs sur le cœur, l'exercice contribue à la réduction du risque de maladie cardiaque en diminuant le niveau de triglycérides sanguins et en augmentant le niveau de HDL⁵⁴. L'activité physique contribue également à diminuer la tension artérielle, à mieux contrôler le diabète, à faciliter la cessation tabagique et la perte de poids. Enfin, elle apporte une sensation de bien-être et de confiance en soi, et permet de mieux contrôler le stress⁵⁴.

— EFFETS BÉNÉFIQUES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Les effets bénéfiques des interventions en prévention et en réadaptation sont bien démontrés dans la littérature scientifique. Ce sont principalement :

- la réduction de la mortalité et de la morbidité cardiovasculaire et pulmonaire;
- l'amélioration substantielle de la qualité de vie (capacité physique, diminution des symptômes, confiance en soi et estime de soi, retour au travail, etc.) des personnes atteintes de problèmes cardiaques⁵⁵ ou pulmonaires⁵⁶
- la diminution des symptômes (essoufflement, douleur physique, angine, etc.);
- l'amélioration du profil lipidique⁵⁷; ↓ LDL-C, ↓ triglycérides, ↑ HDL-C;

⁵¹. G.F. Fletcher *et al.* «Statement on Exercise : Benefits and Recommendations for Physical Activity Programs for all Americans. A statement for Health Professionals», *Circulation*, 1996;94(4) :857-862.

⁵². Arthur S. Léon *et al.* «Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease», *Circulation*, 2005;111 :369-376.

⁵³. Hambrecht *et al.* «Various Intensities of Leisure Time Physical Activity in Patients with Coronary Artery Disease : Effects on Cardiorespiratory Fitness and Progression of Coronary Atherosclerotic Lesions», *Journal of the American College of Cardiology*, 1993;22(2):468-77

⁵⁴. W.L. Haskell. «Sedentary Lifestyle as a Risk for coronary Heart Disease» in T.A. Pearson. *Primer in Preventive Cardiology*, Dallas, American Heart Association, 1994, p. 173.

⁵⁵. N.K. Wenger, *et al.* «Cardiac Rehabilitation as secondary Prevention», in Agency for Health Care Policy and Research, and National Heart, Lung and Blood Institute. *Clinical Practice Guideline Quick Reference Guide for Clinicians*, 1995(17):1-23

⁵⁶. Y. Lacasse, *et al.* «The Components of a Respiratory Rehabilitation Program : A systematic Overview», *Chest*, 1997;111(4):1077-88.

⁵⁷. H.R. Superko et P. Dunn. «Sophisticated Lipid Diagnosis and Management : The Potential for Plaque Stabilization and Regression in the Cardiac Rehabilitation Setting», in F.J. Pashkow et W.A. Dafoe (sous la dir. de). *Clinical Cardiac Rehabilitation : A Cardiologist's Guide*, 2^e ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 1999, p. 327-64.

- diminution du tabagisme⁵⁸;
- influence favorable sur le retour au travail⁵⁹;
- augmentation de la dépense énergétique, complément aux changements alimentaires dans l'optique du contrôle pondéral⁶⁰;
- amélioration de la capacité à l'effort et de l'endurance¹¹;
- influence favorable sur le retour au travail;
- diminution de la pression artérielle;
- influence favorable sur l'observance au traitement;
- augmentation de la dépense énergétique, complément aux changements alimentaires dans l'optique du contrôle pondéral;
- réduction de la médication hypoglycémiante pour les diabétiques de type 2⁶¹.

— OBJECTIFS POUR LES PARTICIPANTS

Les objectifs particuliers sont :

- 1) d'améliorer la qualité de vie des personnes et de leur famille;
- 2) d'éviter le plus possible les hospitalisations;
- 3) de réduire la durée de séjour et les réadmissions.

Objectifs en matière de comportement

- Améliorer la confiance en soi.
- Intégrer l'activité physique à son mode de vie, notamment dans les activités de la vie quotidienne.
- Atteindre un niveau optimal de pratique de l'activité physique.
- Reconnaître et respecter ses limites physiques (sécuriser la personne, sensation de contrôle personnel).
- Acquérir les connaissances requises et utiliser les outils proposés (échelle de perception d'effort, le podomètre pour devenir autonome dans la pratique de l'activité physique).

Objectifs et bénéfices physiologiques

- Améliorer la fonction cardiaque.
- Améliorer la capacité fonctionnelle générale (condition physique) pour les activités de la vie quotidienne (AVQ), pour les activités de loisir et pour les activités reliées au travail.
- Développer la force et l'endurance musculaire.
- Prévenir le développement de comorbidité.

⁵⁸ M.C. Rosal, I.S. Ockene, et J.K. Ockene. «Smoking Cessation as a Critical Element of Cardiac Rehabilitation», in F.G. Pashow et W.A. Dafoe (sous la dir. de). *Clinical Cardiac Rehabilitation : A Cardiologist's Guide*, 2^e ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 1999, p. 365-82.

⁵⁹ K. Nanette, Wenger. *Cardiac Rehabilitation : A Guide in the 21st Century*, New York, Marcel Decker, 1999, 486 p.

⁶⁰ J. Desaulniers et D. Rioux. *Guide pratique du diabète de type 2, Édition du Québec*, Trois-Rivières, Formed, mai 2002, chapitre 22, p. 131-44.

⁶¹ S. Meltzer *et al.* «Lignes directrices de pratique clinique 1998 sur le traitement du diabète au Canada», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1998;159(supp. 8).

4.2.2 Dépistage

Le dépistage général peut être fait par tous les intervenants de premier contact. Cette intervention permet d'identifier les personnes qui ont besoin de soutien pour ce volet. L'évaluation de l'état de santé pour la participation à un programme d'activité physique est une condition essentielle. Le processus d'évaluation doit permettre de recueillir les informations suivantes :

- diagnostic;
- conditions associées;
- état général et symptômes;
- facteurs de risque présents;
- capacité fonctionnelle (épreuve d'effort);
- facteurs psychosociaux à considérer (soutien social, personnalité);
- objectifs du participant;
- âge;
- sexe;
- médication.

Pour un encadrement sécuritaire, une épreuve d'effort est requise afin de prescrire un programme d'exercices adapté. Toutefois, il est possible d'initier un programme d'exercices à basse intensité dans l'attente du résultat de l'épreuve d'effort.

4.2.3 Évaluation

La pratique d'activité physique n'est pas indiquée chez les personnes qui présentent une des contre-indications mentionnées dans le tableau 4.2. Cependant, la présence de ces facteurs est souvent temporaire. Dès que ceux-ci sont stabilisés, la personne peut s'adonner à l'activité physique bien que certains risques demeurent présents.

Tableau 4.2 Principales contre-indications à la pratique de l'activité physique⁶²

Angine instable	Embolie pulmonaire récente
Pression systolique au repos > 200 ou pression diastolique au repos > 100 (voir annexe 13)	Diabète non contrôlé (glycémie > 22 mmol/L au repos)
Sténose aortique symptomatique sévère	Maladie systémique aiguë (fièvre)
Dysrythmie auriculaire ou ventriculaire non contrôlée	Péricardite ou myocardite aiguë
Insuffisance cardiaque décompensée	Apparition de nouveaux symptômes coronariens au cours du processus de réadaptation
Bloc A-V 3 ^e degré sans stimulateur cardiaque	Thrombophlébite aiguë
Hypotension orthostatique \geq 20 mmHg	Tachycardie sinusale non contrôlée (> 120 batt. /min)
Trouble locomoteur important	Trouble cognitif important

— STRATIFICATION DU RISQUE

Pour toutes les personnes sans contre-indication absolue, l'activité physique est fortement encouragée. L'intensité, la durée, la fréquence, la nature et la progression de l'exercice doivent être adaptées à la capacité maximale actuelle du participant et à son niveau de confiance en ses capacités. La stratification du risque permettra d'identifier les personnes qui auront besoin d'un encadrement particulier.

La stratification du risque permet d'orienter de façon adéquate le participant à travers le processus de réadaptation et de nombreuses grilles de stratification ont été proposées par l'*American Heart Association (AHA)*, l'*American College of Sports Medicine (ACSM)* et l'*American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR)*.

⁶². Adapté de AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*, 7^e éd., Baltimore, 2005, p. 176.

Deux recommandations importantes se trouvent dans ces grilles :

- L'AHA et l'ACSM recommandent que tous les établissements offrant des services de conditionnement physique définissent des procédures d'urgence précises. Ces procédures devraient être écrites et faire l'objet de pratiques régulières par le personnel au sein de l'établissement.
- Les clients devraient être dirigés vers un établissement ou un service de conditionnement physique qui possède des équipements, des programmes, du personnel et des services correspondant à leurs besoins et qui satisfont aux standards professionnels requis. À cet effet, une classification des niveaux de risque de même qu'une classification des niveaux d'encadrement des établissements sont proposées par l'AHA. Les tableaux de l'annexe 13 peuvent servir à stratifier la clientèle et à s'assurer qu'elle sera dirigée vers les centres appropriés.

– **CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS (stratification du niveau de risque)**

L'AHA et l'ACSM proposent une stratification du risque en 4 grandes classes.

Classe A

Individus apparemment en bonne santé, chez qui il n'y a pas d'évidence de risque d'incident cardiovasculaire augmenté à l'exercice. Cette classe se subdivise en trois sous-classes :

- A-1 pour les enfants et adolescents;
- A-2 pour les individus apparemment en bonne santé et avec facteurs de risque; peu importe l'âge ;
- A-3 pour les individus plus âgés ayant deux facteurs de risque de MVC.

Ces personnes peuvent participer à des activités d'intensité modérée sans évaluation médicale préalable ou sans supervision médicale. Elles peuvent fréquenter des établissements d'entraînement de niveau 1 à 4 (voir l'annexe 13).

Classe B

Individus ayant une maladie cardiovasculaire connue et stable qui présente un bas risque pour l'exercice, mais légèrement plus élevé comparativement à la classe A. On y inclut, entre autres, la clientèle postinfarctus, postpontage, postangioplastie, avec angine stable et les individus avec une épreuve d'effort anormale ou une maladie valvulaire.

Cependant, ces individus ont les caractéristiques cliniques suivantes :

- une capacité à l'effort supérieure à 6 METs;
- une classe fonctionnelle I ou II (NYHA);
- pas d'évidence d'insuffisance cardiaque;
- pas d'ischémie ou d'angine au repos ou à moins de 6 METs au tapis roulant;
- une évolution normale de la pression artérielle (TA) à l'effort;
- pas de tachycardie ventriculaire (TV);
- une capacité d'autocontrôle dans la pratique de l'activité physique.

Ces personnes doivent avoir une évaluation médicale préalable à la pratique d'exercices d'intensité modérée ou élevée. Ils peuvent fréquenter des établissements d'entraînement de niveau 1 à 5 pour des activités d'intensité légère et de niveau 4 ou 5 pour des activités d'intensité modérée à intense (voir l'annexe 13).

Classe C

Individus courant un risque modéré ou élevé de complications cardiaques à l'exercice, ou incapables d'autocontrôle dans la pratique de l'activité physique. Ils ont des affections semblables à ceux de la classe B, en plus d'avoir des troubles du rythme, une maladie coronarienne athérosclérotique sur trois vaisseaux ou sur la coronaire gauche et une fraction d'éjection inférieure à 30 %.

Cependant, ils ont les caractéristiques cliniques suivantes :

- 2 infarctus ou plus;
- une classe fonctionnelle de niveau III ou plus de la NYHA;
- une capacité maximale de 6 METs ou moins (**indication relative**);
- une dépression du segment ST de plus de 1 mm à une intensité inférieure à 6 METs;
- une chute de la pression artérielle (TA) à l'effort;
- un problème médical pouvant mettre la vie du participant en danger;
- une histoire d'arrêt cardiaque;
- un épisode de tachycardie ventriculaire (TV) à une intensité inférieure à 6 METs.

Ces personnes doivent avoir une évaluation médicale préalable à la pratique d'exercices d'intensité modérée ou élevée. Ils peuvent seulement fréquenter des établissements d'entraînement de niveau 4 ou 5 pour des activités d'intensité légère et de niveau 5 pour les activités d'intensité modérée à intense (voir l'annexe 13).

Classe D

Individus ayant une condition instable et pour lesquels il existe une contre-indication à l'exercice (voir le tableau 4.1). L'exercice n'est donc pas recommandé pour ces personnes.

Ces classifications ont pour but de permettre à chaque participant de commencer un programme d'exercices avec le plus faible risque possible. Toutefois, on doit également tenir compte d'autres conditions associées (diabète de type 1, grossesse, problèmes orthopédiques, maladie pulmonaire obstructive chronique) qui peuvent augmenter le risque associé à l'exercice.

4.2.4 Prescription d'exercice et intervention

L'inactivité physique étant d'une part un facteur de risque de la MCV et de diabète, et d'autre part un facteur aggravant de la MPOC, même de modestes augmentations du niveau d'activité physique quotidien ont des effets bénéfiques sur la santé. La personne peut ainsi débuter avec des sessions de 10 minutes d'activités d'intensité légère, tels que la marche ou le jardinage, 2 à 3 fois par jour, et augmenter progressivement jusqu'à un total de 60 minutes par jour^{63 64}. Le but

⁶³ SANTÉ CANADA, *Guide d'activité physique canadien*, Ottawa, Santé Canada, Gouvernement du Canada, 1998, 1 p.

⁶⁴ KINO-QUÉBEC, *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*, Québec, ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec, 1999, 27 p.

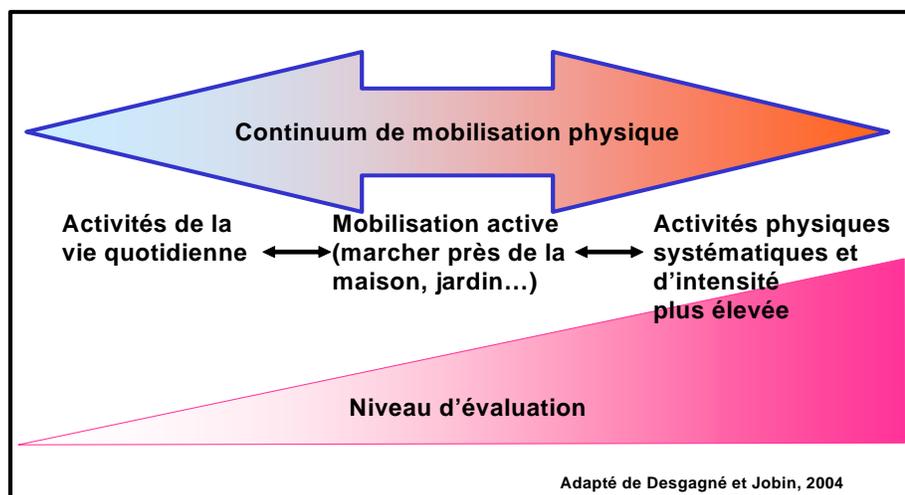
poursuivi est de faciliter l'adoption d'un comportement de santé. Il faut donc choisir des activités agréables et facilement intégrables dans la vie quotidienne. Par la suite, elle peut pratiquer des activités plus intenses en réduisant la durée au besoin. Ainsi, l'AHA et l'ACSM recommandent de pratiquer 20 à 30 minutes d'activités physiques d'intensité modérée à intense (c'est-à-dire des activités de type aérobie sollicitant de grands groupes musculaires, comme la bicyclette, le jogging, la natation, le patinage, le tennis) au moins 3 à 4 fois par semaine⁶⁵. Par ailleurs, dans un contexte d'interventions, l'utilisation d'un podomètre peut s'avérer un excellent outil de motivation pour l'individu désirant s'entraîner seul. L'annexe 14 traite de l'utilisation du podomètre.

Dans une perspective d'intervention en réadaptation auprès d'une clientèle atteinte, les mêmes lignes directrices s'appliquent. Toutefois, l'encadrement par un professionnel qualifié est nécessaire. La prescription d'exercices doit être basée sur les résultats de l'épreuve d'effort. Elle est prescrite alors, selon les besoins et les objectifs, de 40 à 80 % de la capacité maximale atteinte à l'épreuve d'effort. L'échelle de perception de l'effort de Borg (illustrée à l'annexe 15) et l'utilisation d'un pourcentage de la fréquence cardiaque de réserve sont des méthodes recommandées pour prescrire un programme d'activité physique adapté et sécuritaire⁶⁶. Les documents mentionnés en référence pourront guider le lecteur en fonction de la clientèle visée.

Rappelons que l'intensité, la durée, la fréquence, la nature et la progression de l'exercice doivent être adaptées à la capacité maximale du participant et à son niveau de confiance en ses capacités. Les participants ont besoin d'information, de counseling et de suivi pour modifier leur attitude face à la pratique de l'activité physique.

Figure 4.1 Les niveaux de prescription d'exercice

L'évaluation et la prescription :
deux dimensions interdépendantes



⁶⁵. G.F. FLETCHER et al., « Statement on Exercise : Benefits and Recommendations for Physical activity Programs for all Americans., A Statement for Health Professionals », *Circulation*, vol. 94, n° 4, août 1996(94(4):857-862.

⁶⁶. AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*, 6^e éd., Baltimore, American College of Sports Medicine, 2000, 368 p.

Les ressources du territoire (les activités de loisirs, les centres sportifs, etc.) et les ressources individuelles (les assurances, la contribution financière de certains employeurs à l'adhésion à des programmes d'entraînement, etc.) doivent être mises à contribution. Un programme intensif visant l'amélioration générale de la capacité physique n'est guère envisageable en milieu hospitalier, compte tenu du court séjour. Cependant, des activités de mobilisation postchirurgie ou des exercices pour faciliter le retour aux activités de la vie quotidienne de base doivent être amorcés en milieu hospitalier.

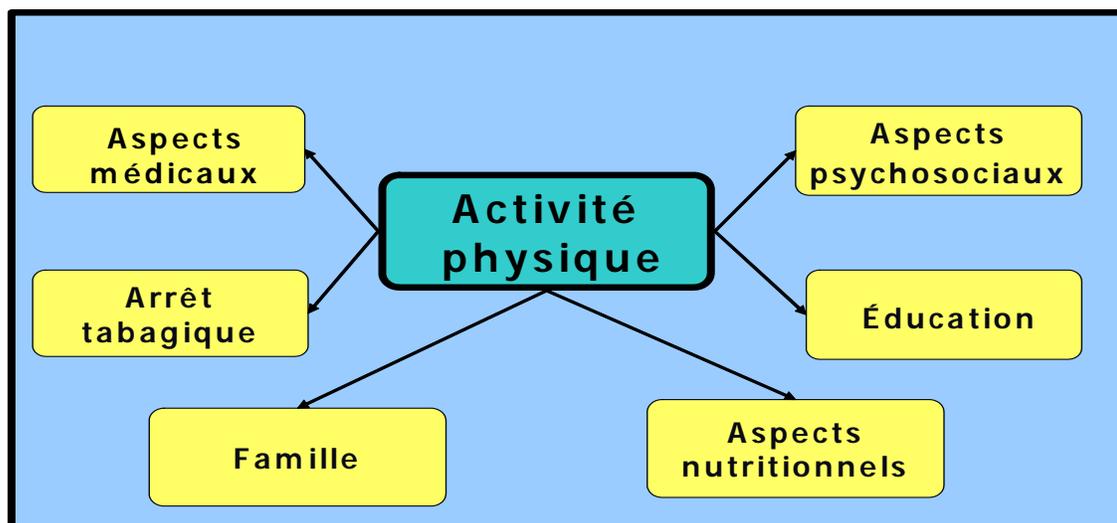
4.2.5 Activités structurées en activité physique

La performance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) peut être grandement affectée pour la clientèle atteinte de maladies chroniques. Elle l'est également au cours de la période de convalescence consécutive à une chirurgie ou à un événement cardiaque. Les limitations sont à la fois physiques et psychologiques, car les personnes sont anxieuses et ne connaissent pas leurs limites. S'ensuit pour plusieurs un cercle vicieux d'inactivité physique qui rend de plus en plus difficile la reprise d'une vie normale. C'est pourquoi l'activité physique occupe une place centrale dans le processus de récupération.

Les activités structurées à partir des consensus médicaux et scientifiques récents combinent sur des périodes variables (huit à douze semaines) un enseignement interdisciplinaire et de l'activité physique. Ces séances d'exercices sont constituées d'activités de type aérobie (bicyclette stationnaire, marche ou jogging sur tapis roulant) et de type musculaire. De plus, les programmes d'exercices permettent de faire le suivi de certains facteurs de risque (hypertension artérielle, diabète) et favorisent l'amélioration du profil psychosocial (amélioration de la confiance en soi, diminution de l'anxiété).

Figure 4.2 **Activité physique et ses différentes composantes**

L'activité physique: Interaction avec diverses dimensions de la santé de la personne



Enfin, comme l'illustre la figure 4.0, les interventions effectuées par des professionnels en gymnase sont aussi de nature éducative (vérifier l'observance au traitement pharmacologique, interventions brèves en arrêt tabagique, niveau de soutien de la famille dans le processus de réadaptation, nutrition) et permettent de faire les liens avec l'intervenant pivot. En ce sens les professionnels doivent avoir une formation appropriée, afin d'intervenir sur ces différents aspects. Une approche progressive et individualisée est conseillée dans l'élaboration du plan d'intervention.

4.3 Volet intervention en nutrition

4.3.1 Problématique et objectifs

— PROBLÉMATIQUE

Les habitudes alimentaires influencent les facteurs de risque de la maladie chronique, principalement en ce qui concerne l'hypertension, les dyslipidémies, l'obésité et le diabète. Les habitudes alimentaires sont difficilement modifiables, car elles sont ancrées dans nos valeurs culturelles, sociétales et personnelles les plus profondes. Ainsi, il est important que l'intervention en nutrition soit personnalisée, et qu'elle propose des changements réalistes et graduels. La littérature scientifique démontre que l'intervention en nutrition est efficace pour diminuer les facteurs de risque et soutenir la prise en charge, par l'individu, de son mode de vie alimentaire. L'intervention ne requiert pas seulement de l'information, mais aussi un accompagnement étroit et soutenu dans le temps, afin d'améliorer le mieux-être de la personne en modifiant son comportement alimentaire.

La stratégie proposée par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) est la suivante : évaluer l'apport alimentaire habituel de la personne selon une approche globale et individualiser le traitement, non seulement en fonction de la nature et de la gravité des facteurs de risque, des causes, des facteurs d'aggravation et des conséquences qui y sont associés, mais également en fonction des goûts, des besoins et des habitudes alimentaires du client. Il faut faciliter l'observance du traitement nutritionnel par un enseignement individualisé et une approche progressive et évaluer régulièrement l'adhésion au régime alimentaire, ainsi que son efficacité. Une étroite collaboration entre la nutritionniste et les autres intervenants (médecin, infirmière, éducateur physique) est souhaitable.

Les principales lignes directrices en nutrition, selon les derniers consensus se retrouvent à l'annexe 16.

Le counseling en nutrition vise à :

- déterminer les forces et faiblesses des habitudes alimentaires actuelles au regard des problèmes de santé ou des facteurs de risque présents;
- stimuler l'efficacité personnelle du client en l'amenant à trouver lui-même des stratégies pour surmonter les obstacles;
- soutenir le client dans la détermination d'objectifs réalistes au regard des changements à effectuer;
- parvenir à un changement de comportement en procédant par étapes;
- offrir des conseils personnalisés et réalisables et proposer un modèle alimentaire attrayant et positif;

- assurer un accompagnement et soutenir le client dans sa démarche d'amélioration de ses habitudes alimentaires et autres habitudes de vie;
- encourager le maintien de saines habitudes par des rencontres planifiées.

— **OBJECTIFS POUR LE PARTICIPANT**

Au regard des bénéfices biologiques

- Réduire l'indice de masse corporelle (IMC) ;
- diminuer l'obésité abdominale (tour de taille) ;
- améliorer le bilan lipidique ;
- abaisser la pression artérielle ;
- améliorer le contrôle de la glycémie pour le diabétique.

Au regard de l'amélioration des comportements et habitudes alimentaires

- Déterminer les facteurs facilitants et les obstacles et trouver des stratégies pour surmonter ces derniers ;
- comprendre les conséquences de l'alimentation sur les facteurs de risque et connaître les bénéfices possibles liés au changement des habitudes alimentaires ;
- améliorer l'équilibre alimentaire en favorisant la consommation quotidienne d'une grande variété d'aliments ;
- mieux choisir ses aliments à l'épicerie et au restaurant ;
- découvrir de nouvelles saveurs, de nouvelles façons de cuisiner et avoir du plaisir à bien manger ;
- assurer un apport calorique approprié et la pratique d'activités physiques pour atteindre ou maintenir un poids santé ;
- augmenter l'apport en fibres (particulièrement en fibres solubles) et en antioxydants ;
- améliorer la qualité des matières grasses ingérées et en contrôler la quantité ;
- contrôler l'apport en sucre, en alcool ou en sodium selon les facteurs de risque de la personne.

4.3.2 Intervention en nutrition

— **ÉVALUATION**

Suite à l'évaluation globale réalisée par l'infirmière, incluant le contrat de réadaptation, la première rencontre avec la nutritionniste consiste à évaluer, avec la personne, la qualité et le comportement alimentaires, dans le but de faire des changements. La durée peut varier entre 60 et 90 minutes.

L'évaluation consiste à :

- 1) identifier les antécédents médicaux, familiaux et diététiques, la médication, les mesures anthropométriques et les résultats de laboratoire, etc.;
- 2) faire un relevé des habitudes alimentaires et en faire l'analyse;
- 3) identifier les facteurs personnels et environnementaux qui influencent les habitudes alimentaires;
- 4) dépister la présence d'un trouble de compulsions alimentaires ou autres troubles de comportement alimentaire;
- 5) convenir avec le participant des changements à apporter.

— COUNSELING EN NUTRITION

Les contenus des activités éducatives sont adaptés au client en fonction de ses facteurs de risque, mais aussi en fonction de sa compréhension, de sa motivation et de l'étape de changement de comportement où il se situe. Toutefois, selon les recherches et les consensus récents, l'intervention en nutrition devrait couvrir les éléments suivants :

- équilibre alimentaire : consommer chaque jour des aliments de chacun des groupes du guide *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien* (disponible sur le site : www.hc-sc.gc.ca);
- sources et types de gras : favoriser l'augmentation des gras monoinsaturés et polyinsaturés (particulièrement les gras oméga-3) et diminuer la consommation de gras saturés, de gras *trans* et de cholestérol;
- conseils pratiques pour intégrer les « bons gras » au quotidien : encourager la consommation de poissons, d'huiles et de noix;
- choix de produits laitiers écrémés ou partiellement écrémés, de volailles et de viandes maigres;
- augmentation de l'apport en fibres, particulièrement en fibres solubles;
- consommation de céréales entières variées et de légumineuses;
- amélioration de l'apport en antioxydants, en acide folique et en vitamines B-6 et B-12;
- consommation quotidienne importante (cinq à dix portions) de légumes et de fruits, de préférence frais et de couleur orangée, jaune ou vert foncé;
- limite dans la consommation de sel, d'alcool ou de sucre selon le cas et suggestions pratiques en cette matière;
- lecture des étiquettes des produits alimentaires;
- meilleurs choix au restaurant;
- modification des recettes pour diminuer le sucre et le gras total et remplacer les gras saturés par des gras insaturés;
- techniques appropriées de préparation et de cuisson des aliments;
- mise en valeur de la cuisine maison pour remplacer les produits commerciaux riches en gras *trans*, en sucre, en sodium, etc.;
- cibler les zones d'action possible avec les personnes atteintes d'un trouble de compulsion alimentaire ou autres troubles de comportements alimentaires, et référer la personne vers un service spécialisé au besoin.

De façon générale, les rencontres subséquentes sont au nombre de trois. Leur durée varie entre 45 et 60 minutes, en fonction des besoins du participant, et peuvent s'échelonner sur une période de huit à douze mois.

Si une intervention plus longue est requise, la personne doit être référée vers un service de nutrition dans la communauté.

Une rencontre de groupe peut s'ajouter à ces rencontres individuelles. Les conjoints sont habituellement invités à participer à ces activités.

– ACTIVITÉS COMPLÉMENTAIRES

Ces activités soutiennent l'approche individuelle. Elles peuvent consister en :

- des rencontres de groupes où l'on offre de l'information générale sur l'alimentation et la santé;
- des cours de cuisine santé;
- des cours ou ateliers sur différents thèmes;
- une visite au supermarché ou en un atelier sur la lecture des étiquettes;

Ces activités sont animées par des nutritionnistes ou des techniciennes en diététique.

4.4 Volet cessation tabagique

4.4.1 Problématique et objectifs

Le tabagisme est la cause la plus importante de maladies, d'incapacités et de décès prématurés au Canada. Chaque année, au moins 40 000 Canadiens décèdent de maladies causées par le tabagisme, ce qui représente plus de 20 % de tous les décès au pays. Au Québec, le nombre de décès relié au tabac est estimé à 12 000 personnes. Le lien entre la consommation de tabac et plusieurs maladies est scientifiquement reconnu. Le tabagisme est en effet une cause importante de maladies cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux et de maladies vasculaires. Chaque année au Canada, plus de 16 000 décès reliés aux maladies cardiovasculaires sont le résultat du tabagisme.

Outre le tabagisme lui-même, la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) représente un danger considérable pour la santé. Le lien a été établi entre la FTE et les maladies cardiovasculaires et vasculaires cérébrales, divers types de cancers et de nombreuses maladies respiratoires. Au Canada, environ 1 200 décès par année sont causés par la FTE.

- OBJECTIFS DU PARTICIPANT

- Susciter la cessation tabagique pour les personnes aux prises avec le problème ;
- susciter les changements d'habitudes, d'attitudes et de cognitions qui permettront de maintenir les changements de comportements à long terme et de gérer les processus de rechute.

4.4.2 Dépistage et identification des besoins

À cette étape, les objectifs sont d'abord de déceler, parmi les personnes atteintes de maladies chroniques, celles qui fument et ensuite d'évaluer sommairement le stade auquel se situe le fumeur. C'est une stratégie *forte* utile dans la communauté, comme au cours de l'hospitalisation de la personne.

Au-delà des indications particulières au programme de réadaptation, la détermination du statut tabagique devrait être effectuée systématiquement à chaque rendez-vous par un professionnel de la santé, et ce, pour toutes les personnes âgées de neuf ans et plus^{67 68}.

- IDENTIFICATION DU STADE D'ARRÊT TABAGIQUE DU FUMEUR

Les stades d'arrêt de Prochaska & DiClemente⁶⁹ sont une manière de distinguer où se situe la personne dans son processus d'arrêt tabagique (voir annexe 7). Les stades et l'intervention appropriés à ceux-ci peuvent se résumer ainsi (voir annexe 17) :

Préréflexion : La personne n'a pas l'intention de cesser de fumer. Elle peut être agressive, charmante, conciliante ou résignée.
(50 à 60 % des fumeurs).

But de l'intervention : aider la personne à amorcer une réflexion sur l'abandon du tabagisme en conseillant clairement l'arrêt, en étant disponible et en offrant du matériel éducatif.

Réflexion : (Arrêt au cours des 6 prochains mois)
La personne a l'intention de cesser dans les 6 prochains mois, mais elle est ambivalente : les avantages = les inconvénients.
(30 à 40 % des fumeurs).

But de l'intervention : soutenir la personne dans sa décision de cesser de fumer en encourageant l'expérimentation de petits changements, en offrant du matériel éducatif, en expliquant les ressources et en étant disponible.

Préparation : (Arrêt au cours du prochain mois)
La personne veut cesser de fumer dans le prochain mois ; elle accepte les conseils.
(10 % des fumeurs)

But de l'intervention : aider la personne à se préparer à cesser de fumer et à trouver des stratégies pour devenir non-fumeur en conseillant des aides pharmacologiques pour diminuer les symptômes de sevrage et augmenter les taux de réussite, et en offrant du matériel éducatif et un suivi.

⁶⁷ *Smoking Cessation Clinical Practice Guideline*, Agency for Health Care Policy and Research, 1996.

⁶⁸ Collège des médecins du Québec et Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. *La prévention et l'abandon du tabagisme*, Janvier 1999 ; 20 p.

⁶⁹ Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. « Transtheoretical Therapy : Toward a More Integrative Model of Change ». *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 1982;19:276-288.

- Action :** (Cessation de < 6 mois)
La personne a cessé de fumer depuis moins de 6 mois et elle est à risque de rechute.
But de l'intervention : L'aider à demeurer non-fumeur en effectuant un suivi régulier et en la supportant dans sa démarche.
- Maintien :** (Cessation > 6 mois)
La personne a cessé de fumer depuis plus de 6 mois. Elle doit demeurer vigilante car la rechute est toujours possible.
But de l'intervention : L'aider à demeurer non-fumeur.

- IDENTIFICATION DES BESOINS

Le Conseil canadien sur le tabagisme et la santé et le Conseil du Collège des médecins de famille du Canada identifie sept besoins différents auxquels la personne répond en fumant, soit : la stimulation, s'occuper les mains, le plaisir et la détente, le soutien émotif, la dépendance, l'habitude, la consommation sociale.

4.4.3 Intervention

- APPROCHES

Les approches thérapeutiques visant la cessation tabagique sont répertoriées dans deux catégories distinctes : psychologique et pharmacologique. Ces approches peuvent cependant être utilisées seules ou simultanément, selon les besoins de la personne qui demande de l'aide.

Tableau 4.3 Résumé des approches préconisées pour la cessation tabagique

Les approches psychologiques	L'approche pharmacologique
<p>Comportementale Approche utilisant les principes expérimentaux de l'apprentissage pour modifier les comportements des personnes qui fument (ex. : contrôle par le stimulus, modelage).</p> <p>Cognitive Approche qui attribue les problèmes comportementaux et émotionnels des individus à leurs distorsions et à leurs erreurs de pensées. Les mécanismes qui maintiennent le tabagisme sont liés aux pensées de l'individu.</p>	<p>Les problèmes qu'ont les individus à cesser de fumer sont associés à leur dépendance physique. Le Zyban®, le timbre, la gomme et l'inhalateur de nicotine sont des moyens pour aider à vaincre cette dépendance.</p>
<p style="text-align: center;">Combinée</p> <p>Approche psychologique et pharmacologique : la combinaison des deux approches peut, dans certains cas, doubler le taux de réussite.</p>	

- **RECOMMANDATION**

Tous les fumeurs désirant cesser de fumer et qui n'ont pas de contre-indication devraient se faire proposer une aide pharmacologique pour le sevrage^{70 71}.

Facteurs liés à l'observance de l'intervention en cessation du tabagisme

- **Efficacité personnelle**

C'est la perception qu'a la personne de ses capacités à adopter un comportement donné sur une base régulière.

- **Soutien social**

Les individus qui estiment obtenir un soutien social de qualité observent davantage les recommandations médicales que ceux qui perçoivent leur soutien comme étant pauvre ou inadéquat.

- **Relation client-professionnel**

Ceux qui perçoivent le professionnel de la santé comme étant amical et attentif observent plus les recommandations que ceux qui le considèrent comme austère ou autoritaire. Les

⁷⁰ *Smoking Cessation Clinical Practice Guideline*. Agency for Health Care Policy and Research, 1996.

⁷¹ Collège des médecins du Québec, Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. *La prévention et l'abandon du tabagisme*, Janvier 1999 ; 20 p.

mêmes constats s'appliquent aux personnes satisfaites des explications données par le professionnel de la santé en ce qui concerne la maladie ou le traitement.

De plus, l'avis d'un médecin est deux fois plus efficace lorsqu'il est combiné à celui d'une infirmière. Si on ajoute les conseils de l'équipe de soins, il est trois fois plus efficace⁷².

— INTERVENTION «MINIMALE»⁷³ EN CESSATION DU TABAGISME

Tous les participants potentiels au *Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques* identifiés comme fumeurs doivent recevoir une intervention brève d'une durée de 30 secondes à 3 minutes. Le contenu de cette intervention doit porter sur le tabagisme et les maladies chroniques, sur les avantages et inconvénients de fumer et de cesser, sur le processus et les conditions de la cessation tabagique, sur le niveau d'intérêt et le soutien nécessaire, et enfin sur les ressources de la région.

Une stratégie a été élaborée par le *Department of Health and Human Services* aux États-Unis pour aider les cliniciens à mieux structurer leur approche envers le processus de cessation tabagique des participants. Les « 5A » identifie cette stratégie par étapes. Elle est traduite et adaptée dans le tableau 4.6.

⁷². K. NANETTE, WENGER et al., *Cardiac Rehabilitation ; a Guide to Practice in the 21st Century*, New York, Marcel Decker, 1999, 486 p.

⁷³. M.C. FIORE et al., *Clinical Practice Guideline : Treating Tobacco Use and Dependence*, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Juin 2000, 177 p.

Tableau 4.4 Les « 5A » d'une intervention brève

<i>Ask</i> (demander)	Déterminer le statut du participant en ce qui concerne l'usage du tabac, fumeur ou non fumeur, et ce, pour toutes les personnes, à chaque visite.
<i>Advise</i> (aviser)	<p>D'une façon claire, précise et personnalisée, recommander à tous les fumeurs la cessation tabagique.</p> <p>Exemples d'interventions ;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Je crois qu'il est important pour vous d'arrêter de fumer maintenant et je peux vous aider. – Vous devez savoir que cesser de fumer est d'une grande importance pour vous afin de protéger votre santé maintenant et dans le futur et je peux vous aider dans cette démarche. <p>Le clinicien peut aussi relier la maladie ou les facteurs de risque actuels à l'usage du tabac, relier l'usage du tabac à un coût social ou économique, ou encore motiver la cessation tabagique en évoquant les effets de la fumée secondaire sur les enfants et les autres membres de la famille.</p>
<i>Assess</i> (évaluer)	Évaluer si le participant fumeur est prêt à faire une tentative de cessation tabagique en ce moment.
<i>Assist</i> (Assister)	<p>Si le participant est prêt à faire une tentative de cessation tabagique, lui proposer le counseling et les aides pharmacologiques afin de l'aider dans sa démarche.</p> <p>Exemples d'interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aider le participant à élaborer une stratégie de cessation tabagique ; • offrir du counseling de base ; • proposer un suivi et un soutien social durant le traitement ; • aider le participant à obtenir un soutien dans son milieu ; • recommander une approche pharmacologique approuvée par un médecin ; • fournir de la documentation éducative sur la cessation tabagique.
<i>Arrange</i> (prévoir)	Choisir une date de suivi avec le participant, préférablement dans la première semaine suivant la cessation tabagique.

— COUNSELING INDIVIDUEL OU DE GROUPE⁷⁴

Les deux types d'activités devraient reposer sur les critères suivants :

- des rencontres d'une durée de plus de 10 minutes;
- un total d'au moins 4 rencontres;
- un contact avec le participant fumeur d'une durée totale de plus de 30 minutes;
- un suivi régulier à chaque contact, même au cours des contacts téléphoniques;
- des rencontres menées par des intervenants ayant reçu une formation sur la cessation tabagique;
- une incitation à l'utilisation d'aides pharmacologiques (bupropion SR, gomme de nicotine, inhalateur de nicotine, vaporisateur nasal de nicotine ou timbre de nicotine);
- une évaluation des activités.

— AIDES ALTERNATIVES⁷⁵

L'efficacité de l'hypnose et du laser n'a pas été prouvée. Il n'y a aucune confirmation biochimique de la cessation. Quant à l'acupuncture, les effets seraient plutôt dus aux attentes du client face aux résultats.

— RECOMMANDATIONS

Le Collège des médecins recommande de disposer sur les murs des affiches informant les fumeurs qu'ils peuvent demander de l'aide en plus d'offrir de la documentation dans les salles d'attente et d'examen⁷⁶.

— RESSOURCES

Les ressources disponibles dans la région sont :

- les CAT (Centres d'abandon du tabagisme), localisés dans chaque centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la région de Québec et à l'Hôpital Laval ;
- la Clinique d'aide aux fumeurs de la région de Québec, située à l'Hôpital Laval ;
- la Ligne J'Arrête au 1 866 jarrête (527-7383)
- les sites Internet suivants :

www.defitabac.qc.ca

www.jarrete.qc.ca

www.cqts.qc.ca

www.cancer.ca

www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/index_f.html (Santé Canada)

⁷⁴ M.C. FIORE et al., *Clinical Practice Guideline : Treating Tobacco Use and Dependence*, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Juin 2000, 177 p.

⁷⁵ M.C. FIORE, S.S. SMITH, D.E. JORENBY et T.B. BAKER, « The Effectiveness of the Nicotine Patch for Smoking Cessation », *Journal of American Medical Association*, vol. 271, n° 24, 1994, p. 1940-1947.

⁷⁶ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Smoking Cessation Clinical Practice Guideline*. Agency for Health Care Policy and Research, 1996.

4.5 Volet psychosocial et socioprofessionnel

La maladie chronique influence souvent tous les aspects de la vie de la personne^{77 78 79}. Comme pour la maladie aiguë, il y a une période temporaire où toutes les activités sont interrompues. La maladie chronique nécessite des changements temporaires ou même permanents au niveau des activités physiques, professionnelles et sociales.

4.5.1 Problématique

La dimension psychosociale concerne les relations de la personne avec elle-même et avec son environnement. Ces relations avec son entourage permettent à la personne de développer une identité sociale (l'appartenance à divers groupes), de définir ses rôles dans la collectivité (attentes sociales des autres à l'égard de ses comportements), ainsi que de déterminer la valeur attachée à chacun de ses rôles (le statut attribué par la collectivité à chacun des rôles qu'occupe la personne).

Une incapacité chronique aura donc un impact sur la dimension psychosociale de la vie de la personne. Les changements apportés par la maladie chronique, même s'ils se situent au niveau physique, entraîneront plusieurs changements au niveau psychosocial. La personne devra redéfinir son identité, redéfinir ses liens sociaux avec les autres et revoir ses valeurs. Ce processus s'opère en interaction avec l'entourage. La figure suivante reprend ces principaux impacts, tant pour la personne atteinte que pour ses proches⁸⁰.

Figure 4.3 : Impacts psychosociaux généraux sur la personne atteinte et ses proches

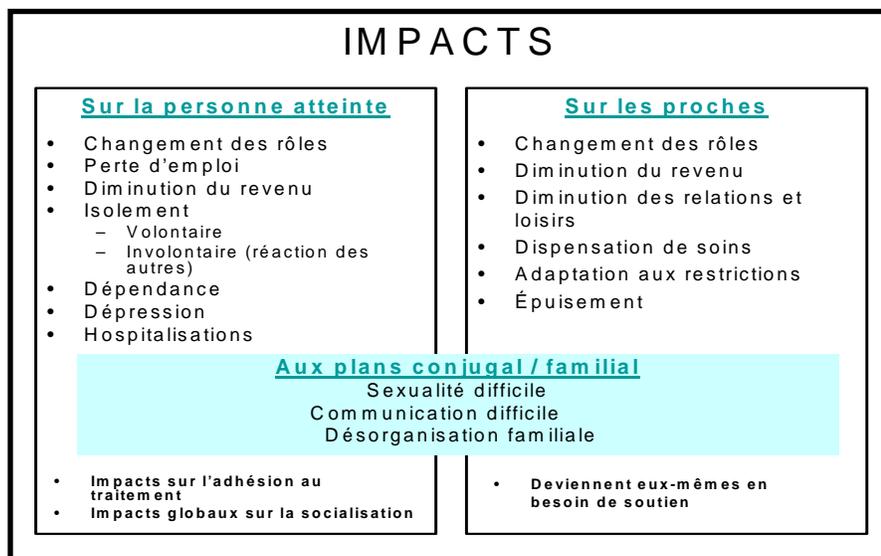


Tableau adapté du *Programme provincial de formation en MPOC et en insuffisance cardiaque*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, mai 2003.

⁷⁷. T.G. Burish, & L. A., Bradley. *Coping With Chronic Disease: Research and Applications*. New York: Academic Press, 1983.

⁷⁸. Maes, Leventhal, H. & DeRidder, D. T. D. (1996). «Coping With Chronic Disease», In M. Seidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, Research, and Applications*, New York: Wiley, p. 221-251.

⁷⁹. S.E., Taylor, & L. G., Aspinwall. *Psychological Aspects of Chronic Illness*. In G. R. VandenBos & P.T. Costa, Jr. (Eds.), *Psychological Aspects of Serious Illness*, Washington, D.C.: American Psychological Association, 1990.

⁸⁰. Jean-Claude Bellavance, «Impacts psychosociaux généraux», adapté des Modules 1 et 2 du *Programme provincial de formation en MPOC et insuffisance cardiaque*, MSSS, 2003.

L'apparition de la maladie chronique amène habituellement une personne à traverser des phases d'adaptation à la maladie, qui s'apparentent aux étapes de deuil d'Élisabeth Kübler-Ross⁸¹. Au cours de sa vie, la personne atteinte d'une maladie chronique devra composer avec différentes pertes qui auront un impact sur son quotidien : obligation de prendre une médication à vie, perte des capacités physiques, baisse du degré d'autonomie, impacts psychosociaux, etc.

À partir des phases d'adaptation à la maladie telles que décrites par Élisabeth Kübler-Ross, chaque personne traverse ces différents stades à un rythme qui lui est propre. En général, elle progresse normalement vers une phase d'adaptation à la maladie où la principale préoccupation est d'apprendre à fonctionner en tenant compte de celle-ci, afin d'en arriver à une meilleure qualité de vie possible. Plusieurs facteurs peuvent influencer ce processus d'adaptation: la capacité personnelle d'adaptation, les expériences antérieures d'adaptation, les relations avec les proches, l'environnement social et professionnel, la situation financière, les antécédents de dépression et d'anxiété et l'efficacité personnelle perçue pour passer à travers les phases.

Vivre avec une maladie chronique demeure une réalité qui peut devenir difficile, tant pour la personne atteinte que pour les proches qui l'entourent. Plusieurs changements sont souvent à prévoir pour s'adapter à cette nouvelle vie. Il faut du temps pour s'adapter et chaque personne réagit différemment à l'impact sur elle-même d'une telle maladie. Certaines d'entre elles ont besoin d'aide pour faire face aux changements imposés.

Suite à un diagnostic de maladie chronique, la personne peut voir l'ensemble de ses rôles sociaux transformés. D'abord il y a la première phase de la maladie qui affecte l'exercice de certains rôles de façon importante, phase dans laquelle la personne peut même vivre une profonde dépression ou un sentiment que sa vie est terminée. Puis s'installe la phase chronique de la maladie qui lui demandera d'abandonner certains rôles et de transformer tous les autres. Ces changements ont pour effet de l'amener à redéfinir son identité sociale et de se demander « Qui suis-je maintenant ? ». Elle devra aussi transformer les rôles qu'elle occupe en tenant compte des impacts de sa maladie chronique (rechutes imprévues, manque d'énergie, rythme d'activité plus lent, endurance moins grande, etc.).

De plus, ce diagnostic aura des répercussions sur les personnes de son réseau social, particulièrement sur ses proches. Il a été démontré que la famille, les amis et les connaissances ont souvent beaucoup de mal à s'adapter aux changements apportés par la chronicité de la maladie de la personne⁸². La réaction sera d'autant plus négative si les membres de son entourage croient que la personne a une responsabilité dans ce qui lui arrive⁸³. Les études démontrent que le sentiment le plus fréquent face à la maladie chronique dans l'entourage de la personne est l'ambivalence. L'expression verbale de l'affection et de la chaleur de l'entourage pourra, par exemple, être accompagnée de comportements de répulsion ou de rejet exprimés à travers leur langage corporel⁸⁴. La personne atteinte reçoit un double message qui rend difficile l'interprétation et la réaction à ces comportements chroniques.

⁸¹. E. Kübler-Ross.. *La mort; dernière étape de la croissance*, Ottawa, Éditions Québec/Amérique, 1981.

⁸². B. L. Fife, & E. R.,Wright. The Dimensionality of Stigma: «A Comparison of its Impact on the Self of Persons With HIV/AIDS and Cancer», *Journal of Health and Social Behaviour*, 2000;41:50-67.

⁸³. R.Schwarzer, & , B . Weiner.. «Stigma Controllability and Coping as Predictors of Emotions and Social Support», *Journal of Social and Personal Relationships*, 1991;8:133-140.

⁸⁴ C.B. Wortman, et C. Dunkel-Schetter. «Interpersonal Relationships and Cancer: A theoretical Analysis», *Journal of social Issues*, 1979;35:120-155.

Les transformations psychosociales apportées par la maladie chronique peuvent aussi s'avérer positive. Certains liens avec les autres peuvent être revalorisés, de nouveaux liens établis et valorisés par l'entourage. La personne peut se trouver une nouvelle identité sociale associée à de nouveaux rôles très valorisants. À titre d'exemple, suite à son cancer et à l'amputation de sa jambe, Terry Fox a décidé de mener une campagne de levée de fonds pour le cancer. Ce nouveau rôle lui a valu et lui vaut encore, même après sa mort, l'estime et l'admiration de tout le pays.

La maladie chronique touche plusieurs autres volets de la dimension psychosociale, comme par exemple le domaine de la sexualité. Cette dimension est traitée de façon plus spécifique à la section 4.6. Les problèmes sexuels peuvent s'ajouter aux autres facteurs mettant à l'épreuve la relation conjugale déjà soumise aux autres impacts d'une maladie chronique⁸⁵.

La réalisation par le travail constitue un élément important de l'estime de soi et du concept de soi³⁸. Si l'exercice de ce travail est impossible ou grandement diminué par la maladie chronique, cela aura un impact négatif sur l'estime de soi de la personne. Si, par contre, l'individu peut poursuivre certaines de ses activités malgré la maladie chronique, ceci peut s'avérer bénéfique pour la reconstruction de l'identité sociale, après le choc initial vécu au début de la maladie.

Les variables biocliniques déterminent peu l'invalidité. Ce ne sont pas tant la maladie et ses séquelles qui sont importantes, mais la façon dont la personne perçoit la situation⁸⁶.

Le facteur déterminant de l'invalidité ou du handicap n'est pas la gravité de la maladie. Dans la majorité des cas, l'adaptation de la personne à sa maladie, davantage que la maladie elle-même, semble le meilleur indice « prédictif » de la récupération de la qualité de vie et de la réintégration au travail.

Les variables qui apparaissent les plus déterminantes en ce qui a trait à la récupération de la qualité de vie et à la réintégration au travail sont :

- l'âge;
- les facteurs psychologiques (indice de dépression, déni sévère);
- la perception qu'a la personne de sa condition de santé et de ses perspectives futures;
- la qualité du soutien psychosocial offert par le réseau naturel ou des ressources professionnelles;
- la participation à un programme de réadaptation (éducation, entraînement physique, intervention psychosociale de soutien);
- le type de travail exercé et la « réceptivité » du milieu de travail au retour du travailleur ayant vécu un problème de santé spécifique.

Deux troubles psychologiques démontrés pour les personnes atteintes de maladies cardiaques sont applicables aux autres maladies chroniques. Ces troubles sont souvent sous-évalués.

- L'anxiété peut se manifester sous forme de trouble de panique ou d'anxiété généralisée. Plusieurs études soutiennent qu'un haut niveau d'anxiété chronique peut augmenter le

⁸⁵ S.E. Taylor, (2003), *Health Psychology*, (Fifth ed.) Boston Mc Graw Hill.

⁸⁶ S. Dumont, et J. Jobin, « La réintégration au travail des personnes ayant survécu à un infarctus du myocarde : Mise à jour et voies de développement pour l'intervention clinique », *Canadian Journal of Cardiology*, vol.8, no.6, août 1992, p.620-626.

risque cardiovasculaire par des mécanismes physiologiques directs (comme l'augmentation de l'activité sympathique et la dépression des fonctions parasympathiques) ainsi que par des mécanismes indirects, tels que l'inobservance du traitement médical et le maintien des mauvaises habitudes de vie⁸⁷. De plus, l'exacerbation du trouble anxieux peut mener à la dépression.

- Près d'un tiers des personnes atteintes de maladies chroniques développe des symptômes de dépression et près du quart souffre de dépression sévère^{88,89}. La combinaison de symptômes dépressifs à une maladie chronique diminue de moitié le niveau d'ajustement et de fonctionnement social par rapport à l'une ou l'autre de ces conditions isolées. De plus, la dépression majeure chez cette clientèle est reconnue comme étant un facteur « prédictif » d'un événement cardiaque majeur dans les douze mois suivant la maladie (indépendamment de la gravité de la condition, de la fraction d'éjection ou du tabagisme). Elle est également un facteur de risque indépendant de mortalité par maladie cardiovasculaire à l'intérieur de six mois lorsqu'elle affecte des personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde.

En résumé, la maladie chronique a souvent pour effet d'amener chez la personne atteinte un changement dans son rapport aux autres. Il en découle donc un changement d'identité sociale, des rôles qu'elle exerce et du statut de rôle que lui confèrera son entourage. Ces changements constituent souvent des pertes et des deuils. De ce même changement du rapport aux autres peuvent découler des effets bénéfiques ou non pour la personne. Un dépistage et une évaluation complète sur le plan psychosocial sont nécessaires pour aider les personnes à risque à faire le nécessaire pour améliorer leur santé.

4.5.2 Objectifs

– OBJECTIF PRINCIPAL

Stabiliser les conditions psychologiques aiguës des individus, des proches ou de la famille (dépression, déni sévère, incapacités transactionnelles, etc.) à un niveau qui permette de participer au programme de réadaptation.

– OBJECTIFS SECONDAIRES

- Identifier les difficultés et les pistes de solution au regard du processus de réadaptation;
- améliorer chez les participants le degré de confiance en soi et en ses capacités;
- optimiser le niveau d'autonomie des personnes et le recouvrement de rôles sociaux;
- susciter l'engagement des proches.

⁸⁷ A. Steptoe. «Invited Review : the Link Between Stress and Illness», *Journal of Psychometric research*, 1991;35(6):633-44.

⁸⁸ L. Moody, K. McCormick, et A. Williams. «Disease and Symptom Severity, Functional Status, and Quality of Life in Chronic Bronchitis and Emphysema (CBE)», *Journal of Behavioral Medicine*, 1990;13:297-306.

⁸⁹ G. Rodin, et K. Voshart. «Depression in the Medically Ill : an Overview», *American Journal of Psychiatry*, 1986;143:696-705

4.5.3 Dépistage des risques au plan psychosocial

Le dépistage et l'évaluation plus détaillée des besoins peuvent être réalisés par des intervenants différents et dans des lieux variés. L'annexe 18 reprend la typologie des personnes à risque au plan psychosocial, soit :

- la personne dépressive;
- la personne avec une anxiété d'adaptation;
- la personne en déni d'adaptation;
- la personne en déni sévère.

Les risques à ce niveau sont sous-évalués et sous-diagnostiqués. Cependant ils influencent l'observance aux traitements, l'implication de la personne dans son processus de réadaptation et le retour à la santé.

4.5.4 Évaluation et diagnostic

Les principaux éléments à considérer pour procéder à une évaluation des difficultés psychosociales sont le niveau d'adaptation de la personne, la perception de sa maladie, le niveau de soutien social et les risques de dépression.

- **Niveau d'adaptation de la personne**

Pour situer le niveau d'adaptation de la personne dans son cheminement, l'analyse du processus de deuil est un guide. Ce processus comporte plusieurs étapes qui sont vécues différemment selon le cheminement de chacun. Les trois principales étapes décrites ci-dessous sont celles vécues par la plupart des gens :

- **Étape de choc :**
cette étape fait suite à l'annonce du diagnostic de la maladie, de même qu'à l'annonce du fait que cette maladie est chronique, irréversible et évolutive. Cette annonce vient anéantir tout espoir de guérison. Cette étape est caractérisée principalement par la négation de la maladie qui peut être de courte durée, mais qui peut persister.
- **Étape de bouleversement :**
cette étape s'installe au moment où l'état de choc commence à se dissiper et que le processus de négation s'estompe. Les émotions font surface et c'est ainsi qu'apparaissent différentes réactions:: tristesse, anxiété, colère, culpabilité, sentiment d'impuissance, isolement, réactions dépressives, etc. Cette étape, considérée comme essentielle au processus de deuil, est caractérisée par la réaction dépressive qui peut évoluer vers une dépression.
- **Étape de reconstruction :**
l'adaptation à la maladie s'amorce. C'est l'étape où la personne recherche un nouveau sens à sa vie. Elle commence à tenir compte davantage de ses capacités résiduelles. Elle devient de moins en moins centrée sur ses pertes. Elle s'investit dans de nouveaux projets plus réalistes et adaptés à sa condition de santé. C'est l'étape où la personne prend en charge sa situation et se met en action pour atteindre le niveau de qualité de vie désiré.

- **Perception de la personne**

Il est important de vérifier la compréhension que la personne a de sa maladie chronique et l'impact de celle-ci sur ses rapports sociaux. Cette vérification permettra de dépister la présence de mythes au sujet de l'impact de la maladie au plan psychosocial et d'évaluer le besoin d'éducation.

- **Niveau de soutien social**

Il importe d'évaluer si la personne a un réseau d'aidants naturels ainsi que la réaction de ces derniers à la maladie chronique. Les proches démontrent-ils des signes d'ambivalence ? Sont-ils aptes à offrir le soutien social nécessaire ? La personne et ses proches peuvent-ils bénéficier d'autres ressources ? Si le réseau naturel est inexistant ou inadéquat, quels sont les autres sources de soutien pouvant aider la personne atteinte ?

- **Risque de dépression**

L'observation de signes de dépression chez la personne est aussi importante à faire (fatigue, difficulté à dormir, perte de poids, perception négative d'elle-même, fatalisme morbide, agressivité, non fidélité au traitement, etc.). Ces symptômes sont parfois interprétés comme des effets de la maladie chronique et la dépression est alors ignorée. L'évaluation du risque de dépression chez la personne est importante, étant donné la fréquence de cette réaction et l'impact dévastateur sur ses capacités et sur le plan psychosocial.

4.5.5 Intervention psychosociale

Les interventions touchant la dimension psychosociale ont pour but d'aider la personne à :

- explorer ses émotions et l'impact de sa maladie sur sa vie sociale;
- saisir la valeur des rôles qu'elle occupe et peut occuper;
- redéfinir son identité et les rôles qu'elle peut jouer de façon réaliste en tenant compte de son état chronique;
- faire le deuil de certains aspects de sa vie;
- transiger avec la réaction des personnes qui ne peuvent composer avec la nature et la chronicité de la maladie;
- soutenir les participants dans la réintégration au travail;
- orienter vers les ressources spécialisées au besoin.

L'ensemble de ces objectifs peut également s'adresser aux proches de la personne.

Pour rencontrer ces objectifs, on aura recours à l'éducation de la personne, au soutien social, à la gestion du stress, à la réintégration au milieu de travail ainsi qu'à l'aide psychologique.

- **Éducation**

La connaissance de la maladie chronique et l'apprentissage à l'autonomie contribuent à l'adaptation et aide la personne dans son rapport à l'autre. Les programmes d'éducation

donnent des informations sur la maladie, sur les problèmes liés à la maladie et sur les moyens et les techniques pour prodiguer les soins⁴². Ils peuvent être accessibles de différentes façons (programme d'éducation, sites Internet). Dans une perspective de soutien, il est important que les aidants naturels soient aussi impliqués dans ces interventions d'éducation.

- **Intervention au niveau du soutien social**

Le soutien psychosocial se situe dans une perspective d'adaptation à la maladie et de l'adaptation au traitement de la maladie. En ce sens, tous les intervenants sont porteurs du volet social de la réadaptation. Ils ont une responsabilité en matière de socialisation, d'éducation et de formation pour diminuer l'anxiété, soutenir et encourager l'amélioration de la perception de l'efficacité personnelle chez l'individu.

Par ailleurs, plusieurs études démontrent que le soutien social contribue largement à une meilleure adaptation, à une meilleure santé et longévité chez les personnes^{43 44}. Il est important pour elles d'avoir accès à différents types de groupes offrant du soutien, tels : groupes de soutien, groupes communautaires, groupes d'intérêt, groupes d'exercices, groupes d'entraide⁴⁵. Les groupes de soutien permettent aux participants d'échanger sur les préoccupations liées à leur maladie. Ils offrent des informations précises sur des expériences vécues par d'autres personnes atteintes et qui ont résolu avec succès des problèmes liés à la maladie. Ils donnent aussi l'occasion de partager ses émotions avec d'autres⁴⁶. Des groupes de soutien via Internet existent et semblent avoir un effet bénéfique⁴⁷. Ces groupes permettent de combler des besoins que le réseau naturel ne peut offrir.

- **Intervention en gestion du stress**

Le stress est négatif lorsque la personne perçoit qu'elle n'a pas les ressources nécessaires pour faire face à son environnement ou à sa situation. L'impact du stress sur le développement des maladies chroniques et sur la qualité de vie peut se faire en fonction de deux mécanismes.. Ainsi, il peut accentuer le développement de certaines pathologies :

- par une activation du système nerveux sympathique (voie psychophysiologique) ;
- en interférant avec divers comportements de santé (consommation de tabac ou d'alcool, sommeil, sédentarité, etc.) (voie comportementale).

Diverses activités peuvent aider les personnes à contrôler leur stress. L'activité physique, le yoga, les activités de loisirs et de détente et les groupes de soutien contribuent au bien-être psychologique et permettent de réduire le stress et de le maintenir à un niveau acceptable.

⁴² S. H. Budman. «Behavioral Health Care Dot-Com and Beyond. Computer-Mediated Communications in Mental Health and substance abuse treatment», *American Psychologist*, 2000;55:1290-1300.

⁴³ A.J. Christensen, J.S. Wiebe, T. W. Smith, C. W. Turner. «Predictors of Survival Among Haemodialysis Patients: Effect of Perceived Family Support», *Health Psychology*, 1994;13:521-525.

⁴⁴ R. M. Kaplan, & M. T. Toshima, (1990). The Functional Effects of Social Relationships on Chronic Illnesses and Disability, dans B.R. Sarason, I.G. Sarason, & G.R. Pierce (Eds.), *Social Support: An Interactional View*, New York, Wiley-Interscience, 1990, p. 427-453.

⁴⁵ P. Messeri, M. Silverstein, E. Litwak(1993). «Choosing Optimal Support Groups: A review and Reformulation», *Journal of Health and Social Behavior*, 1993;34:122-137.

⁴⁶ B. H. Gottlieb, (Ed.). *Marshalling Social Support: Formats, Processes, and Effects*, Newbury Park, Sage, 1988, et B. H. Gottlieb. *Social Support Strategies: Guidelines for Mental Health Practice*, Beverly Hills, Sage, 1983.

⁴⁷ C.F. Telch, & M. J. Telch, (1986). «Group Coping Skills Instruction and Supportive Group Therapy for Cancer Patients: A Comparison of Strategies», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986;54:802-808.

Certaines personnes gérant plus difficilement leur stress auront besoin d'une démarche particulière.

Des outils sont disponibles pour aider la personne à faire l'inventaire de ses symptômes de stress et les occasions de stress auxquelles elle doit faire face. (Voir les annexes 19 et 20 « Inventaire des symptômes de stress et Inventaire des occasions de stress »).

- **Soutien à la réintégration au travail**

Les personnes atteintes de maladies chroniques et leur milieu de travail (collègues et patrons) ont souvent des idées préconçues de la problématique liée au retour au travail. Des craintes et parfois des préjugés se manifestent de part et d'autre. Cette dimension doit être systématiquement abordée par les professionnels du programme.

- **Intervention psychologique ou psychosociale spécialisée**

L'intervention psychosociale spécialisée est requise pour les participants ayant des difficultés particulières et aiguës. Ces interventions sont plus épisodiques que continues, correspondant aux périodes de crises de la maladie. Cette thérapie sera faite en collaboration avec le médecin, le thérapeute devant être informé de l'impact de cette maladie chronique sur la vie de la personne. La psychothérapie brève est une autre approche fréquemment utilisée avec les personnes atteintes de maladies chroniques. De façon générale, l'intervenant ne doit pas présumer des besoins du participant ou être en combat avec celui-ci. Il doit susciter la confiance et le respect pour que la personne revienne.

4.5.6 Indicateurs de référence et outils

Il importe de bien comprendre les phases d'adaptation, puisqu'elles vont faciliter le repérage de la clientèle aux prises avec des difficultés reliées aux impacts de la maladie chronique. En présence des indicateurs de référence suivants, la personne devrait être orientée pour une consultation psychologique ou psychosociale :

- signes élevés d'anxiété et d'inquiétude;
- éléments dépressifs persistants : isolement, insomnie, perte d'appétit;
- non adhésion à la médication et aux consignes médicales;
- relations tendues avec les proches en lien avec la maladie;
- expression d'un besoin d'aide par la personne elle-même ou ses proches;
- signes d'épuisement chez les proches;
- situation d'une personne de 75 ans et plus vivant seule;
- toutes autres manifestations de risques : abus, violence, négligence, signes de perturbation et de détresse, alcoolisme, toxicomanie, jeux compulsifs.

4.6 Volet sexualité

4.6.1 Problématique

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

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

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

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

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

— EFFETS DE LA MALADIE CHRONIQUE SUR L'EXPRESSION DE LA SEXUALITÉ

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

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

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

- LES DYSFONCTIONS SEXUELLES RÉPERTORIÉES

- **Pour les hommes** : les troubles du désir, la dysfonction érectile et l'éjaculation prématurée. Les troubles du désir s'expliquent par la peur, l'anxiété et l'angoisse créées par le désir de performance et l'image altérée suite à la maladie. Pour sa part, rarement la dysfonction érectile est exclusivement physique. En effet, elle serait due majoritairement à l'anxiété alors que la personne croit que c'est la maladie qui en est responsable. Par exemple, dès que l'homme se met en position de spectateur envers son érection en se demandant s'il sera capable cette fois-ci d'avoir et de maintenir une érection, il est presque certain qu'elle n'arrivera pas puisque l'anxiété provoquée par cette interrogation altère tout le processus physique et psychologique nécessaire à celle-ci. Finalement, l'éjaculation prématurée est expliquée, entre autres, par le désir de terminer la rencontre sexuelle précocement de peur de provoquer de l'angine ou une nouvelle crise.
- **Pour les femmes** : les troubles du désir s'expliquent, entre autres, par la peur de ne pas être aussi attirante qu'avant pour le partenaire (principalement dans le cas d'une chirurgie). De plus, des anorgasmies secondaires, de la dyspareunie lors des rapports sexuels, du vaginisme et de l'aversion sexuelle sont également répertoriés⁴⁸

4.6.2 Intervention et préoccupations

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

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

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

⁴⁸. Bernardo, R.J. *Clin Psychiatry* 2001 ; 62 : 406-12.

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

Ces points serviront de base pour des discussions entre conjoints ou avec les intervenants de la santé. Ainsi, l'éducation sexuelle suggérée est en lien avec les questionnements universels du départ et devrait désamorcer des inquiétudes avant que celles-ci ne s'accumulent. Le simple

fait de les mentionner à la personne peut réussir à diminuer l'anxiété liée au retour à la sexualité d'avant la maladie éviter les frustrations et l'éloignement entre les partenaires.

4.7 Dimension spirituelle de la personne

De tout temps, et dans toutes les civilisations, la dimension spirituelle est considérée comme un aspect fondamental et déterminant de la nature humaine. Aujourd'hui, des études et des recherches viennent démontrer comment le bien-être spirituel représente un aspect significatif du bien-être et un déterminant de la santé. Dans des études sur les maladies coronariennes, les auteurs voient la spiritualité comme un élément essentiel, mais négligé du cheminement des patients vers la santé : « *Les études sur les patients hospitalisés dans un établissement de soins aigus montrent qu'une proportion allant d'un à deux tiers de tous les patients et résidents souhaitent recevoir des soins spirituels* »⁴⁹. Une enquête récente du Centre de pastorale de la santé et des services sociaux⁵⁰ confirme la présence de besoins spirituels et religieux chez les personnes hospitalisées et hébergées.

4.7.1 Définition de la dimension spirituelle

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

Dans une vision holistique⁵¹ de l'être humain, la dimension spirituelle lui est inhérente : elle est intégrée dans tout son être, elle fait corps avec lui. Toute personne vit une expérience spirituelle⁵², que ce soit tout au cours de son histoire ou en fin de vie. Cette expérience renvoie à sa profondeur, au mouvement de son désir profond, c'est-à-dire à ce qui anime fondamentalement la personne, à son âme. Elle renvoie aussi à son ouverture et à son lien à la transcendance ou à Dieu. C'est alors qu'on utilise les termes « religieux », dans le sens de « relié » à un tout-Autre. Cette dimension religieuse se rattache souvent à une tradition et se vit par des rituels, dans la liturgie et par l'appartenance à une communauté de foi.

D'autres auteurs parlent de la dimension spirituelle ou créative⁵³. Pour eux, l'activité spirituelle n'est pas seulement notre relation à Dieu, mais notre capacité d'engagement, de créativité et de transcendance. Elle est aussi la capacité de recul critique par rapport à l'activité spirituelle et de contribution à celle-ci.

Elle se distingue de la religion, qui est « *un ensemble de croyances, de rituels et de pratiques organisés avec lesquels une personne s'identifie et veut être associée. Ceci implique la*

⁴⁹ D. Ornish. *Love & Survival. The Scientific Basis for the Healing Power of Intimacy*, New York: Harper Collins Publishers, 1998.

⁵⁰ Centre de pastorale de la santé et des services sociaux (CPSSS). *Rapport d'enquête exploratoire des besoins spirituels et religieux des usagers de la région 03*. (Document en cours de rédaction).

⁵¹ S. Pacot. *L'évangélisation des profondeurs*, Paris, Éditions du Cerf, 1997, p. 19.

⁵² J.-G. Saint-Arnaud. *Quitte ton pays, l'aventure de la vie spirituelle*, Montréal, Médiaspaul, 2001, p 26-27.

⁵³ B.M. Ashley, & K.D. Rourke. *Health Care Ethics. A theological Analysis* 4th Ed., Washinton DC., Georgetown University Press, 2000.

vénération d'une divinité, d'un être supérieur avec d'autres qui ont les mêmes croyances et la même foi»⁵⁴.

Comment la dimension spirituelle peut-elle se manifester ? Elle se manifeste lorsqu'une personne se questionne sur le sens profond des choses, de sa vie et cherche à comprendre sa place, son rôle dans ce monde. Le questionnement spirituel se situe donc à un niveau qui transcende le quotidien. Si elle transcende le quotidien, la spiritualité est toutefois aussi au cœur du quotidien «...vécue à travers les relations sociales»⁵⁵. Chez les personnes atteintes de maladies chroniques, la préoccupation spirituelle se manifeste pour certaines par le questionnement de la personne face au sens à donner à sa maladie et à la chronicité de celle-ci : pourquoi je souffre ? Pourquoi cela m'arrive-t-il à moi ? Si la personne est croyante, les questions peuvent être dirigées vers le dieu de sa croyance : Dieu veut-il que je souffre ? Pourquoi Dieu permet-il que cela m'arrive ? M'a-t-il abandonné ? Pour d'autres, la préoccupation spirituelle se manifeste par des rites, des prières, des lectures ou d'autres moyens.

La dimension spirituelle se développe-t-elle ? La spiritualité se développe tout au long de la vie de l'individu et peut aussi décliner si elle est négligée. Chaque personne rencontrée sera à un niveau de développement spirituel différent. Son expression peut varier selon le contexte de vie de la personne et selon sa culture. Certaines situations stressantes, comme par exemple la phase aiguë d'une maladie (lorsque toutes les activités sont interrompues) peuvent empêcher l'expression de la spiritualité pour un certain temps (incapacité de méditer, de prier, de faire des lectures et des réflexions spirituelles ou encore d'en parler). L'incapacité d'exprimer sa spiritualité peut-être aussi troublante pour certaines personnes que peut l'être le questionnement spirituel pour d'autres aux prises avec une maladie chronique⁵⁶.

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

⁵⁴ K. L. Mauk, N. K. Schmidt *Spiritual Care in Nursing Practice*, Philadelphia, Lippincott William & Wilkins, 2004.

⁵⁵ M.A., Burkhardt, & M.G.N. Jacobson, (2000). «Spirituality and Health», In B.M. Dossey, L. Keegan, & C.E. Guzzetta (Eds.), *Holistic Nursing: A handbook for Practice*, 3rd ed). Gaithersburg, MD: Aspen, 2000, p. 91-121.

⁵⁶ M. C. Earle. *Beginning Again. Benedictine Wisdom for Living with Illness*, Harrisburg, Morehouse Publishing, 2004.

4.7.2 Dépistage des besoins spirituels

Si le concept de désir⁵⁷ s'avère plus juste pour évoquer la dynamique intime de l'expérience spirituelle d'une personne, on utilise plutôt le terme « besoins spirituels et religieux »⁵⁸ pour proposer une nomenclature. Le terme « besoin » a l'avantage de faire consensus dans le mode de gestion du réseau de la santé et des services sociaux, qui s'élabore à partir des besoins identifiés chez les individus pour prioriser les interventions. Le terme besoin désigne plus clairement l'état intérieur d'une personne en situation de déséquilibre (en recherche « d'homéostasie ») ou de difficulté d'adaptation face à un problème de santé important.

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

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

Tel que définies au *Cadre de référence du Centre de pastorale de la santé et des services sociaux*, six catégories de besoin permettent de cerner la dimension spirituelle. Elles sont présentées au tableau 4.5 et permettent d'approfondir le dépistage de cette dimension⁵⁹.

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

⁵⁷ B. Garcea, *La voie du désir*, Montréal, Médiaspaul, 1997, p. 7-17.

⁵⁸ Centre de pastorale de la santé et des services sociaux (CPSSS). *Rapport d'enquête exploratoire des besoins spirituels et religieux des usagers de la région 03*, (Document en cours de rédaction). Voir la section « contexte théorique de l'enquête exploratoire ».

⁵⁹ Ibid. Il s'inspire aussi de la «Grille de dépistage de l'historique spirituelle» de Puchalski et Romer publiée en 2000: Notez que les questions 2.3, 2.4 et 4.1 du tableau *Dépistage des besoins spirituels* sont directement tirées de cette grille.

Tableau 4.5 Dépistage des besoins spirituels

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

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

4.7.3 Intervention en ce qui a trait à la dimension spirituelle

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

L'animateur de pastorale accueille et entend la personne afin de voir où elle se trouve spirituellement, psychologiquement et physiquement. Par l'écoute attentive, l'empathie et la compassion, il l'amène à cheminer selon son désir profond afin qu'elle retrouve un sens à sa dignité comme personne, un sens à sa vie, une espérance et une paix intérieure. « James a été capable d'intégrer un cancer incurable dans sa vie. Il s'est trouvé une nouvelle mission de vie : aider sa femme et ses enfants à continuer. Dans cette découverte de lui-même comme personne entière malgré sa maladie, il a retrouvé une paix avec lui-même et avec Dieu»⁶⁰, relate Van der Poel⁹¹.

Dans son livre *Beginning again*, l'auteure, elle-même atteinte d'une maladie chronique, propose d'aider le patient à cheminer vers le sentiment de paix et de plénitude en le guidant à travers des étapes qui lui permettront de trouver, à même les difficultés et les embûches que peuvent apporter la chronicité d'une maladie, des opportunités de croissance personnelle, de redéfinition du sens de sa vie et de compréhension plus grande de ce qui anime son intériorité⁶¹.

⁶⁰ Van der Poel, C. J.. *Sharing the Journey. Spiritual Assessment and Pastoral Response to Persons With Incurable Illnesses*, Minnesota, Collegeville, The Liturgical Press, 1998.

⁶¹ M.C. Earle. *Beginning Again. Benedictine Wisdom for Living with Illness*, Harrisburg, Morehouse Publishing, 2004.

Dans son livre *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness* (2000), Miller propose des interventions en nursing qui peuvent amener de l'espoir aux personnes. Mauk & Schmidt les présentent ainsi⁶² :

Tableau 4.6 Modèle d'intervention pour maintenir l'espoir

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

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

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

L'intervenant du *Programme Traité santé*, en tant que partenaire de la personne dans son apprentissage de la prise en charge de sa maladie chronique, de sa santé et de sa vie, veillera

⁶² K. L.. Mauk, N. K.. Schmidt, (2004). *Spiritual Care in Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

à aider celle-ci à identifier les moyens ou les ressources les plus appropriés pour elle au niveau de son expérience spirituelle.

4.8 Les maladies cardiovasculaires chez les femmes, quelques particularités

4.8.1 Problématique

Les maladies cardiovasculaires (MCV) représentent la principale cause de mortalité et de morbidité chez les canadiennes⁶³. Les coronaropathies sont la cause de nombreux décès chez les femmes⁶⁴. Les nouvelles lignes directrices fondées sur les preuves issues des études récentes favorisent des stratégies de prévention des MCV en fonction du sexe⁶⁵. Chez les femmes, la manifestation clinique des maladies coronariennes est plus tardive et apparaît en moyenne dix ans plus tard comparativement aux hommes⁶⁶. Cet âge plus avancé lors du début des MCV est associé à une augmentation des comorbidités tels que le diabète, l'hypertension artérielle et l'insuffisance cardiaque⁶⁷. Plusieurs autres comorbidités peuvent également être présentes et interférer avec le processus de réadaptation (cancer, ostéoporose, fibromyalgie, obésité etc.).

4.8.2 Signes et symptômes de la maladie cardiaque chez la femme

Les femmes méconnaissent les signes précurseurs de la maladie et consultent tardivement leur médecin. Elles ont tendance à moins attribuer leurs symptômes à une cause cardiaque même lors d'un infarctus du myocarde⁶⁸.

Les manifestations des syndromes coronariens (angine ou infarctus du myocarde) incluent une multitude de signes et symptômes⁶⁹.

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

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

⁶³ Site Web de Santé C. Les femmes et la santé cardiovasculaire : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits_cardio.htm.

⁶⁴ American Heart Association. *Circulation* 2004; 109 : 672-93.

⁶⁵ American Dietetic Association. *JADA* 2004; 104 :984-1001.

⁶⁶ NK. Wenger. *Coronary Heart Disease; the Female Heart is Vulnerable. Prog. Cardiovasc. Dis* 2003; 46 :199-229.

⁶⁷ N. Bello, L. Mosca, *Epidemiology of Coronary Heart Disease in Women. Prog. Cardiovasc. Dis* 2004; 46 :287-95.

⁶⁸ H. Meischke, MS. Eisenberg, SM Schaeffer, Sk. Damon, MP. Larsen, DK. Henwood, *Utilization of Emergency Medical Services for Symptoms of Acute Myocardial Infarction. Heart Lung* 1995; 24:11-8.

⁶⁹ Chizner MA. *The Diagnosis of Heart Disease by Clinical Assessment Alone. Curr Probl. Cardiol.* 2001; 26 :285-379.

Tableau 4.7 Résumé des différences lors de symptômes liés au syndrome coronarien

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

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

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

Ce tableau démontre que plusieurs symptômes sont comparables entre les sexes, mais certains symptômes atypiques ont été plus fréquemment rapportés chez la femme. Les symptômes à la poitrine sont toutefois de forts prédicteurs d'un syndrome coronarien aigu chez les femmes et sont les plus fréquemment rapportés. Néanmoins, une récente étude menée chez 515 femmes ayant subi un infarctus du myocarde rapporte que la douleur aiguë à la poitrine était absente chez 43 % des patientes. En phase aiguë, les femmes ont rapporté plus fréquemment⁷⁰ :

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

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

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

⁷⁰ JC. McSweeney, et al. «Women's Early Warning Symptoms of Acute Myocardial Infarction», *Circulation*, 2003;108:2619-23.

Donc les femmes avec syndrome coronarien aigu peuvent présenter un tableau mixte incluant à la fois des symptômes typiques et atypiques⁷¹.

Chez la femme, la description de la douleur ressentie peut être décrite différemment des hommes. Elle est plus généralisée, plus discrète et plus subtile, graduelle et parfois aiguë, ou simplement passagère ou encore prolongée⁷². La douleur au repos survenant pendant des périodes de stress ou pendant le sommeil est un autre signe annonciateur de la maladie. Cette même étude a révélé que seulement 30 % des femmes ont une douleur sévère à la poitrine ou au bras et 25 % n'ont rapporté aucune douleur ou très peu de douleur lors d'un infarctus. Or, les symptômes les plus fréquents sont des épisodes de sueurs froides (60 %), la fatigue (55 %) et un inconfort général à la poitrine (50 %).

Une étude suggère que les femmes, avant la ménopause, présenteraient davantage de symptômes atypiques à la poitrine (douleur à droite, sensation de plénitude) comparativement aux femmes après la ménopause⁷³. Peu importe le statut hormonal, la majorité des femmes rapportent fréquemment des symptômes typiques à la poitrine (douleur substernale, à gauche). Le déni face à la maladie coronarienne serait un comportement commun chez les femmes, qui refuseraient de reconnaître leurs symptômes et leur importance. De plus, comme la maladie coronarienne est plus rare chez cette population, le diagnostic d'angine ou d'infarctus du myocarde est souvent tardif, entraînant des répercussions significatives sur le traitement. La récupération de la maladie sera plus difficile et influencera ainsi le processus de réadaptation, qui pourrait être plus long et nécessiter plus de soutien.

La ménopause amène des changements affectant négativement le profil de risque cardiovasculaire. Une série de changements métaboliques et hémodynamiques survient après la ménopause et serait probablement attribuable à la perte d'effets protecteurs des hormones sexuelles⁷⁴.

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

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

⁷¹ JC. McSweeney et al. Women's Early Warning Symptoms of Acute Myocardial Infarction», *Circulation* 2003;108

⁷² Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale. *Revue de littérature Santé des femmes*, avril 2005, p.33.

⁷³ J. Méthot, BA. Hamelin, P. Borgaty, M. Arsenault. S. Plante, P. Poirier. *Womens Health*, 2004;13(6):695-702.

⁷⁴ G. Mercurio, S. Zoncu, F. Dragoni, «Gender Differences in Cardiovascular Risk Factors», *Ital heart J*,2003;4363-6.

En conséquence, le risque de coronaropathie est plus élevé. En effet, l'augmentation du risque de maladie coronarienne après la ménopause est multiplié par dix, comparativement à seulement 4,6 fois dans le même groupe d'âge chez les hommes⁷⁵.

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

⁷⁵ WI. Duvall. «Cardiovascular Disease in Woman», *Mt Sinai J Med*, 2003;70:293-305.

Chapitre 5

**ASPECTS SPÉCIFIQUES POUR LES
PERSONNES DIABÉTIQUES**

5. ASPECTS SPÉCIFIQUES POUR LES PERSONNES DIABÉTIQUES

Le présent chapitre traite des interventions en réadaptation recommandées pour les personnes atteintes de diabète, et ce, conformément aux dernières lignes directrices du diabète. Le diabète est en soi une maladie chronique. De plus, il est considéré comme un facteur de risque important de la maladie cardiaque. Certaines sections du chapitre 4 sur le contenu du programme pour les personnes atteintes de maladies chroniques, contiennent de l'information pertinente aux clientèles atteintes de diabète : interventions éducatives générales, cessation tabagique, sexualité, psychosocial et enfin la spiritualité.

5.1 Volet diabète

5.1.1 Problématique et objectifs généraux

— PROBLÉMATIQUE

Le diabète est une maladie qui prend actuellement des proportions épidémiques au Québec et au Canada. La plupart des personnes diabétiques de type 2 décèdent des suites d'une maladie cardiovasculaire, d'où l'importance pour les personnes atteintes de s'intégrer à un programme de réadaptation offrant de l'enseignement et une aide globale pour sa prise en charge et celle de ses proches. De plus, les coûts de santé reliés à cette maladie chronique se chiffrent en milliards de dollars par année.

— OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Il est primordial que les participants et leurs proches soient sensibilisés à l'importance du contrôle de la glycémie sur les systèmes organiques du corps humain. Les personnes atteintes doivent :

- intégrer des changements de comportements en ce qui concerne l'alimentation, l'activité physique et l'arrêt tabagique ;
- obtenir l'information nécessaire quant aux précautions à prendre, afin d'éviter les complications de la maladie et aux éléments permettant la prise en charge des facteurs de risque de la maladie cardiaque.

5.1.2 Diagnostic de diabète et classification en fonction de la glycémie

Les lignes directrices canadiennes 2003 de l'Association canadienne du diabète (ACD) recommandent un dépistage précoce et un traitement rigoureux dans le but de prévenir ou de retarder les complications macrovasculaires du diabète.

– CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DIABÈTE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE (ACD)

Un diabète est diagnostiqué chez un individu lorsque l'un des critères ci-dessous est présent. Il importe de confirmer le résultat une seconde fois, un autre jour, à moins d'une preuve sans équivoque d'hyperglycémie accompagnée de décompensation métabolique aiguë.

Tableau 5.1 Diagnostic du diabète¹

DIAGNOSTIC DU DIABÈTE
Glycémie plasmatique à jeun (GPJ) $\geq 7,0$ mmol/L ou Glycémie plasmatique aléatoire (GP) $\geq 11,1$ mmol/L + symptômes du diabète* ou Glycémie plasmatique 2 heures postcharge* de 75 g de glucose $\geq 11,1$ mmol/L

Légende : GPJ : glycémie plasmatique à jeun pendant au moins 8 heures
 GP aléatoire : à tout moment de la journée, sans égard au temps écoulé depuis le dernier repas
 Symptômes du diabète : polyurie, polydipsie et perte de poids inexplicée
 Postcharge : après épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale avec 75 g de glucose

Tableau 5.2 Classification en fonction des glycémies¹

CLASSIFICATION	GPJ		GP 2 heures postcharge de 75 g glucose
Normal	$< 6,1$	et	$< 7,8$
Glycémie à jeun marginale (GJM)	6,1-6,9	et	$< 7,8$
Intolérance au glucose (IAG)	$< 6,1$	et	7,8-11,0
GJM + IAG	6,1-6,9	et	7,8-11,0
Diabète	$\geq 7,0$	ou	$\geq 11,1$

¹ Association canadienne du diabète. *Diabète, Lignes directrices de pratique clinique 2003...*

5.1.3 Autosurveillance de la glycémie, le réflectomètre et les valeurs cibles

L'autosurveillance de la glycémie est indispensable pour toutes les personnes atteintes de diabète de type 1 et pour celles atteintes de diabète de type 2 qui sont traitées à l'insuline. Elle est préférable pour les personnes diabétiques de type 2 traitées aux antidiabétiques oraux et peut être utile pour les personnes contrôlant leur diabète par l'alimentation seulement^{2, 3}.

Les participants exerçant l'autosurveillance :

- ont une meilleure capacité à contrôler leur glycémie;
- peuvent plus rapidement gérer les variations de glycémie avant l'apparition de problèmes sérieux;
- peuvent adapter plus facilement leur traitement aux circonstances du quotidien;
- diminuent leurs risques de développer des complications chroniques en maintenant une glycémie près des valeurs normales;
- augmentent leur fidélité au traitement pour un meilleur contrôle du diabète.

Afin de rendre l'autosurveillance de la glycémie efficace, il faut :

- 1) s'assurer de la qualité et du calibrage du réflectomètre;
- 2) offrir au participant l'enseignement nécessaire sur l'utilisation du réflectomètre;
- 3) indiquer au participant les meilleurs moments de la journée pour prendre ses lectures;
- 4) enseigner au participant à bien faire l'interprétation des valeurs obtenues.

Le diabétique de type 1 doit idéalement prendre ses valeurs de glycémie trois à quatre fois par jour, soit avant tous les repas ou collations de la journée. Le diabétique de type 2 dont la condition est stable peut restreindre sa prise de lecture à une fois par jour.

Tableau 5.3 Objectifs pour le contrôle glycémique selon les lignes directrices de l'ACD 2003³

	A1C (%)	Préprandiale (mmol/L)	2 h Postprandiale (mmol/L)
Objectif pour la majorité des personnes	≤ 7,0	4,0 – 7,0	5,0 – 10,0
Échelle normale (si peut être atteinte sans risque)	≤ 6,0	4,0 – 6,0	5,0 – 8,0

² S. MELTZER et al. «Lignes directrices de pratique clinique 1998 sur le traitement du diabète au Canada», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1998;159(supp. 8).

³ Association canadienne du diabète. *Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Monitoring Glycemic Control*, 2003. p. S21-S23.

5.1.4 Hypoglycémie et hyperglycémie

– HYPOGLYCÉMIE

L'hypoglycémie est observée dans le cas d'une glycémie capillaire inférieure à 4 mmol/L avec des symptômes ou inférieure à 3 mmol/L (vérifiée 2 fois) sans symptômes⁴.

Les causes de l'hypoglycémie et les situations à risque varient d'une personne à l'autre. De façon générale, une erreur (surdose) dans la prise des médicaments, des périodes d'activités physiques prolongées, un retard dans la prise des repas, une diète sévère ou un abus d'alcool peuvent influencer anormalement les valeurs de glycémie.

Le participant qui a recours aux sécrétagogues de l'insuline (sulfonylurées, méglitinides) ou à l'insuline, doit connaître les symptômes et les signes d'hypoglycémie, les heures auxquelles l'hypoglycémie survient, la fréquence, la gravité, les facteurs déclenchant le traitement et la prévention. Les proches doivent aussi connaître ces éléments pour mieux intervenir en cas d'hypoglycémie.

L'hypoglycémie se manifeste de deux façons, selon qu'elle se présente subitement ou plus lentement. La présentation des signes et symptômes apparaît au tableau suivant.

Tableau 5.4 Signes et symptômes de l'hypoglycémie⁵

Subitement	Lentement
Palpitations	Maux de tête
Tremblements	Irritabilité
Sueurs froides	Confusion
Faim soudaine	

⁴ J. DESAULNIERS, D. RIOUX, *Guide pratique du diabète de type 2, Édition du Québec*, Trois-Rivières, FORMED, mai 2002, chapitre 27, p. 173.

⁵ Hôpital Laval, *Enseignement prioritaire du diabète, formation*, 2005.

Tableau 5.5 Recommandations pour corriger l'hypoglycémie

Il faut traiter l'hypoglycémie de la façon suivante :

Pour corriger la glycémie, il est recommandé de suivre les indications suivantes :	
< 4 mmol/L 15 g de glucides (idéalement sous forme de liquide) par exemple l'un ou l'autre de :	< 3 mmol/L 20 g de glucides (idéalement sous forme de liquide) par exemple l'un ou l'autre de:
3 sachets de sucre dilué dans l'eau	4 sachets de sucre dilué dans l'eau
3 cuillères à thé de sucre ou de miel	4 cuillères à thé de sucre ou de miel
120 ml ou 4 onces de boisson gazeuse ordinaire	180 ml ou 6 onces de boisson gazeuse ordinaire
5 comprimés de Dextrosol®	7 comprimés de Dextrosol®
3 comprimés de glucose B.D®	4 comprimés de glucose B.D®
< 2 mmol/L Même traitement que < 3 mmol/L	DANS L'IMPOSSIBILITÉ D'AVALER Glucagon en injection
La personne peut avoir besoin de stimulation	Alimentation aussitôt que la personne reprend conscience

Adapté de l'Hôpital Saint-François d'Assise, *Programme d'enseignement à la clientèle diabétique et à leur famille*, mise à jour août 2003.

Revérifier la glycémie 15 minutes après la correction de l'hypoglycémie et reprendre une des sources de glucides jusqu'à ce que la glycémie soit à 4 mmol/L ou plus. Pour prévenir la chute, si le prochain repas est dans plus d'une heure, il est conseillé d'ajouter un féculent et des protéines.

N.B. Il est très important que les personnes diabétiques, et surtout celles traitées à l'insuline, transportent en tout temps sur elles des glucides à absorption rapide.

Si prescription de Glucagon, enseigner la technique d'utilisation à un membre de la famille.

– Hyperglycémie

L'hyperglycémie est observée lorsque la glycémie s'élève au-dessus de la normale, c'est-à-dire au-dessus de 7 mmol/L avant les repas et au-dessus de 11 mmol/L une à deux heures après les repas.

Les causes fréquentes d'hyperglycémie sont :

- la consommation d'aliments contenant une quantité de glucides supérieure à la quantité recommandée;
- une diminution de l'activité physique;
- un oubli des médicaments;
- une infection;
- le stress;
- certaines médications en vente libre qui font élever la glycémie, comme le sirop par exemple.

Tableau 5.6 Signes et symptômes de l'hyperglycémie⁶

Besoin fréquent d'uriner	Faim exagérée
Soif intense	Amaigrissement
Vision embrouillée	Somnolence
Fatigue	Irritabilité
Bouche sèche	Infection et plaie

La vitesse d'absorption de l'insuline peut être affectée par le site d'injection, l'activité physique ou la quantité d'insuline injectée. Il est important que le participant, devant doser ses injections d'insuline, ses activités physiques quotidiennes et ses repas, reçoive un enseignement spécialisé sur la gestion de la glycémie et sur les types d'insuline qui lui sont prescrits.

5.1.5 Précautions et soins pour le participant diabétique

— CONDITIONS ASSOCIÉES

Maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle, dyslipidémie

Le diabète n'est pas tant considéré comme un facteur de risque que comme une introduction directe vers une MCV. Les problèmes cardiovasculaires reliés au diabète sont nombreux et sont associés à un haut taux de mortalité et de morbidité. Les deux tiers des personnes diabétiques décéderont d'une MCV.

L'hypertension artérielle est répandue chez les personnes atteintes de diabète. Elle est associée à des complications microvasculaires, telles que la néphropathie et la rétinopathie, et à des complications macrovasculaires, tels que l'accident vasculaire cérébral, la maladie coronarienne et les maladies vasculaires périphériques. Il est impératif de traiter l'hypertension chez le diabétique de façon offensive, avec l'objectif de la maintenir à un niveau inférieur à 130/80. L'annexe 13 fournit la classification de la tension artérielle pour un adulte.

Afin de diminuer les facteurs de risque de MCV, plusieurs modifications comportementales et médicales sont de mise, en plus du traitement de l'hypertension artérielle. Une modification des habitudes de vie est nécessaire pour maintenir une meilleure santé cardiovasculaire.

- Des changements alimentaires sont recommandés afin de contrôler la glycémie et de tenter de réduire l'obésité. Si l'indice de masse corporelle est à 25 ou plus, on peut viser une perte de poids équivalant de 5 à 10 % du poids corporel. Une perte de poids lente et maintenue à long terme doit être privilégiée. Les précisions concernant l'alimentation apparaissent aux sections 4.3 et 5.2.
- La pratique quotidienne d'activités physiques est essentielle. (Voir la section 4.2).

⁶ Unité de jour de diabète de l'Hôtel-Dieu du CHUM, *Connaître son diabète pour mieux vivre*, 3^e éd. revue et corrigée, Édition Rogers Media, 2001.

- La cessation tabagique doit être une priorité (voir la section 4.4, qui décrit les interventions existantes en cette matière).
- La très grande majorité des personnes doivent améliorer leur profil lipidique. Règle générale, le portrait lipidique de la personne diabétique montre un taux de LDL-C près des valeurs normales, un taux de HDL-C diminué et des triglycérides augmentés. Le tableau 5.8 illustre les valeurs cibles recommandées pour les personnes diabétiques.

Tableau 5.7 Valeurs cibles du bilan lipidique pour les diabétiques⁷

Risque élevé	
LDL-C	< 2,5 mmol/L
Ratio CT/C-HDL	< 4 mmol/L
Risque modéré	
LDL-C	< 3,5 mmol/L
Ratio CT/C-HDL	< 5 mmol/L

- L'utilisation quotidienne d'aspirine à faible dose, soit 80 à 325 mg, doit être considérée lorsqu'elle n'est pas contre-indiquée.
- L'épreuve d'effort est suggérée avant de commencer un programme d'activité physique d'intensité modérée à élevée.

OBÉSITÉ

Dans notre société, la prévalence de l'obésité a pris des proportions alarmantes. L'obésité est une problématique multifactorielle grave associée à plusieurs comorbidités, dont le diabète, la maladie cardiovasculaire, les dyslipidémies et l'hypertension artérielle. Une personne dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30 kg/m², est considérée comme obèse.

Tableau 5.8 Classification du surpoids et de l'obésité selon l'IMC⁸

Classification	IMC (kg/m ²)	Risque de comorbidité
Poids insuffisant	< 18,5	Accru
Normal	18,5 - 24,9	Moindre
Surpoids	25 - 29,9	Accru
Obésité classe 1	30 - 34,9	Élevé
Obésité classe 2	35 - 39,9	Très élevé
Obésité classe 3	> 40	Extrêmement élevé

⁷ Association canadienne du diabète. *Diabète, Lignes directrices de pratique clinique 2003*.

⁸ OMS. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic : Report of a WHO. Consultation on Obesity, 2000*.

La littérature scientifique démontre que pour les personnes obèses diabétiques de type 2, la perte de poids, même modeste, est le moyen le plus efficace pour améliorer la sensibilité des tissus à l'insuline, diminuer la glycémie et réduire significativement le risque de mortalité et de comorbidité. L'obésité associée au diabète aggrave les risques de développer une maladie cardiovasculaire. Donc, pour obtenir une perte de poids, il est préférable d'associer l'exercice physique aux changements alimentaires. Dans certaines situations, des traitements pharmacologiques peuvent être utilisés et la chirurgie bariatrique peut même devenir une issue à considérer.

Syndrome métabolique

Également connu sous le nom syndrome X, le syndrome métabolique n'est pas une maladie spécifique, mais désigne une série de problèmes liée à un mauvais métabolisme corporel, pouvant mener à des maladies plus graves comme les troubles cardiovasculaires et le diabète de type 2. La définition clinique du syndrome métabolique repose sur cinq paramètres, mais il se définit sur la base de trois des cinq critères. Chez les personnes atteintes du syndrome métabolique, la probabilité de présenter un accident cardiovasculaire est multipliée par 3. La sédentarité et une mauvaise alimentation sont les principales causes du problème. Des changements aux habitudes de vie suffisent pour agir sur les facteurs de risque qui engendrent le syndrome métabolique⁹. Des études récentes ont démontré que les personnes atteintes du syndrome métabolique sont plus exposées au diabète et aux maladies cardiovasculaires. Il importe de connaître les cinq paramètres qui contribuent à définir ce nouveau concept clinique.

Le syndrome métabolique est une condition très courante qui a plusieurs facettes et qui est caractérisée par divers troubles métaboliques tels que l'obésité, la résistance à l'insuline, la dyslipidémie, l'intolérance au glucose et l'hypertension. Une hyperactivité sympathique est à la base de ce syndrome. Trois des cinq paramètres inscrits dans le tableau suivant sont nécessaires pour l'identification clinique du syndrome métabolique.

Tableau 5.9 Identification clinique du syndrome métabolique³

IDENTIFICATION CLINIQUE DU SYNDROME MÉTABOLIQUE	
Facteurs de risque	Niveau déterminant
GPJ (glycémie plasmatique à jeun)	≥ 6,1 mmol/L
TA	≥ 130/85 mm Hg
TG	≥ 1,7 mmol/L
HDL-C	
Homme	< 1,0 mmol/L
Femme	< 1,3 mmol/L
Obésité abdominale	Tour de taille
Homme	> 102 cm
Femme	> 88 cm

⁹ Andrée-Anne Guénette, Marie-Michèle Mantha, Françoise Ruby, *Syndrome métabolique (Syndrome X)*, [en ligne] www.reseauaproteus.net, fiche créé le 15-11-2004.

³ Association canadienne du diabète. *Diabète, Lignes directrices de pratique clinique 2003*.

– NEUROPATHIE

Environ 60 % des personnes diabétiques souffrent d'une forme de neuropathie. Avec les années, la personne court le risque de développer une neuropathie. Celle-ci provoque une perte de sensibilité rendant possible, à la suite de divers traumatismes, l'apparition de lésions sans douleur associée. Les participants devraient avoir un examen annuel de dépistage de la neuropathie afin de diminuer le risque de développer de graves complications aux pieds et aux membres inférieurs. Cependant, le contrôle glycémique est associé à une incidence moindre de la neuropathie et demeure l'élément incontournable du traitement et de la prévention de ce type de complication.

– SOINS DES PIEDS

Les principaux facteurs de risque des problèmes aux pieds proviennent de la neuropathie, de maladies vasculaires périphériques et des infections. Les problèmes de pieds chez les diabétiques sont associés à une grande morbidité et même à la mortalité. Une chaîne de complications peut entraîner une blessure mineure du pied vers l'amputation si la personne ne prend pas de précautions quotidiennes.

Les participants devraient suivre les recommandations suivantes relativement aux soins des pieds :

- subir un examen annuel des pieds;
- recevoir un enseignement complet (donné aux proches aussi) sur les soins à apporter à ses pieds en ce qui concerne l'hygiène, la prévention et le traitement de blessures mineures;
- cesser de fumer;
- faire un contrôle optimal de la glycémie;
- laver les pieds avec de l'eau tiède et du savon doux, bien assécher, même entre les orteils, et mettre de la lotion hydratante;
- couper les ongles alors qu'ils sont mous, sans les couper plus courts que le bout de l'orteil : consulter un spécialiste au besoin ou en cas de durillons ou de cors;
- porter des chaussures confortables et bien ajustées qui ne serrent pas les pieds;
- éviter de marcher pieds nus, porter des chaussures ou des pantoufles;
- vérifier quotidiennement qu'il n'y a pas de corps étranger dans les chaussures;
- garder les pieds au sec;
- porter des bas propres sans grosse couture ni élastique trop serré, et privilégier les fibres naturelles;
- éviter l'exposition au soleil, les températures extrêmes;
- marcher souvent, éviter d'être longtemps assis.

– RÉTINOPATHIE^{10,11}

La rétinopathie du diabétique est la première cause de cécité en Amérique du Nord. L'apparition et l'évolution de la rétinopathie peuvent être prévenues ou retardées par un contrôle des facteurs de risque, soit le contrôle optimal de la glycémie, de la tension artérielle, des dyslipidémies, ainsi que la cessation tabagique. La rétinopathie est influencée par la durée d'exposition au diabète et à la maladie rénale. Tous les participants diabétiques diagnostiqués depuis cinq ans ou plus devraient donc subir un examen annuel de dépistage de la rétinopathie. Pour les diabétiques de type 2 sans rétinopathie ou ayant une rétinopathie minime, le suivi devrait être aux deux ans sans excéder quatre ans. Chez les personnes ayant une rétinopathie en phase active, la pratique de l'activité physique intense est non recommandée.

– NÉPHROPATHIE^{11,12}

La néphropathie diabétique est une complication entraînant l'insuffisance rénale. Les cas avancés nécessitent la dialyse. Toutes les personnes diabétiques ne souffriront pas de cette comorbidité, mais le risque existe. L'intervention consiste en la prévention et au dépistage précoce des signes de la néphropathie. Un dépistage de microalbuminurie cinq ans après le diagnostic de diabète est recommandé pour le diabétique de type 1, et dès le diagnostic pour le diabétique de type 2. Les valeurs de détection d'une anomalie légère sont entre 30 et 300 mg/24 h (200 µg/24 h) d'albuminurie, avec un rapport albumine/créatinine supérieur à 2 mg/mmol pour les hommes et à 2,8 mg/mmol pour les femmes. Un test qualitatif sur bâtonnet doit être validé par au moins deux tests quantitatifs sur trois, étalés sur trois mois.

La prévention et le traitement de la néphropathie sont d'abord centrés sur le contrôle strict de la glycémie (voir tableau 5.1) et de l'hémoglobine glyquée (soit une valeur inférieure à 7 %). Un traitement offensif de l'hypertension est souhaitable (voir l'annexe 12). L'utilisation d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) est recommandée pour les personnes diabétiques avec protéinurie, même sans hypertension, afin de ralentir la progression de la néphropathie.

5.2 Volet intervention en nutrition pour les personnes diabétiques

La section 4.3 intitulée « Intervention en nutrition » donne l'information sur l'importance de consulter une nutritionniste. Elle traite des objectifs, du protocole d'intervention, du contenu global de l'enseignement et du rôle des autres intervenants. Cependant, il est pertinent d'ajouter des objectifs au traitement nutritionnel de la personne diabétique, de même que davantage de précisions quant à l'approche et aux recommandations nutritionnelles.

¹⁰ J. DESAULNIERS, D. RIOUX, *Guide pratique du diabète de type 2, Édition du Québec*, Trois-Rivières, FORMED, mai 2002, 206 p.

¹¹ S. MELTZER et al., «Lignes directrices de pratique clinique 1998 sur le traitement du diabète au Canada», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1998, vol. 159, suppl. n° 8.

5.2.1 Objectifs

- Normaliser la glycémie par une consommation appropriée des différentes sources de glucides de même que par leur bonne répartition dans la journée.
- Normaliser les taux de lipides sanguins.
- Contrôler le poids lorsque la situation le justifie, puisqu'une perte de poids équivalant de 5 à 10 % du poids initial suffit pour améliorer le contrôle du diabète.
- Prévenir les complications aiguës (hypoglycémie, hyperglycémie, problèmes reliés à l'activité physique) et chroniques (neuropathie, néphropathie, rétinopathie, hypertension et maladie cardiovasculaire) du diabète par un équilibre entre l'apport alimentaire, l'activité physique et, s'il y a lieu, la médication.

5.2.2 Approche nutritionnelle

L'approche nutritionnelle s'appuie sur les principes de *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien* qui recommande de consommer une variété d'aliments de chaque groupe dans des quantités qui permettent de combler les besoins nutritionnels et de maintenir un poids santé. Cette approche vise des modifications graduelles et permanentes des habitudes alimentaires pour améliorer le contrôle du diabète. Pour y arriver, la personne diabétique doit avoir un plan d'alimentation individualisé qui détermine les quantités à consommer dans les différents groupes alimentaires, selon un horaire régulier. Ce plan est basé sur les besoins nutritionnels, la médication et les autres maladies associées.

5.2.3 Recommandations alimentaires

Les recommandations alimentaires qui suivent ont été tirées des lignes directrices canadiennes 2003¹².

— GLUCIDES

Entre 50 et 55 % des besoins énergétiques devraient être comblés par les glucides provenant des produits céréaliers à grains entiers, des légumineuses, des légumes, des fruits et des produits laitiers faibles en gras. Une quantité de sucrose allant jusqu'à 10 % de l'apport énergétique quotidien peut être consommée. L'inclusion d'aliments à faible indice glycémique pourrait améliorer le contrôle de la glycémie et des triglycérides. La planification des repas doit également tenir compte de la source et de la quantité des glucides consommés, puisque ceux-ci ont une influence sur la glycémie et la production d'insuline. Le calcul des glucides permet une plus grande liberté à la personne diabétique traitée à l'insuline. Cependant, cette dernière doit connaître les principes fondamentaux d'une bonne alimentation et d'un bon contrôle du poids.

¹² Canadian Diabetes Association 2003, «Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada», *Canadian Journal of Diabetes*, 2003; 27(suppl. 2).

– FIBRES

Pour améliorer son contrôle glycémique, la personne diabétique devrait consommer quotidiennement au moins 25 à 35 grammes de fibres alimentaires par jour, dont 5 à 10 g de fibres solubles.

– PROTÉINES

L'apport protéique devrait se situer à au moins 15 à 20 % de l'apport énergétique total. Un excès prolongé peut contribuer à une des complications chroniques, soit la néphropathie diabétique.

– MATIÈRES GRASSES

Les recommandations alimentaires sont les mêmes que celles présentées à la section 4.3.

– ALCOOL

La consommation d'alcool est permise avec modération (une ou deux consommations par jour) pour la personne diabétique contrôlant bien sa glycémie. Les personnes qui ont recours à l'insuline ou aux sécrétagogues de l'insuline devraient être informées qu'une hypoglycémie retardée peut survenir jusqu'à 14 heures suivant la consommation d'alcool.

– ÉDULCORANTS

La personne diabétique qui a une alimentation équilibrée peut utiliser les édulcorants énergétiques (saccharose, fructose, mannitol, sorbitol, xylitol) ou non énergétiques (sucralose, aspartame, cyclamate, saccharine, acésulfame-K) en quantité modérée. Toutefois, comme ces édulcorants peuvent avoir un effet sur le contrôle de la glycémie et le profil lipidique, une surveillance des quantités ingérées est nécessaire.

– MICRONUTRIMENTS

Une alimentation équilibrée permet de combler les besoins quotidiens en vitamines et minéraux des personnes diabétiques. Le recours à des suppléments vitaminiques ou de minéraux devrait être envisagé pour les personnes ayant des besoins spéciaux.

L'approche nutritionnelle demeure essentielle au bon contrôle du diabète. Les modifications alimentaires doivent être graduelles, afin de conduire à des changements d'habitudes alimentaires durables. Ainsi, le suivi nutritionnel devient important pour maintenir et ajuster les objectifs tout au long de la progression du diabète.

Des méthodes existent pour faciliter la planification des menus des personnes diabétiques, par exemple la méthode des carrés de sucre, la méthode des échanges de l'Association Diabète Québec et le calcul des glucides.

Enfin, le participant diabétique doit recevoir l'enseignement afin de pouvoir faire ses choix alimentaires de façon autonome. Il doit apprendre à comprendre les étiquettes et à déchiffrer les tableaux d'informations nutritionnelles.

5.3 Volet intervention en activité physique pour les personnes diabétiques

5.3.1 Problématique et objectifs

À bien des égards, les interventions en activité physique pour les personnes diabétiques ressemblent aux interventions pour les personnes atteintes de MCV. La problématique est semblable puisque ces maladies ont en commun de nombreux facteurs de risque sur lesquels l'activité physique a un effet bénéfique potentiel. Ainsi, la section 4.2.1 regroupe une grande partie de l'information sur la problématique et les objectifs de ce volet.

Il est cependant pertinent d'ajouter, pour les personnes diabétiques, les bénéfices physiologiques suivants :

- augmentation de la sensibilité des tissus à l'insuline;
- meilleur contrôle de la glycémie et, par le fait même, diminution des complications associées au diabète.

Les aspects dépistage, évaluation et précisions sur la prescription d'exercices sont abordés au chapitre 4 aux sections 4.2.2, 4.2.3 et 4.2.4.

5.3.2 Intervention et recommandations

L'activité physique, par tous les bénéfices qui lui sont associés, est un élément incontournable du traitement du diabète. Les personnes très inactives, et ce, depuis longtemps, doivent apprivoiser l'activité physique en augmentant l'apport de façon graduelle, continue, et surtout maintenir cette habitude à long terme. Les recommandations québécoises et canadiennes sont simples à comprendre et s'appliquent à toute personne diabétique autorisée par une instance médicale à commencer un programme d'activité physique.

En résumé, la personne doit : ^{13, 14, 15}

- atteindre entre 30 et 60 minutes d'activité physique d'endurance par jour ;
- augmenter progressivement la durée sur une période de 2 à 4 semaines ;
- viser une fréquence de 4 à 7 fois par semaine ;
- procéder par segments de 10 minutes cumulées ou en continu ;
- viser une intensité faible à modérée jusqu'à un maximum de 5 à 6 heures par semaine.

Un échauffement et un retour au calme sont recommandés.

¹³ SANTE CANADA, *Guide d'activité physique canadien*, Ottawa, Santé Canada, Gouvernement du Canada, 1998, 1 p.

¹⁴ KINO-QUÉBEC, *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*, Québec, ministère de l'Éducation, 1999, 27 p.

¹⁵ J. Desaulniers et D. Rioux, *Guide pratique du diabète de type 2*, Édition du Québec, Trois-Rivières, FORMED, mai 2002.

— PRÉALABLES À LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Plusieurs points doivent être pris en considération lorsqu'une personne diabétique commence un programme de conditionnement physique. Ainsi :

- une épreuve d'effort supervisée avec électrocardiogramme est suggérée avant le début d'un programme d'activités physiques d'intensité modérée à élevée. Par la suite, un suivi annuel permettrait de faire le dépistage de problèmes cardiovasculaires et d'assurer la poursuite sécuritaire du programme d'entraînement;
- au cours de la pratique d'activités physiques, même d'intensité modérée ou faible, le taux de glycémie peut diminuer; il y a donc un risque potentiel d'hypoglycémie;
- une glycémie inférieure à 5 mmol/L est une contre-indication à la pratique de l'activité physique sans l'absorption de glucides rapides ou d'une collation;
- le participant doit pratiquer l'autosurveillance de sa glycémie avant et surtout après (et parfois pendant) l'exercice;
- la pratique d'activités physiques de haute intensité doit être faite sous supervision, puisqu'elle comporte un risque d'élévation de la glycémie. Les diabétiques de type 1 et les diabétiques déjà hyperglycémiques doivent faire particulièrement attention à l'acidocétose;
- une évaluation et un suivi médical sont nécessaires pour les personnes diabétiques ayant une macro-angiopathie ou une rétinopathie proliférante à cause des risques de complications éventuelles reliés à la pratique de l'activité physique;
- les participants diabétiques diagnostiqués avec une neuropathie sont beaucoup plus vulnérables aux traumatismes des membres inférieurs, particulièrement aux pieds;
- les pieds devraient faire l'objet d'un examen avant et après l'exercice. Le port d'un soulier confortable et bien ajusté est fortement recommandé;
- éviter les températures extrêmes, froides ou chaudes, pour la pratique d'activités physiques;
- surveiller la déshydratation : la personne doit boire beaucoup d'eau et prévoir, si l'effort se poursuit entre 60 et 90 minutes, un apport de glucides, par exemple un jus de fruits non sucré;
- le port du bracelet Médic-Alert est recommandé, surtout pour la pratique d'activités extérieures;
- il est suggéré, pour débiter un programme d'activités physiques, de s'entraîner avec un partenaire, tant pour des raisons de sécurité que de motivation.

Dans le cas des personnes diabétiques de type 1 ou de type 2 insulino traitées, une augmentation de l'apport glucidique ou une diminution de l'insuline avant de faire un effort physique peut être indiquée. Les tableaux 5.10 et 5.11 donnent les lignes directrices. Règle générale, pour maintenir une glycémie sécuritaire, la personne doit consommer 15 à 25 g de glucides pour 30 minutes d'activités physiques. Cependant, un apport glucidique n'est pas recommandé pour les personnes diabétiques de type 2 non-insulino traitées avec un objectif de réduction du poids.

Tableau 5.10 Indication d'activités physiques, prévention d'hypoglycémie et apport glucidique supplémentaire¹⁶

Durée et intensité de l'exercice	Glycémie préactivité physique	Supplément glucidique	Activité physique : oui ou non
Faible intensité < 30 minutes	< 5.5 mmol/L	10 à 15 g de glucides	Oui, avec supplément
	> 5.5 mmol/L	Pas de glucides	Oui
Intensité modérée 30 à 60 minutes	< 5.5 mmol/L	30 à 45 g de glucides	Oui, avec supplément
	5.5 à 10 mmol/L	15 g glucides/30 à 40 min	Oui, avec supplément
	10 à 14 mmol/L	Pas de glucides	Oui
	> 14 mmol/L	Pas de glucides	Oui, sans cétones Non, avec cétones
Intensité élevée > 60 minutes	< 5.5 mmol/L	45 g de glucides	Oui, avec supplément
	5.5 à 10 mmol/L	30 à 45 g de glucides	
	>10 mmol/L	15 g glucides/heure	

¹⁶ J. DESAULNIERS et D. RIOUX, *Guide pratique du diabète de type 2, Édition du Québec*, Trois-Rivières, FORMED, mai 2002, chapitre 22, p.136-137.

Si des épisodes d'hypoglycémie surviennent fréquemment lors de séances d'exercices, il est souhaitable de demander une révision du dosage d'insuline auprès de l'équipe de soins. L'ajustement de l'insuline permettra d'éviter la prise de collation, ce qui à long terme entraîne une prise de gain de poids. Le tableau 5.11 peut servir de guide à cet effet.

Tableau 5.11 Changements d'insuline pour la prévention d'hypoglycémie à l'exercice¹⁷

<p>Insuline à longue action (Humulin® N ou Novolin® ge NPH ou Lantus® ou Levemir®) : ne pas changer les doses.</p>
<p>Insuline à courte action ou à action rapide (Humulin® R ou Novolin® ge Toronto ou Humalog® lispro ou NovoRapid® aspart) : au repas qui précède la période d'activités physiques, réduire de 10 % ou de 50 % pour les activités d'intensité modérée ou élevée, respectivement.</p>
<p>Insuline à action intermédiaire (Humulin® N ou Novolin® ge NPH) : réduire la dose du matin de 30 à 40 % pour des activités d'intensité modérée à élevée si les activités se déroulent le matin, le midi ou en début d'après-midi.</p>
<p>Sous-pompe : réduction importante pour éviter l'hypoglycémie. Si l'activité physique suit le repas, le « bolus » du repas peut être réduit de 50 % ou éliminé. Le « bolus » du repas qui suit, 4 à 6 heures après l'exercice, peut aussi être réduit de 25 %.</p>
<p>Insulinothérapie intensive avec combinaison d'insuline à longue action (Humulin® N ou Novolin® ge NPH ou Lantus® ou Levemir®) et à courte action (Humulin® R ou Novolin® ge Toronto) : ne pas changer l'insuline à longue action, mais :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réduire la dose d'insuline à courte action du repas précédent de 30 à 35 %, si exercice < 60 minutes; • réduire la dose d'insuline à courte action du repas précédent de 40 à 45 %, si exercice 60 à 120 minutes; • réduire la dose d'insuline à courte action du repas précédent de 50 %, si exercice > 60 minutes.
<p>Insulinothérapie intensive avec combinaison d'insuline à longue action (Humulin® N ou Novolin® ge NPH ou Lantus® ou Levemir®) et à action rapide (Humalog® lispro ou NovoRapid® aspart) : ne pas changer l'insuline à longue action, mais :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réduire la dose d'insuline à action rapide du repas précédent de 50 %, si 30 minutes à intensité modérée; • réduire la dose d'insuline à action rapide du repas précédent de 75 %, si 60 minutes à intensité modérée.
<p>Attention, réduction de la dose du repas qui suit pour éviter l'hypoglycémie postexercice.</p>

¹⁷ Adapté de J. DESAULNIERS et D. RIOUX, *Guide pratique du diabète de type 2, Édition du Québec*, Trois-Rivières, FORMED, mai 2002, chapitre 22, p.136-137.

Chapitre 6

**ASPECTS SPÉCIFIQUES POUR LES
PERSONNES ATTEINTES DE LA
MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE
CHRONIQUE (MPOC)**

6. ASPECTS SPÉCIFIQUES POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE MPOC

Le présent chapitre traite des lignes directrices des interventions de réadaptation recommandées pour les personnes atteintes de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Certaines sections du chapitre 4 du programme pour les personnes atteintes de maladies chroniques contiennent de l'information pertinente pour la clientèle atteinte de MPOC : interventions éducatives générales, cessation tabagique, sexualité, intervention psychosociale et la spiritualité.

6.1 Volet MPOC

6.1.1 Problématique et objectifs généraux

— PROBLÉMATIQUE

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est en soi une maladie chronique évolutive et limitative. C'est une des principales causes d'incapacité et de décès au Canada et les taux de mortalité et de morbidités qui y sont associés continuent d'augmenter¹. La Société canadienne de Thoracologie définit la MPOC comme une maladie respiratoire imputable en grande partie au tabagisme, qui se caractérise par une obstruction évolutive et partiellement réversible des voies respiratoires, par des manifestations systémiques et par une fréquence et une gravité croissantes des exacerbations¹. La MPOC englobe la bronchite chronique et l'emphysème, mais exclut l'asthme, les bronchiectasies, la fibrose kystique et la bronchiolite oblitérante. Elle affecte environ 15 à 25 % des fumeurs âgés de plus de 40 ans dont la consommation annuelle atteint les 20 paquets et plus. Les clients atteints d'une MPOC comptent pour 12 % de toutes les hospitalisations, avec un séjour moyen de 7 jours et pour 5 % de toutes les visites médicales².

Cependant, peu importe la pathologie pulmonaire précise impliquée, les personnes atteintes de MPOC ont de nombreuses conditions associées, tels que des limitations de la musculature périphérique, des problèmes cardiovasculaires, ainsi que de la malnutrition³. C'est pourquoi la réadaptation pulmonaire devrait être considérée comme une alternative thérapeutique dès que la limitation pulmonaire (mesuré par le VEMS) atteint 80 % des valeurs prédites⁴. Chez les personnes souffrant d'une MPOC, la dyspnée persistante, de plus en plus invalidante au quotidien, incite ces personnes à adopter un style de vie de plus en plus sédentaire, conduisant à de multiples manifestations délétères secondaires⁵. Ces manifestations s'associent souvent à

¹ «Recommandations de la Société canadienne de thoracologie sur la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique. Résumé», 2003, *Can Respir J* 2003;10(Suppl A):38A.

² McEvoy CE, Ensrud KE, Bender E, Genant HK, Yu W, Griffith JM et al. «Association Between Corticosteroid Use and Vertebral Fractures in Older Men With Chronic Obstructive Pulmonary Disease», *Am J Respir Crit Care Med*, 1998;157:704-09.

³ «American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation». *Am J Respir Crit Care Med*, 2006;173:1390-1413.

⁴ Fabbri LM Hurd SS. «World Health Organization: Local Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD-2003 Update», *Eur Respir J*, 2003;22:1-2.

⁵ Bernard S, LeBlanc P, Whittom F, Carrier G, Jobin J, Belleau R et al. «Peripheral Muscle Weakness in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary», *Am J Respir Crit Care Med*, 1998;158:629-34.

de l'anxiété et de l'isolement social qui peuvent conduire à un état dépressif⁶. Alors un cercle vicieux s'installe au moment où les manifestations secondaires de la maladie amplifient la dyspnée et l'intolérance à l'effort (figure 6.1). Cette atteinte globale ou systémique de la MPOC a un impact sur la qualité de vie⁷ et la survie⁸, indépendamment de la gravité de la maladie pulmonaire.

Pour l'individu de plus en plus essoufflé et de moins en moins capable de mener ses activités normales, la MPOC peut se solder par une importante perte d'autonomie. Pour la famille, une personne en perte d'autonomie devient inévitablement un fardeau, car le système de santé ne peut s'occuper de ces personnes en permanence. L'accessibilité et la référence tardive vers les services d'éducation et de réadaptation sont également des problèmes majeurs.

— OBJECTIFS GÉNÉRAUX

La réadaptation vise l'amélioration de la qualité de vie des personnes. Les stratégies éducatives ont pour but de favoriser la maîtrise et l'autogestion des comportements prioritaires de la MPOC, soit : l'arrêt tabagique, la prise régulière de la médication, les exercices de contrôle respiratoires, l'application d'un plan d'action et la pratique de l'activité physique⁹.

Les professionnels doivent également fournir aux personnes atteintes l'information nécessaire quant aux précautions à prendre, afin d'éviter les complications de la maladie pulmonaire obstructive chronique et aux éléments permettant, d'autre part, la prise en charge des facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire. Pour toutes ces raisons, la réadaptation vise à optimiser la condition physique, le rôle social, l'autonomie de la personne et à développer les capacités d'autogestion de sa condition.

6.1.2 Caractéristiques de la maladie pulmonaire obstructive chronique

La maladie pulmonaire obstructive chronique englobe la bronchite chronique et l'emphysème. La MPOC est présente seulement lorsqu'il y a une obstruction permanente et non complètement réversible des voies aériennes, malgré un traitement médical adéquat. Il importe de définir précisément chacune des maladies.

— BRONCHITE CHRONIQUE

La bronchite chronique est une affection respiratoire caractérisée essentiellement par des symptômes de toux accompagnée d'expectorations. La toux avec expectorations doit être présente plus de 3 mois par année et plus de 2 années consécutives.

⁶ McEnvoy CE, Ensrud KE, Bender E, Genant HK, Yu W, Griffith JM et al. «Association Between Corticosteroid Use and Vertebral Fractures in Older Men With Chronic Obstructive Pulmonary Disease», *Am J Respir Crit Care Med*, 1998;157:704-09.

⁷ Gosselink R, Troosters T, Decramer M. «Peripheral Muscle Weakness Contributes to Exercise Limitation in COPD», *Am J Respir Crit Care Med*, 1996;153:976-80.

⁸ Simpson K, McCartney N, Stubbing DG, Jones NL. «Randomised Controlled Trial of Weightlifting Exercise in Patients With Chronic Airflow Limitation», *Thorax*, 1992;47:70-75.

⁹ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, *Maladies pulmonaires obstructives chroniques, Formation 2004, Région de la Capitale nationale*.

– EMPHYSÈME

L'emphysème est une affection respiratoire caractérisée par des anomalies anatomo-pathologiques du poumon, soit la dilatation et la destruction des structures alvéolaires au-delà des bronchioles terminales.

6.1.3 Manifestations cliniques

Les manifestations cliniques apparaissent chez la femme ou l'homme âgé de plus de 40 ans, fumeur ou ex-fumeur. Les symptômes sont quotidiens et évolutifs. Il est important de bien connaître ces symptômes, car il existe différentes stratégies pour diminuer les inconforts causés par cette maladie chronique.

Tableau 6.1 Symptômes de la MPOC¹⁰

Symptômes quotidiens	Symptômes en évolution
Toux	Exacerbations aiguës répétées
Sécrétions et expectorations	Intolérance à l'effort
Dyspnée progressive lors d'activités physiques	Insuffisance respiratoire
Respiration sifflante	Insuffisance cardiaque droite

La principale cause de la MPOC est le tabagisme. Les infections virales en bas âge, les polluants atmosphériques, les polluants en milieu industriel, les allergies et les situations stressantes sont d'autres causes associées.

6.1.4 Dépistage de la MPOC

Le dépistage de la MPOC est réalisé au moyen d'un test diagnostique appelé « Spirométrie ». Le spiromètre est le meilleur outil diagnostique permettant un dépistage précoce de la maladie chez les personnes à risque élevé, en mesurant le degré d'obstruction des bronches. Ce test diagnostique déterminera les valeurs de base du volume expiratoire maximal en une seconde (VEMS), permettant ainsi de suivre la réponse au traitement et l'évolution de la maladie.

¹⁰ Bourbeau, J., Nault, D., Sedeno, M., Eng, B., Melanson, *Mieux vivre avec une MPOC, Guide d'apprentissage pour les patients et leurs familles*, Pfizer, Boehringer, APQ, RQAM, 2005.

Tableau 6.2 Classification de l'obstruction bronchique selon la fonction pulmonaire¹¹

STADE	RÉSULTATS DE LA SPIROMÉTRIE
Vulnérable	Spirométrie normale, symptômes chroniques Ratio VEMS/capacité vitale forcée $\geq 0,7$ et/ou VEMs $\geq 80\%$ de la valeur prédite
Léger	VEMS de 60% à 79% de la valeur prédite, ratio VEMs/capacité vitale forcée $< 0,7$
Modéré	VEMS de 40% à 59% de la valeur prédite, ratio VEMs/capacité vitale forcée $< 0,7$
Sévère	VEMS $< 40\%$ de la valeur prédite, ratio VEMs/capacité vitale forcée $< 0,7$
VEMS : Volume expiratoire maximal en une seconde	

Par définition, le VEMS est le volume d'air expiré durant la première seconde de l'expiration forcée. L'analyse de la quantité d'air et de la vitesse à laquelle elle est expirée indique le degré d'obstruction des bronches. Plus l'obstruction est importante, moins il y a d'air expiré en une seconde. Un VEMS $< 80\%$ de la valeur normale prédite et un rapport VEMS/CVF $< 0,7$ post bronchodilatateur sont nécessaires pour poser un diagnostic. La courbe d'expiration forcée est un test diagnostique dans lequel on retrouve le VEMS et le rapport de Tiffeneau (capacité vitale forcée).

Tableau 6.3 Échelle de dyspnée du Conseil de recherches médicales¹¹

	Grade 1	Le patient est essoufflé à l'effort vigoureux.
	Grade 2	Le patient manque de souffle lorsqu'il marche rapidement sur une surface plane ou qu'il monte une petite pente légère.
	Grade 3	Le patient marche plus lentement que les individus du même âge sur une surface plane ou arrête pour reprendre son souffle lorsqu'il marche à son rythme sur une surface plane.
	Grade 4	Le patient arrête pour reprendre son souffle après avoir marché 100 mètres.
	Grade 5	Le patient est trop essoufflé pour quitter la maison et s'essouffle lorsqu'il s'habille.

¹¹ «Recommandations de la Société canadienne de thoracologie sur la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique 2003. Résumé, Can RespirJ, 2003;10 :41A.

6.1.5 Stratégies pour contrôler l'essoufflement

– PÉRIODES D'EXACERBATIONS AIGÜES

Afin de diminuer l'essoufflement et de mieux contrôler et gérer les épisodes aigus d'exacerbation, on enseigne certaines techniques respiratoires aux personnes atteintes de MPOC. Toutes ces techniques sont détaillées dans le document *Mieux vivre avec une MPOC*¹² disponible dans les établissements de santé.

Les contrôles respiratoires enseignés permettent d'augmenter la maîtrise de la fréquence respiratoire, d'augmenter la quantité d'air atteignant le poumon, de diminuer la demande d'énergie nécessaire pour respirer, d'accroître le sentiment de contrôle respiratoire et enfin d'améliorer la capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD).

– TECHNIQUES DE RESPIRATION

Des techniques de respiration peuvent être utilisées pour soulager l'essoufflement lors de périodes d'exacerbation et dans les AVQ et AVD.

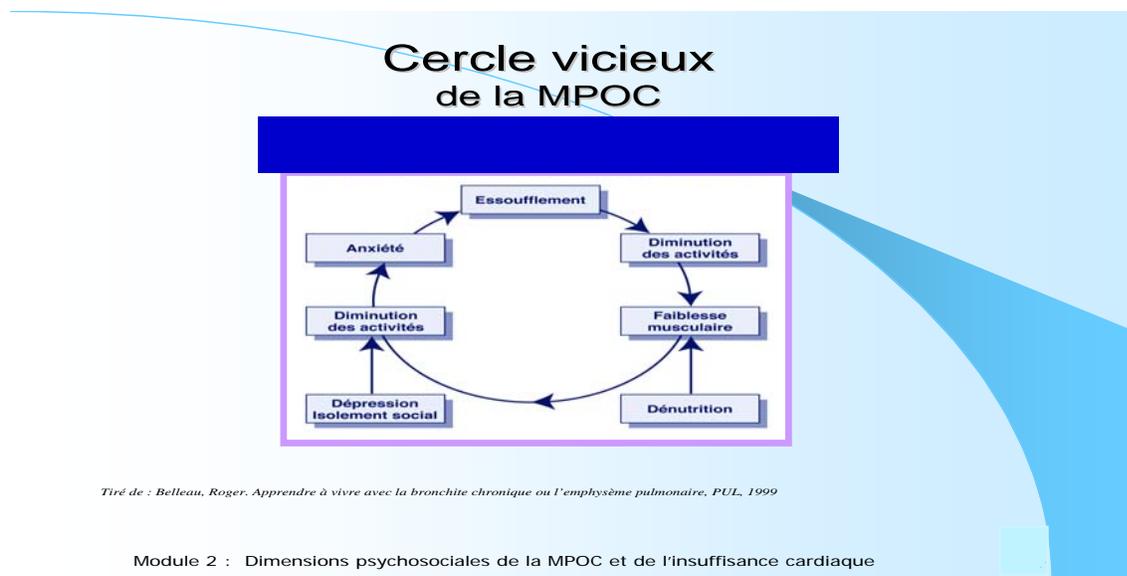
En voici quelques-unes :

- respiration à lèvres pincées ;
- respiration diaphragmatique ;
- respiration latéro-costale.

D'autres techniques relatives à la toux contrôlée et à l'expiration forcée sont enseignées aux personnes atteintes de MPOC afin de les aider à réduire l'essoufflement et éviter de plonger dans le cercle vicieux de l'anxiété et de l'essoufflement. Ce cercle vicieux engendre de l'anxiété et de l'essoufflement toujours plus prononcé; il est donc important d'utiliser une technique permettant un meilleur contrôle respiratoire et le retour à une respiration plus harmonieuse. Pour prendre connaissance des différentes techniques, voir le guide *Mieux vivre avec une MPOC* ou le *Manuel à l'intention des personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et leurs proches*¹³.

¹² Bourbeau, J., Nault, D., Sedeno, M., Eng, B., Melanson, *Mieux vivre avec une MPOC, Guide d'apprentissage pour les patients et leurs familles*, Pfizer, Boehringer, APQ, RQAM, 2005.

¹³ Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, *Manuel à l'intention des personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et leurs proches*, Région de la Capitale-Nationale, printemps 2007.

Figure 6.1 Cercle vicieux de la MPOC¹⁴

6.1.6 Enseignement et éducation

Un plan d'enseignement spécifique pour la personne atteinte de MPOC et ses proches a été adopté dans la région de la Capitale-Nationale dans le but d'assurer une continuité de soins dans le traitement. Une copie du plan d'enseignement figure à l'annexe 21.

6.1.7 Plan d'action

Le plan d'action personnalisé a pour but de permettre à la personne d'agir rapidement lors d'aggravation des symptômes de la maladie. Il est conçu par des professionnels impliqués dans la trajectoire de services pour les personnes atteintes de MPOC.

La personne connaît les stratégies adaptées à sa situation, elle est donc en mesure de débiter rapidement un traitement prescrit par le médecin lors d'infection respiratoire.

L'autogestion de la maladie est possible lorsque la personne se connaît bien et qu'elle a développé les habiletés requises pour poser les bonnes actions lors d'exacerbation aiguë. Le rôle des professionnels du *Programme Traité santé* est de soutenir la personne dans l'application de son plan d'action.

¹⁴ «Dimensions psychosociales de la MPOC et de l'insuffisance cardiaque», Formation régionale MPOC 2004, module 2 révisé et adapté de Belleau, Roger et al. *Apprendre à vivre avec une bronchite chronique ou l'emphysème pulmonaire*, Presses de l'Université Laval, 1999.

— CONTENU DU PLAN D'ACTION PERSONNALISÉ

Un plan d'action personnalisé comprend les éléments suivants :

- ressources à consulter;
- état de stabilité;
- technique de contrôle respiratoire;
- positions de confort pour diminuer l'essoufflement;
- les facteurs aggravants;
- consignes pour diminuer les symptômes causés par les facteurs aggravants;
- traitement additionnel et ajustement de la médication;
- autres recommandations du médecin.

La personne qui possède un plan d'action doit être attentive à son état, afin de reconnaître rapidement les symptômes de détérioration de la maladie, d'identifier les situations qui ont aggravées son état, avoir une bonne connaissance de sa médication et de son utilisation, connaître les techniques de contrôle de respiration et les différentes positions de confort pour diminuer l'essoufflement et enfin être en mesure de suivre les recommandations médicales.

Le plan d'action personnalisé est un outil permettant l'autogestion de la maladie et les conduites à suivre pour éviter la détérioration des symptômes et les hospitalisations. (Voir annexe 22).

6.1.8 Composantes d'un programme de réadaptation

— PRINCIPALES COMPOSANTES D'UN PROGRAMME

L'American Thoracic Society et l'European Respiratory Society ont émis, en 2006, des recommandations concernant la réadaptation². Une modification des habitudes de vie est nécessaire pour maintenir une meilleure santé cardiorespiratoire et apprendre à mieux gérer la maladie. Avant toute chose une évaluation médicale est nécessaire pour confirmer le diagnostic, évaluer la sévérité de la maladie, optimiser le traitement, identifier d'autres problèmes de santé (cardiovasculaire, musculosquelettique, diabète, dénutrition, dépression) et évaluer la motivation des participants.

Les activités suivantes doivent être intégrées à tout programme de réadaptation :

- éducation à l'autogestion de la maladie;
- sevrage tabagique;
- optimisation du traitement pharmacologique (voir plan d'action);
- activité physique;
- soutien nutritionnel;
- soutien psychologique et social.

Une attention particulière sera portée aux facteurs biologiques, psychosociaux, aux habitudes de vie ainsi qu'aux dispositions du participant afin de répondre aux besoins de la personne atteinte et de permettre à l'équipe multidisciplinaire de l'accompagner dans son cheminement.

– BÉNÉFICES

Les bénéfices reconnus sont les suivants :

- prévenir la progression de la maladie par l'abandon du tabagisme ;
- soulager l'essoufflement et les autres symptômes respiratoires ;
- améliorer la tolérance à l'effort ;
- prévenir et traiter les exacerbations ;
- améliorer la qualité de vie ;
- réduire le taux de mortalité.

Le besoin en oxygène, l'âge et la sévérité de la MPOC ne sont pas des contre-indications à la réadaptation.

6.2 Volet intervention en nutrition pour les personnes atteintes de MPOC

6.2.1 Problématique

Dans l'approche thérapeutique de la MPOC, l'objectif de l'intervention interdisciplinaire est de maintenir la fonction des muscles de la respiration, de la masse musculaire et la fonction respiratoire de façon à aider l'individu à maintenir ses activités quotidiennes. Cette maladie chronique s'accompagne souvent d'une perte de poids, particulièrement chez la personne emphysémateuse. Cette perte de poids a des impacts sur le fonctionnement des muscles respiratoires puisqu'en déficit protéino-énergétique, ils subissent une atrophie plus marquée que les muscles périphériques¹⁶.

La dénutrition est un élément de mauvais pronostic pour les personnes atteintes de MPOC. L'origine de la dénutrition semble être plurifactorielle. Dû à leur travail ventilatoire qui est 10 à 25 % plus élevé, ces personnes sont 20 à 60 % plus à risque de vivre une dénutrition. Le coût énergétique pour respirer peut aller de 430 à 720 kcal/jour de plus pour le malade qui souffre de MPOC et être encore plus élevé en période d'infection¹⁷. De plus, plusieurs caractéristiques de la MPOC perturbent la capacité d'ingestion alimentaire ce qui augmente encore le risque de dénutrition. Par exemple, la présence de dyspnée contribue à une ingestion alimentaire insuffisante. De surcroît, la distension abdominale a comme conséquence d'aggraver la dyspnée en diminuant la mobilité du diaphragme. La présence de sécrétions muqueuses épaisses ou l'utilisation de médicaments peuvent causer l'anorexie. La fatigue et la constipation sont également des raisons menant à la diminution de l'apport alimentaire. Ainsi, l'apport alimentaire réduit, dû à l'ensemble de ces facteurs, et une dépense énergétique plus élevée pour respirer amène la personne atteinte de MPOC à perdre du poids, à diminuer ses réserves adipeuses et musculaires, ce qui contribue à la dénutrition¹⁸. Par conséquent, le maintien d'un état nutritionnel optimal doit être une préoccupation majeure de l'équipe traitante.. C'est pourquoi un dépistage adéquat de la personne atteinte de MPOC à risque de dénutrition est primordial.

¹⁶ Slinde, F., Gronberg, AM., Engstrom, CP., Rossander-Hulthen, L. and Larsson, S. «Individual Dietary Intervention in Patients with COPD During Multidisciplinary Rehabilitation», *Resp Med*, 2002;69:330-336.

¹⁷ Pichard C., Fitting, JW. «Support nutritionnel dans la bronchopneumopathie chronique obstructive». *Rev Mal Resp.*,1993;10:155-164.

¹⁸ Schols, A. «Nutritional Modulation as Part of the Integrated Management of Chronic Obstructive Pulmonary Diseases», *Proc Nutr Soc*, 2003;62:783-791.

La personne atteinte d'une MPOC doit s'alimenter avec des aliments de bonne qualité et en quantité suffisante puisqu'elle est à risque de développer une dénutrition.

6.2.2 Objectifs

- dépister le client à risque de dénutrition;
- améliorer les choix alimentaires;
- fournir les moyens pour contrôler les facteurs qui le placent à risque de dénutrition.

6.2.3 Dépistage de problèmes nutritionnels - Protocole d'intervention en nutrition pour le dépistage

Tel que mentionné précédemment, le dépistage permet de cibler les personnes à risque de problème de dénutrition. Un outil d'aide à la décision pour identifier s'il y a présence de ce problème figure à l'annexe 23 du document.

- Si à risque de dénutrition : le client doit consulter une nutritionniste le plus rapidement possible;
- si état nutritionnel adéquat : le client pourra être suivi selon le protocole d'intervention en nutrition déjà défini dans ce cadre de référence au point 4.3.2.

6.2.4 Approche nutritionnelle

L'intervention de la nutritionniste s'accomplit en réalisant une évaluation nutritionnelle du client, en l'éduquant sur les conséquences nutritionnelles de sa maladie et en lui donnant les moyens pour contrôler les facteurs qui le placent à risque de dénutrition. Lors de l'évaluation, la nutritionniste recueille toutes les informations nécessaires à la détermination du plan de traitement nutritionnel, de manière à en personnaliser les stratégies.

Bien qu'il ne semble y avoir aucune relation entre l'amélioration de l'état nutritionnel et le maintien et l'amélioration des débits et des volumes pulmonaires, plusieurs bénéfices sont observés suite à l'intervention nutritionnelle :

- amélioration des performances des muscles respiratoires;
- amélioration de la capacité d'effort;
- amélioration du sentiment de bien-être et de la qualité de vie;
- prévention et correction de la dénutrition.

L'approche nutritionnelle doit tenir compte des causes amenant la dénutrition. Ainsi, la présence de symptômes gastro-intestinaux, la diminution des apports énergétiques, les problèmes psychologiques, les habitudes alimentaires particulières et l'hypermétabolisme sont des éléments qui doivent faire partie intégrante de l'intervention. L'approche doit être individualisée et des suivis sont nécessaires pour assurer un état nutritionnel optimal dans les périodes stables de la maladie et lors d'exacerbation.

Les thèmes abordés avec la nutritionniste sont :

- l'importance d'une alimentation équilibrée;
- le rôle des principaux nutriments;
- les mythes de certains produits alimentaires;
- le rôle et l'importance de l'apport liquidien;

- les rôles et les sources de fibres;
- les stratégies nutritionnelles quand le souffle manque;
- les effets secondaires des corticostéroïdes;
- les suppléments alimentaires.

6.2.5 Recommandations alimentaires

Peu d'études scientifiques traitent des recommandations nutritionnelles chez le client atteint d'une MPOC à l'état stable. Les recommandations suivantes sont inspirées du *Manuel de nutrition clinique* 2004¹⁹.

— BESOINS ÉNERGÉTIQUES

Estimer les besoins énergétiques comme étant 133 % du métabolisme basal pour couvrir les besoins énergétiques de la personne MPOC stable et 150 % du métabolisme basal pour la personne dénutrie ou en période d'exacerbation de la maladie.

- Protéines :
calculer 1.5 à 2g par kg de poids idéal. Si le client est très maigre, utiliser son poids actuel;
- glucides:
En phase stable : 50 à 60 % de l'énergie doivent provenir des glucides.

Certains nutriments :

- calcium et vitamine D : les personnes atteintes de MPOC sont à risque d'ostéoporose dû à l'utilisation fréquente de corticostéroïdes. Ainsi, le besoin quotidien en calcium est de 1200 à 1500mg et de 400 à 800 UI²⁰ pour la vitamine D;
- fibres alimentaires : comme la constipation touche 50 % des personnes atteintes de MPOC, il est important de cibler une augmentation des fibres alimentaires, de même qu'une bonne hydratation²¹ ;
- liquides : une hydratation avec une quantité de 1.5 à 2 litres de liquide par jour est recommandée pour la constipation, pour liquéfier les sécrétions et faciliter leurs éliminations;
- sodium : lors de la prise de corticostéroïdes, une alimentation sans salière est recommandée;
- sucres concentrés et gras alimentaires : une des conséquences de la prise des corticostéroïdes est une hyperglycémie et un désordre au niveau du métabolisme des lipides. Ainsi, une alimentation contrôlée en sucre et en lipides est indiquée;
- antioxydant et oméga-3 : nutriments prometteurs ? Comme seulement 15 à 20 % des fumeurs développent des MPOC, des chercheurs ont étudié le rôle de l'alimentation comme facteurs prédisposant à ces maladies. Jusqu'à maintenant, il n'est pas démontré que la supplémentation en antioxydants alimentaires protège contre les substances oxydantes, trouvées dans l'environnement, qui peuvent avoir un effet destructeur sur les tissus pulmonaires. L'effet anti-inflammatoire de l'oméga-3 a également été étudié chez les fumeurs et les ex-fumeurs qui ont développé une MPOC. Les études dévoilent que

¹⁹ Ordre professionnel des diététistes du Québec. *Manuel de nutrition clinique*, OPDQ, 2004.

²⁰ Lonescu AA., Schoon, E. «Osteoporosis in Chronic Obstructive Pulmonary Disease». *Eur Respir J*, 2003;22(suppl 46): 64s-75s.

²¹ Donahue, M., Rogers, RM. «Nutritional Assessment and Support in Chronic Obstructive Pulmonary Disease», *Clin Chest Med* 1990;11:499.

ceux qui ont développé une telle maladie étaient ceux qui consommaient moins d'oméga-3^{22 23 24} ;

- alcool : pris en grande quantité, l'alcool aurait un effet sur le centre de la respiration au cerveau en diminuant l'efficacité et la coordination des mécanismes impliqués dans la respiration ;
- suppléments énergétiques : ces suppléments peuvent être utiles chez les sujets incapables de s'alimenter convenablement. La supervision de cet apport énergétique par une nutritionniste est indispensable à ce moment.

6.3 Volet intervention en activité physique

6.3.1 Problématique et objectifs

Les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) peuvent être grandement affectées chez la clientèle atteinte de MPOC. Les limitations sont à la fois physiques et psychologiques, car les personnes sont anxieuses et ne connaissent pas leurs limites. Chez plusieurs, il s'ensuit un cercle vicieux d'inactivité physique qui rend de plus en plus difficile la reprise d'une vie normale. C'est pourquoi l'activité physique occupe une place prépondérante dans le processus de récupération.

Pour les personnes qui sont autonomes et en mesure de se déplacer, il est recommandé d'intégrer un programme structuré d'activités physiques. Ces programmes, réalisés à partir de consensus médicaux et scientifiques récents, combinent un enseignement interdisciplinaire et des activités physiques sur des périodes variables (8-12 semaines). Ces séances d'exercices proposent des activités de type aérobique (bicyclette stationnaire, marche/jogging sur tapis roulant). Le travail musculaire est essentiel pour ces personnes qui ont des atteintes importantes de la musculature périphérique et sont souvent cachectiques.

Par ailleurs, les programmes d'exercices permettent de faire le suivi de certains facteurs de risque (hypertension artérielle, diabète) et favorisent l'amélioration du profil psychosocial (amélioration de la confiance en soi, diminution de l'anxiété). Enfin, de nombreuses interventions éducatives ponctuelles peuvent se faire durant les périodes d'entraînement (observance au traitement pharmacologique, nutrition, sexualité, etc.). C'est pourquoi les professionnels qui supervisent ces programmes doivent avoir une formation appropriée et adopter une approche progressive et individualisée dans l'élaboration du plan d'intervention.

Les personnes ayant une faible capacité physique ou qui ont peu de facilité à se déplacer pourront bénéficier d'interventions individuelles basées sur la reprise d'activité de la vie quotidienne (AVQ). Des activités simples pourront également être prescrites dans un contexte de programme à domicile. Différents outils de références sont disponibles pour favoriser la pratique d'exercices physiques. À titre d'exemple : le module « exercices » de la série *Mieux-vivre avec une MPOC* et celui de l'Association pulmonaire du Québec.

²² Walda, IC et al. *Eur Clin Nut*, 2002;56:638-643.

²³ Daga, MK. Et al. *J Biosci*, 2003;28:(1):7-11.

²⁴ Schunemann et al. *Epidemiol. Rev*, 2001;23(2):248-267.

Étant donné que ces personnes présentent souvent de nombreuses comorbidités, le lecteur est prié de consulter la section 4.2 du présent document concernant le dépistage, l'évaluation et les précisions portant sur la prescription d'exercice. Les outils de suivis spécifiques pour cette clientèle se retrouvent à l'annexe 24.

6.4 Aspects psychosociaux

La personne atteinte de la maladie pulmonaire chronique doit s'adapter à sa nouvelle condition. L'adaptation à la maladie peut comporter diverses réactions, tant chez la personne atteinte que chez ses proches. Le défi, pour les professionnels de la santé, est de reconnaître chez la personne les diverses manifestations qui nécessiteraient un accompagnement dans le but de faciliter l'adaptation de la personne à sa nouvelle condition. Les problèmes fréquemment rencontrés sont du domaine de l'anxiété, la perte de l'estime de soi, la dépression, l'isolement, la sexualité, la désorganisation familiale, l'épuisement et l'incompréhension des proches.

Dans un contexte de difficulté d'adaptation à la maladie pour la personne elle-même et ses proches, des soutiens psychosocial et social seront indiqués pour aider la personne à trouver les stratégies adaptées à ses besoins, lui permettant de vivre mieux la maladie dans son quotidien.

Pour approfondir le sujet, les intervenants peuvent se référer au Guide d'apprentissage pour les patients et leurs familles du *Mieux vivre avec une MPOC*, disponible dans tous les centres de santé et de services sociaux.

– DÉPISTAGE DES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX

Comme la maladie pulmonaire obstructive chronique est une maladie nécessitant plusieurs adaptations, elle peut avoir des impacts sur la personne atteinte et sur ses proches tant aux plans conjugal, familial que dans son milieu de travail. Il importe pour les professionnels de dépister toute situation à risque (dépression, épuisement, etc.) afin d'intervenir promptement et efficacement auprès des personnes en besoin. Un suivi spécialisé peut être requis. La personne sera référée vers les ressources appropriées.

– SOUTIEN SOCIAL

Le soutien social encourage la personne atteinte de MPOC à poursuivre ses activités et à demeurer active le plus longtemps possible. La participation à des groupes de soutien et d'entraide est recommandée, de même que la participation à des programmes d'activités physiques de groupe, afin d'éviter l'isolement et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes.

– L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE

Le processus d'adaptation, les manifestations des impacts psychosociaux, les manifestations problématiques et les interventions possibles selon les stades de la maladie sont présentés aux annexes 25 et 26.

Chapitre 7

**ORIENTATIONS SUR CERTAINS
ÉLÉMENTS OPÉRATIONNELS
LIÉS AU PROGRAMME**

7. ORIENTATIONS SUR CERTAINS ÉLÉMENTS OPÉRATIONNELS LIÉS AU PROGRAMME

7.1 Dossier du participant et circulation de l'information

Le dossier du participant et la circulation de l'information sont des préoccupations majeures dans le *Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques*. Ces préoccupations sont liées au suivi du participant, aux mécanismes de liaison et à l'évaluation des résultats.

Il est important de se donner une vision précise de la nature et du format d'information requis pour le suivi des participants et la gestion du programme. Cette vision s'arrimera à celle de la région dans le cadre plus large de l'infrastructure de la santé. Ce n'est donc pas une préoccupation unique au programme de réadaptation. Au regard de cette dimension, divers travaux régionaux et provinciaux sont en cours (dossier client partageable, systèmes d'information clientèle, etc.). Actuellement, les données utilisées pour le suivi et l'évaluation du programme proviennent des bases de données du système d'information sur la clientèle et les services des centres de santé (I-CLSC, nomenclature spécifique pour le programme). Différents moyens sont utilisés pour colliger les données du participant et pour la transmission de l'information clinique :

- les dossiers provenant de l'infrastructure déjà en place dans le réseau;
- la transmission électronique d'information du dossier déjà en fonction dans la région par l'entremise de la demande de services interétablissement (DSIE);
- la feuille de référence;
- la lettre au médecin.

Des données de gestion sont également disponibles et circulent au moyen d'un tableau de bord de gestion (TBG). Ce TBG s'appuie sur les 7 indicateurs suivants :

Indicateur 1 : volume (en nombre et %) de participants inscrits au programme;

Indicateur 2 : % des services de base fonctionnels dans les territoires;

Indicateur 3 : % d'implantation de services en activité physique;

Indicateur 4 : volume (en nombre et %) des participants qui respectent la durée du programme;

Indicateur 5 : volume (en nombre et %) des participants dont le nombre de visites et/ou relances ont été respectées;

Indicateur 6 : volume (en nombre et %) des participants qui sont rencontrés dans les délais prévus;

Indicateur 7 : écart budgétaire (en \$ et %).

7.2 Formation des intervenants

7.2.1 Formation générale pour des intervenants polyvalents

Chaque participant a ses propres facteurs de risque, son environnement, ses complications, ses intérêts, son profil personnel et social, etc. Tous les participants n'entrent pas dans le programme par la même porte, mais à chacune des phases de leur réadaptation, ceux-ci doivent toujours être abordés dans leur globalité.

Plus les intervenants de la santé seront polyvalents et plus ils connaîtront les principes de réadaptation et les outils à leur disposition, plus le participant en ressortira gagnant, et ce, peu importe les facteurs de risque,

La formation générale doit être offerte aux professionnels concernés, indépendamment de leur discipline, afin qu'ils aient une base commune d'intervention. L'application d'une telle approche nécessite des intervenants une période d'ajustements mutuels, associée à une évolution des pratiques professionnelles.

THÈMES DE LA FORMATION GÉNÉRALE ESSENTIELLE POUR LES INTERVENANTS DU PROGRAMME :

- le programme régional : ses assises, ses objectifs, ses outils régionaux et son mode de fonctionnement;
- les modèles explicatifs de l'adoption de comportements;
- l'alliance thérapeutique, le contrat professionnel/participant, le counseling et le soutien à l'atteinte des objectifs;
- le dépistage des personnes à risque et des situations à risque sur les plans psychologique et socioprofessionnel;
- les répercussions psychosociales de la maladie chronique et les approches qui en découlent;
- les problématiques générales, les indications de base et les interventions brèves reliées au tabagisme, à l'activité physique, à la gestion optimale du stress et à l'alimentation;
- l'approche client centrée sur des principes andragogiques.

7.2.2 Formation spécifique pour des intervenants spécialisés

Certaines formations spécifiques doivent être suivies par différents intervenants, en fonction de leur champ particulier d'intervention (médecine, pharmacologie, soins infirmiers, nutrition, activités physiques, physiothérapie, travail social, etc.) et de leurs besoins.

7.3 Responsabilités et composition des instances territoriales

7.3.1 Partenaires

Les centres de santé et des services sociaux (CSSS) ont la responsabilité de l'accessibilité et de la continuité des services à la population sur leur territoire. Les partenaires de chaque territoire (CSSS, cabinets médicaux, centres hospitaliers, centres privés de conditionnement physique) comptent parmi leurs clientèles des personnes qui pourraient participer au *Programme régional Traité santé*. Pour que le programme atteigne ses objectifs, ces partenaires doivent intégrer cette préoccupation dans leur pratique et offrir aux personnes atteintes des informations sur les ressources disponibles sur leur territoire et les référer le cas échéant.

7.3.2 Équipe interdisciplinaire d'intervention en réadaptation

Globalement, les équipes territoriales ont la responsabilité première d'offrir des services de réadaptation à la clientèle atteinte de maladies chroniques. De plus, elles soutiennent les fonctions de planification, d'organisation et d'évaluation du programme. Ces équipes sont composées de professionnels de la santé (médecin-conseil, infirmière, nutritionniste, kinésologue/éducateur physique, etc.).

– ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE TERRITORIALE

Les membres de l'équipe interdisciplinaire sont sollicités pour leur expertise professionnelle en réadaptation des maladies chroniques. Leur mandat est centré sur les aspects cliniques reliés à la prestation des services aux participants du programme :

Responsabilités cliniques :

- offrir les services et les soins prévus au plan d'intervention du participant;
- discuter de situations cliniques et participer à la prise de décision concernant les éléments du plan d'intervention et du plan de services ;
- réaliser les activités ainsi que les démarches prévues au plan d'action local;
- participer à l'implantation et à la consolidation des services en réadaptation en conformité avec le Cadre de référence.

Composition :

- une infirmière pivot;
- différents professionnels actifs dans le processus de réadaptation (infirmière, nutritionniste, intervenant social, kinésologue/ éducateur physique, médecin, pharmacien, etc.);
- un gestionnaire responsable de l'équipe territoriale si nécessaire.

– COMITÉ DE GESTION TERRITORIAL

Le comité de gestion regroupe les principaux partenaires locaux actifs dans le programme. Ses membres sont sollicités pour leur soutien clinico-administratif. Leur position de responsabilité leur confère un rôle clé dans la planification, l'opérationnalisation du programme et la mise à contribution des ressources des différents partenaires sur un territoire donné.

Responsabilités :

- déterminer les orientations territoriales en conformité avec le Cadre de référence du programme;
- mandater un établissement du territoire pour la gestion opérationnelle du programme;
- convenir des modalités de fonctionnement du programme prévues aux « Règles d'application » du *Programme Traité santé*, dont le cheminement de la personne dans son processus de réadaptation sur le territoire;
- recevoir et analyser toutes recommandations et propositions relatives à la consolidation des services en réadaptation pour l'ensemble de territoire;
- adopter le plan d'action annuel pour le territoire;
- recevoir la reddition de comptes annuelle ;
- assurer l'intégration, le suivi et le développement des services de réadaptation avec l'ensemble des ressources du territoire;
- s'engager à travailler en étroite collaboration avec les partenaires de la région à la réalisation du programme;
- partager l'information sur les services de réadaptation avec les partenaires.

Composition suggérée :

- un gestionnaire responsable de l'équipe territoriale;
- un gestionnaire d'un centre hospitalier desservant le territoire;
- un médecin-conseil;
- une infirmière pivot;
- tout autre partenaire engagé dans les services communautaires, intersectoriels ou privés reliés à la réadaptation;
- un représentant du comité régional.

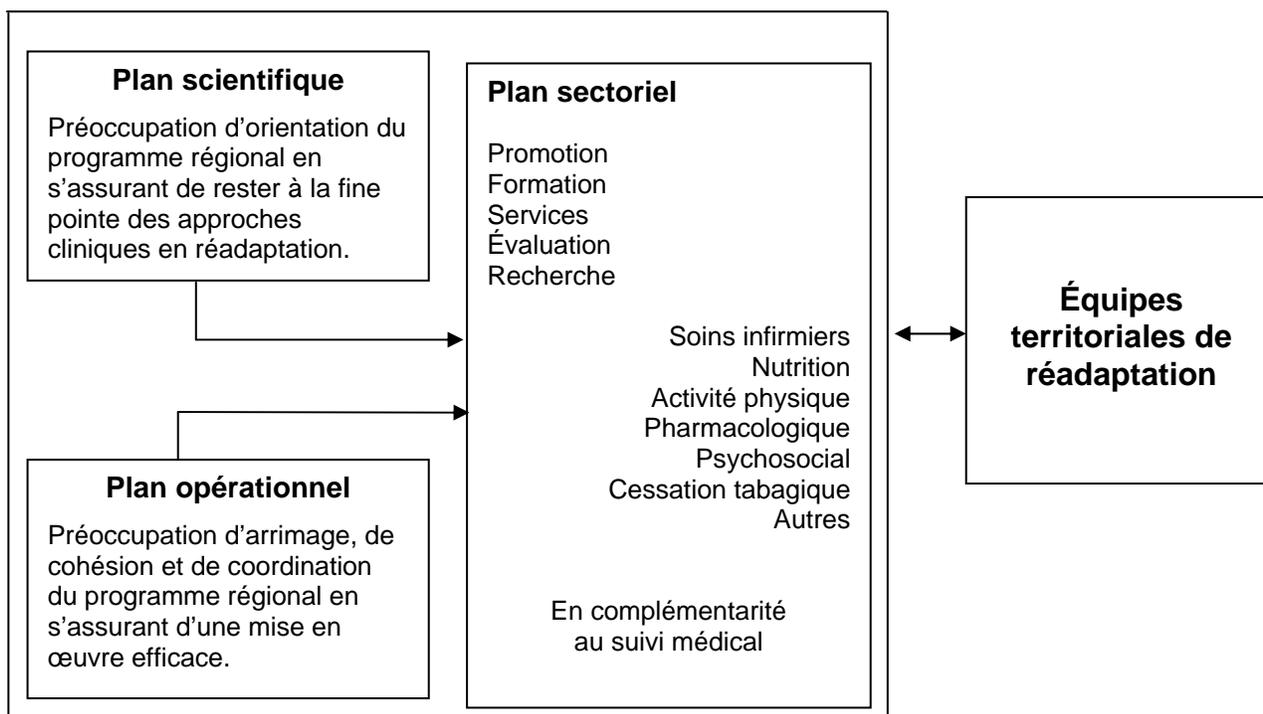
7.3.3 Responsabilités partagées pour la réalisation du programme

Un ensemble de partenaires (professionnels, cliniciens, établissements, etc.) ont déjà des responsabilités de prestation de soins et de services aux personnes ciblées par le programme. Une harmonisation des responsabilités est nécessaire.

7.4 Soutien régional

La planification et la mise en œuvre du programme régional de réadaptation sont des processus continus. Les approches évoluent, la clientèle aussi. Des mécanismes régionaux sont prévus afin que le *Programme régional Traité santé* puisse atteindre ses objectifs. Ces mécanismes s'exercent sur trois plans : scientifique, opérationnel et sectoriel. Il est également primordial que les personnes ou instances partagent les préoccupations régionales (Fig. 7.1) concernant le programme.

Figure 7.1 Nature du soutien régional



Pour une organisation efficace des services dans la région, ces mécanismes doivent être arrimés et complémentaires aux instances ou autres comités touchés de près ou de loin par la problématique générale de la réadaptation, ou par des problématiques particulières comme le diabète ou autres maladies chroniques.

7.4.1 Responsabilités et composition des instances régionales

— AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale est appuyée par une équipe régionale pour le fonctionnement du programme. Cette équipe, en liaison fonctionnelle avec la personne chargée de projet, assume des responsabilités de coordination, de concertation et de soutien au programme. Le mandat de cette équipe est sous la responsabilité administrative de l'Hôpital Laval. La personne chargée de projet est sous la responsabilité administrative de l'Hôpital Laval et sous l'autorité fonctionnelle de l'Agence.

Responsabilités :

- définir les orientations du programme régional de réadaptation en partenariat avec les acteurs concernés;
- s'assurer de la reddition de comptes aux niveaux territorial et régional;
- procéder à l'allocation financière selon les budgets disponibles;
- s'assurer du suivi de l'évaluation et de l'avancement du programme;
- assurer les représentations et les liens avec les diverses instances.

— COMITÉ CONSULTATIF

Les membres du comité consultatif ont pour mandat de conseiller l'Agence et l'équipe régionale de coordination sur toutes questions concernant le *Programme régional Traité santé*.

Responsabilités :

- formuler des avis sur l'organisation optimale des services en réadaptation pour maladies chroniques, au regard des besoins de la clientèle et de l'offre de services dans la région;
- porter un regard critique sur les aspects cliniques et organisationnels du programme et proposer des avis;
- recommander les orientations du plan d'action régional annuel;
- recevoir et analyser toutes recommandations et propositions relatives à la consolidation des services en réadaptation pour l'ensemble de la région;
- recevoir la reddition de comptes annuelle de l'équipe régionale;
- faciliter la concertation régionale entre les différentes instances engagées dans l'organisation du *Programme régional Traité santé*;
- veiller au maintien de la qualité des services en réadaptation pour maladies chroniques dans la région;
- donner son avis sur la répartition budgétaire prévue en fonction de la clientèle visée et de l'offre de service;
- s'assurer de l'atteinte des objectifs du programme.

Composition attendue :

- une personne atteinte d'une maladie chronique;
- un représentant des médecins omnipraticiens;
- un représentant des médecins spécialistes dans les secteurs ciblés;
- un spécialiste en réadaptation en provenance du milieu universitaire;
- deux représentants des centres hospitaliers;
- deux représentants des centres de santé;
- un représentant des organismes sans but lucratif;
- un représentant de la Direction régionale de santé publique
- un représentant de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ;
- la personne chargée de projet du *Programme régional Traité santé*.

– ÉQUIPE RÉGIONALE D'OPÉRATIONNALISATION ET DE SOUTIEN

Les membres de l'équipe régionale d'opérationnalisation et de soutien sont sollicités pour leur expertise et leur soutien clinico-administratif dans l'organisation des services de réadaptation au niveau régional. En plus de veiller à ce que le programme demeure à la fine pointe des approches en réadaptation (plan scientifique), cette équipe s'assure de la cohésion, de la coordination et de l'arrimage entre les différents volets du programme (plans opérationnel et sectoriel). Cette équipe régionale est coordonnée par une personne chargée de projet.

Responsabilités :

- assurer le soutien clinique en réadaptation aux équipes territoriales, et ce, dans les différents volets;
- assurer la mobilisation des acteurs clés et animer la concertation;
- assurer les liaisons opérationnelles avec les établissements et les groupes visés par le programme;
- collaborer à la consolidation des services du programme régional dans chaque territoire;
- assurer la standardisation du programme dans l'ensemble de la région, et ce, dans une perspective d'équité pour les clientèles;
- assurer la continuité et l'intégration des services de réadaptation pour la clientèle visée à l'échelle régionale;
- assurer la mise en place d'outils soutenant l'activité clinique du programme et d'outils de gestion permettant le suivi des activités;
- veiller à la formation initiale et à la mise à jour des connaissances des intervenants liés à l'intervention en réadaptation;
- s'assurer de l'évaluation du programme;
- assurer la coordination régionale clinique et administrative des activités du programme;
- conseiller le comité consultatif quant au suivi et au développement du programme régional;
- soutenir le développement, l'adaptation et la mise à jour du programme;
- procéder au bilan annuel et faire le suivi auprès des gestionnaires;
- faire le suivi budgétaire et fournir des rapports périodiques aux instances concernées;
- promouvoir le programme de concert avec les équipes locales.

Composition attendue:

- personne chargée de projet du programme;
- expert en soins infirmiers;
- expert en nutrition;
- expert en activité physique;
- expert en cessation tabagique;
- expert en gestion du stress et autres aspects psychosociaux;
- tout expert en lien avec la réadaptation et son processus sur invitation ;
- tout autre partenaire ayant un rôle à jouer dans le développement et l'actualisation du programme;
- un représentant de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

7.5 Préoccupation évaluative du programme

7.5.1 Évaluation du programme

L'évaluation comporte deux volets :

- évaluation de la mise en œuvre du *Programme Traité santé*
- évaluation des effets du *Programme Traité santé*

L'évaluation de la mise en œuvre, de nature surtout formative, vise à vérifier, par rapport au Cadre de référence du programme, si le *Programme Traité santé* a été implanté tel que prévu et s'il a livré les extrants attendus, en respectant le plan de mise en œuvre et ses paramètres d'implantation et de suivi.

L'évaluation des effets du programme, de nature surtout sommative, vise à vérifier si l'intervention du *Programme Traité santé* a contribué à modifier les situations cibles initialement jugées insatisfaisantes chez les personnes atteintes de maladies chroniques.

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale sera responsable de l'implantation et de l'encadrement du processus d'évaluation du programme. Un comité d'évaluation a été créé pour en suivre chacune des étapes et soumettre ses recommandations.

Un rapport d'évaluation du programme sera transmis aux membres du comité consultatif, aux équipes territoriales, ainsi qu'à toute personne qui en fera la demande.

— COMITÉ D'ÉVALUATION DU PROGRAMME TRAITÉ SANTÉ

Un comité est mandaté pour soutenir la mise en œuvre de l'évaluation du programme. Les membres du comité sont sollicités pour leur connaissance des différentes composantes du programme et de la réadaptation.

Responsabilités :

- définir les paramètres à évaluer ainsi que les résultats attendus ;
- s'assurer que le processus d'évaluation est conforme aux résultats recherchés;
- aviser l'équipe d'évaluation sur tout sujet concernant le programme;
- recevoir le rapport d'évaluation à chacune des phases du processus séquentiel d'évaluation;
- étudier le rapport et soumettre les recommandations à l'équipe d'évaluation à chacune des étapes du processus;
- accepter le rapport d'évaluation à chacune des étapes d'évaluation du *Programme Traité santé*.

Composition :

- deux représentants de la fonction pivot;
- représentant de l'équipe régionale;
- expert en réadaptation et en recherche;
- deux représentants des gestionnaires;
- deux représentants des médecins de famille
- représentant de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ;
- personne chargée de projet du programme.

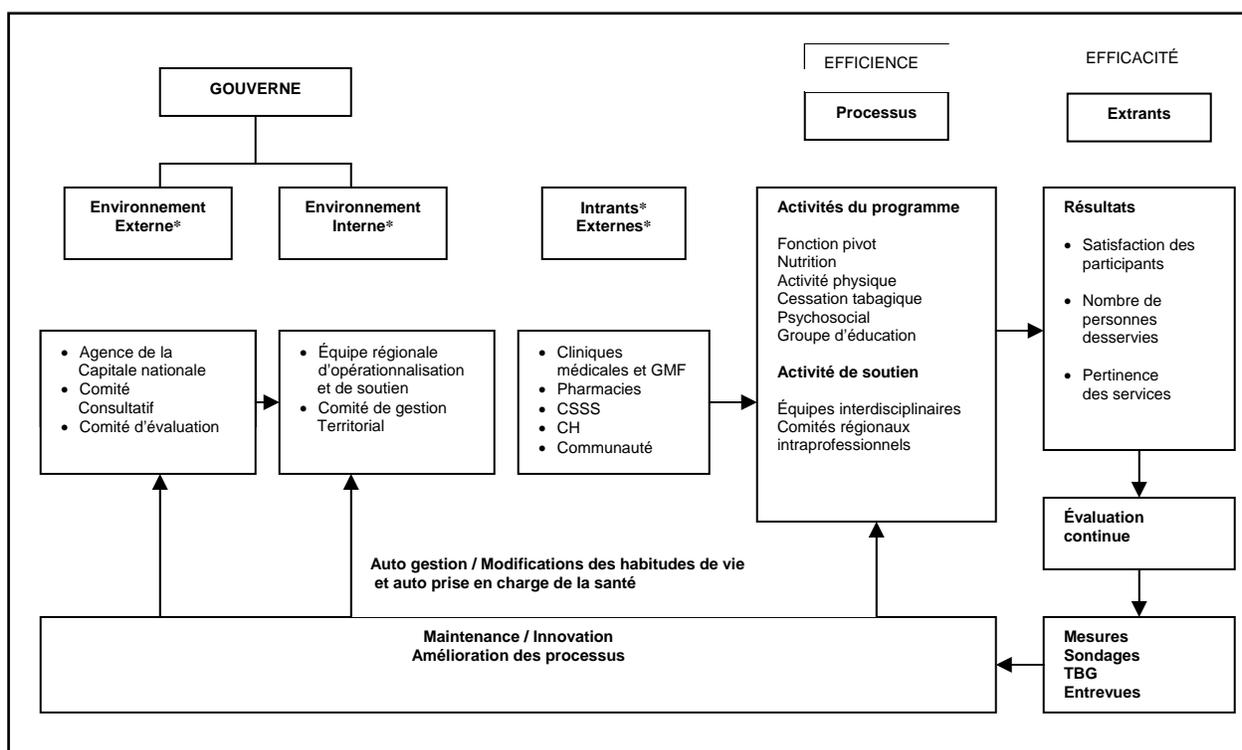
7.5.2 Monitoring des activités

Un second processus de suivi et d'évaluation consiste au développement et au suivi d'indicateurs permettant l'appréciation critique de l'atteinte des résultats recherchés par le programme. Le tableau de bord de gestion (TBG) est l'outil privilégié, permettant tant aux gestionnaires qu'à l'équipe régionale de suivre les indicateurs identifiés pour assurer un suivi de gestion approprié.

7.6 L'organisation du Programme Traité santé

Le tableau suivant schématise l'organisation du Programme Traité santé dans sa gouverne, son processus, ses intrants et ses extrants.

Figure 7.2 Organisation du Programme Traité santé



Adapté du modèle systémique de la gestion par résultat (GPR) appliqué aux organisations publiques ¹

*Environnement externe : ce qui est extérieur au programme;

*Environnement interne : ce qui appartient à la structure du programme;

*Intrants : types de ressources (humaines, matérielles, financières, informationnelles);

*Extrants : les résultats.

¹ Leclerc, Jean. *Gérer autrement l'administration publique, la gestion par résultat*, 2^e éd.. Presses de l'Université du Québec, p.214.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE. *Maladies pulmonaires obstructives chroniques*, formation 2004.
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE. *Revue de littérature Santé des femmes*, avril 2005.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Manuel à l'intention des personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et leurs proches*, printemps 2007.
- AJZEN, I. *From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior*. In: J. Kuhl J. Beckmann editors. *Action Control: From Cognition to Behavior*. New-York: Springer-Verlag, 1985.
- ALLEN M., and M. WARNER. A «Developmental Model of Health and Nursing», *Journal of family nursing*, 2002; 8.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, *ACSM's. Guidelines for Exercise Testing and Prescription*, 6^e ed., Baltimore, 2000, 368 p.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*, 7^e éd., Baltimore, 2005.
- HAMBRECHT, RAINER et al. «Percutaneous Coronary Angioplasty Compared With Exercise Training in Patients With Stable Coronary Artery Disease: A randomized Trial», *Circulation*, 2004; 109.
- AMERICAN THORACIC SOCIETY. «European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation», *Am J Respir Crit Care Med*, 2006; 173.
- ARTHUR S., and al. «Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease», *Circulation*, 2005:111.
- ARTHUR S., Leon BARRY, A. Franklin, and al. «Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease», *Circulation*, 2005; 111.
- ASHLEY B. M. and K. D. ROURKE. *Health Care Ethics. A theological Analysis*, 4th Edition. Washington DC, Georgetown University Press, 2002.
- ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. *Monitoring Glycemic Control*, Clinical Practice Guidelines Expert Committee, 2003.
- ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. *Diabète, Lignes directrices de pratique clinique*, 2003.

- BALADY G.J., and al. « Recommendations for Cardiovascular Screening, Staffing, and Emergency Policies at Health/Fitness Facilities », *Circulation*, 1998(22), (traduction de Sarah Bernard, Hôpital Laval, juin 2002).
- BANDURA, A. *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice Hall, 1986.
- BARLOW, J., and al. «Self-Management Approaches for People With Chronic Conditions: a Review», *Patient Education and Counseling*, 2002;(48).
- BECKER M. H., D. P. HAEFNER, S. V. KASL, and al. «Selected Psychosocial Models and Correlates of Individual Health-Related Behaviors», *Med Care*, 1977;15.
- BELLAVANCE, Jean-Claude. «Impacts psychosociaux généraux», modules 1 et 2 adaptés de *Programme provincial de formation en MPOC et insuffisance cardiaque*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.
- BELLEAU Roger, et autres. « Dimensions psychosociales de la MPOC et de l'insuffisance cardiaque, Apprendre à vivre avec une bronchite chronique ou l'emphysème pulmonaire », module 2 révisé et adapté de *Formation régionale MPOC 2004*, PUL, 1999.
- BELLO N., and L. MOSCA. «Epidemiology of Coronary Heart Disease in Women», *Prog Cardiovasc Dis*, 2004; 46.
- BERNARD S, P. LEBLANC, F. WHITCOM, G. CARRIER, J. JOBIN, R. BELLEAU, and al. «Peripheral Muscle Weakness in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary». *Am J Respir Crit Care Med*, 1998; 158.
- BÉRUBÉ, Louise. *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*, Montréal, Les Éditions de la Chenelière, 1991, 176 p.
- BLANCHARD C. M., K. S. COURNEYA, W. M. RODGERS, and al. «Is the Theory of Planned Behavior a Useful Framework for Understanding Exercise Adherence During Phase II Cardiac Rehabilitation ?», *J Cardiopulm Rehabil*, 2003;23(1):29-39.
- BOURBEAU J., D. NAULT, M. SEDENO, et B. ENG MELANSON. *Mieux vivre avec une MPOC, Guide d'apprentissage pour les patients et leurs familles*, Pfizer, Boehringer, APQ, RQAM, 2005.
- BOUTIN, Hélène. *Projet d'implantation d'un programme cadre de formation s'adressant aux éducateurs des centres d'enseignement sur l'asthme*, Mémoire de maîtrise, Sainte-Foy (Québec), Université Laval, mai 1998, 103 p.
- BUDMAN, S. H. «Behavioral Health Care Dot-Com and Beyond. Computer-Mediated Communications in Mental Health and substance abuse treatment», *American Psychologist*, 2000; 55.
- BURISH, T.G. and L. A. BRADLEY. *Coping With Chronic Disease: Research and Applications*. New York, Academic Press, 1983.

- BURKE L. E., J. M. DUNBAR-JACOB, and M. N. HILL. «Compliance With Cardiovascular Disease Prevention Strategies: a Review of the Research», *Ann Behav Med.* 1997;19.
- BURKHARDT M. A. and M. G. N. JACOBSON. «Spirituality and Health», in B. M. Dossey, L. Keegan, & C. E. Guzzetta (Eds.), *Holistic Nursing: A handbook for Practice*, 3rd ed., Jones American Holistic Nurses' Association and Aspen Publications, 2000, pp. 91-121.
- CANADIAN DIABETES ASSOCIATION. «Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada», *Canadian Journal of Diabetes*, 2003: 27(suppl.2).
- CENTRE DE PASTORALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (CPSSS). *Rapport d'enquête exploratoire des besoins spirituels et religieux des usagers de la région 03*, document en cours de rédaction.
- CENTRE DE RECHERCHE ET D'EXPERTISE EN ÉVALUATION (CREXE). *Rapport préliminaire, étude préparatoire à l'évaluation du Programme Traité santé*, École nationale d'administration publique, Université du Québec, 14 juin 2005.
- CHIZNER, M. A. «The Diagnosis of Heart Disease by Clinical Assessment Alone», *Curr Probl Cardiol*, 2001; 26
- CHRISTENSEN A. J., J. S. WIEBE, T. W. SMITH, and C. W. TURNER. «Predictors of Survival Among Haemodialysis Patients: Effect of Perceived Family Support», *Health Psychology*, 1994;13.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Question d'attente, question d'entente. La relation difficile, un cadre d'intervention, synthèse de l'atelier et documentation de référence*, Collège des médecins de famille du Canada, section Québec, 1996.
- CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER. *L'intervenant pivot en oncologie, un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*, Québec, 2000, 42 p.
- DESAULNIERS J., et D. RIOUX. *Guide pratique du diabète de type 2*, Trois-Rivières, FORMED, mai 2002, chapitre 22.
- DICLEMENTE, Prochaska. *The Transtheoretical Approach : Crossing Traditional Boundaries of Therapy*, Malabar, Krieger, 1994.
- DONAHUE M., and R. M. ROGERS. «Nutritional Assessment and Support in Chronic Obstructive Pulmonary Disease», *Clin. Chest Med*, 1990 ; 11.
- DUMONT, Serge et JEAN JOBIN, «La réintégration au travail des personnes ayant survécu à un infarctus du myocarde : Mise à jour et voies de développement pour l'intervention clinique», *Canadian Journal of Cardiology*, août 1992;8(6).
- DUVALL W. L. «Cardiovascular Disease in Woman», *Mt Sinai J Med*, 2003.
- EARLE, M. C. *Beginning Again. Benedictine Wisdom for Living with Illness*, Harrisburg: Morehouse Publishing, 2004.

- FABBRI, L. M., and S. S. HURD. «World Health Organization: Local Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD-2003 Update», *Eur Respir J*, 2003; 22.
- FIFE, B. L. and E. R. WRIGHT. «The Dimensionality of Stigma: A Comparison of its Impact on the Self of Persons With HIV/AIDS and Cancer», *Journal of Health and Social Behaviour*, 2000; 41.
- FIORE M.C., and al. *Clinical Practice Guideline : Treating Tobacco Use and Dependence*, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Juin 2000, 177 p.
- FIORE M. C., S. S. SMITH, D. E. JORENBY and T. B. BAKER. « The Effectiveness of the Nicotine Patch for Smoking Cessation », *JAMA*, 1994; 271(24).
- FLETCHER G. F., and al. « Statement on Exercise : Benefits and Recommendations for Physical activity Programs for all Americans, A Statement for Health Professionals », *Circulation*, August 1996;94(4).
- GARCEA, B. *La voie du désir*, Montréal, Médiaspaul, 1997.
- GENEST J., and al. Clinical Practice Guidelines Expert Committee 2003, *CMAJ*, 169(9).
- GOSSELINK R, T. TROOSTERS, and M. DECRAMER. «Peripheral Muscle Weakness Contributes to Exercise Limitation in COPD», *Am J Respir Crit Care Med*, 1996;153.
- GOTTLIEB, B. H. *Marshalling Social Support: Formats, Processes, and Effects*, Newbury Park, CA: Sage.
- GOTTLIEB, B. H. *Social Support Strategies: Guidelines for Mental Health Practice*, Beverly Hills, CA: Sage, 1983.
- GOTTLIEB L., and K. ROWAT. «*The McGill Model of Nursing: a Practice-Derived Model*», *ANS Adv Nurs Sci*. 1987;9.
- GUÉNETTE, Andrée-Anne, Marie-Michèle MANTHA, et Françoise RUBY. *Syndrome métabolique (Syndrome X)*, www.reseauproteus.net [en ligne], fiche créé le 15-11-2004.
- HAMBRECHT, R., and al, « Various Intensities of Leisure Time Physical Activity in Patients With Coronary Artery DISEASE: Effects on Cardiorespiratory Fitness and Progression of Coronary Atherosclerotic Lesions » *Journal of the American College of Cardiology*, août 1993;22(2).
- HASKELL, W.L. «Sedentary Lifestyle as a Risk Factor for Coronary Heart Disease», in T.A. Pearson, *Primer in Preventive Cardiology*, Dallas, American Heart Association, 1994.
- HULTQUIST C. N., C. ALBRIGHT, and D. L. THOMPSON. «*Comparison of Walking Recommendations in Previously Inactive Women*», *Med Sci Sports Exerc* 2005; 37(4).
- JOBIN J., F. MALTAIS, P. POIRIER, P. LEBLANC and C. SIMARD (sous la dir. de). *Advancing the Frontiers of Cardiopulmonary Rehabilitation*, Windsor, Human Kinetics, 2002.

- KAPLAN R., and M. TOSHIMA. «The Functional Effects of Social Relationships on Chronic Illnesses and Disability», in B.R. Sarason, I.G. Sarason, & G.R. Pierce (Eds.), *Social Support: An Interactional View*, New York: Wiley-Interscience, 1990.
- KINO-QUÉBEC. *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*, Québec, ministère de l'Éducation, 1999, 27 p.
- KNOWLES, M. S. *The Adult Learner: a Neglected Species* (4th edition) Houston: Gulf Publishing, 1990.
- KÜBLER-ROSS. *La mort; dernière étape de la croissance*. Ottawa, Éditions Québec/Amérique, 1981.
- LACASSE Y., G. H. GUYATT, and R. S. GOLDSTEIN. « The Components of a Respiratory Rehabilitation Program : A Systematic overview », *Chest*, 1997;111(4).
- LAZARUS R. S., and S. FOLKMAN. *Stress, Coping and Appraisal*, New York, Springer, 1984.
- LECLERC, JEAN. *Gérer autrement l'administration publique, la gestion par résultat*, Presses de l'Université du Québec, 2^e édition.
- LONESCU A. A., and SCHOON E. «Osteoporosis in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Eur. Respir. J. 2003 ; 22 :suppl: 46.
- MAES H., D. LEVENTHAL, and T. D. DERIDDER. «*Coping With Chronic Disease*», in M. Seidner and N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping : Theory, Research, and Applications*, New York: Wiley, 1996.
- MAUK, K. L., and N. K. SCHMIDT. *Spiritual Care in Nursing Practice*, Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2004.
- MCENVOY C. E., K. E. ENSRUD, E. BENDER, H. K. GENANT, W. YU, J. M. GRIFFITH, and al. «Association Between Corticosteroid Use and Vertebral Fractures in Older Men With Chronic Obstructive Pulmonary Disease», *Am J Respir Crit Care Med*, 1998.
- MCPHERSON, R., and al. «Canadian Cardiovascular Society Position Statement- Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia and Prevention of Cardiovascular Disease», *Can.J.Cardiol*, 2006;22(11).
- MCSWEENEY J. C., M. CODY, P. O'SULLIVAN, K. ELBERSON, D. K. MOSER, and B. J. GARVIN. «Women's Early Warning Symptoms of Acute Myocardial Infarction», *Circulation* 2003 :108.
- MEISCHKE H., M. S. EISENBERG, S. M. SCHAEFFER, S. K. DAMON, M. P. LARSEN, and D. K. HENWOOD. «Utilization of Emergency Medical Services for Symptoms of Acute Myocardial Infarction», *Heart Lung*, 1995; 24:11-8.
- MELTZER S., et al. « Lignes directrices de pratique clinique 1998 sur le traitement du diabète au Canada », *Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 1998;159 (supp. 8), 26 p.

- MERCURO G., S. ZONCU, and F. DRAGONI. «Gender Differences in Cardiovascular Risk Factors, *Ital heart J*», 2003.
- MESSERI P., M. SILVERSTEIN, and E. LITWAK. «Choosing Optimal Support Groups: A review and Reformulation», *Journal of Health and Social Behavior*, 1993;34.
- MÉTHOT J., B. A. HAMELIN, P. BORGATY, M. ARSENAULT, S. PLANTE, and P. POIRIER. *Womens Health*, 2004; 13(6).
- MILLER N. H., M. HILL, T. KOTTKE, and al. «The Multilevel Compliance Challenge: Recommendations for a Call to Action. A Statement for Healthcare Professionals», *Circulation*, 1997;95.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : un continuum intégré de services en déficience physique*, Orientations ministérielles en déficience physique, Québec, 1995, Référence 8.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Dimensions psychosociales de la MPOC et de l'insuffisance cardiaque*, Programme provincial de formation en MPOC et en insuffisance cardiaque, mai 2003.
- MOODY L., K. MCCORMICK, and A. WILLIAMS. «Disease and Symptom Severity, Functional Status and Quality of Life in Chronic Bronchitis and Emphysema (CBE)», *Journal of Behavioral Medicine*, 1990;13.
- NANETTE, K. WENGER, and al. *Cardiac Rehabilitation : A Guide to Practice In the 21st Century*, New York, Marcel Decker, 1999, 486 p.
- OLDRIDGE N. B., and D. L.STREINER. «The Health Belief Model: Predicting Compliance and Dropout in Cardiac Rehabilitation», *Med Sci Sports Exerc*, 1990; 22.
- OMS. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic : Report of a WHO Consultation on Obesity*, 2000.
- OPDQ. *Manuel de nutrition clinique*, 2004.
- ORNISH, D. Love & Survival. *The Scientific Basis for the Healing Power of Intimacy*, New York: Harper Colins Publishers, 1998.
- PACOT S. *L'évangélisation des profondeurs*, Éditions du Cerf, Paris, 1997.
- PICHARD C., and J. W. FITTING. «Support nutritionnel dans la bronchopneumopathie chronique obstructive», *Rev. Mal. Resp.* 1993 ;10.
- PROCHASKA, J.O., and C.C. DICLEMENTE. «Transtheoretical Therapy : Toward a More Integrative Model of Change », *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, vol.19, 1982.
- PROCHASKA, J.O., and al. «In Search of How People Change : Application to Addictive Behaviors», *American Psychologist*, 1992;47(9).

PUCHALSKI, C. ET ROMER, A. «Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully», *Journal of palliative medicine*, 2000;3(1).

RAWL S. M., K. L. EASTON, S. KWIATKOWSKI, and al. «Effectiveness of a Nurse-Managed Follow-up Program for Rehabilitation Patients After Discharge». *Rehabil Nurs*, 1998;23.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *La prévention et l'abandon du tabagisme*, Direction de santé publique et Collège des médecins du Québec, janvier 1999 ; 20 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Cadre de référence, Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques*, avril 2003, pagination multiple.

RENSHAW, D. C., and A. KARSTAEDT. «Is There Sex Life After Coronary Bypass?», *Comprehensive Therapy*, 1988;14(4).

RODIN, G., and K. VOSHART. «Depression in the Medically Ill: An Overview», *American Journal of Psychiatry*, 1986.

ROSAL M. C., I. S. OCKENE, and J. K. OCKENE. « Smoking Cessation as a Critical Element of Cardiac Rehabilitation », in : F.J. Pashkow et W.A. Dafoe (sous la dir. de), *Clinical Cardiac Rehabilitation : A Cardiologist's Guide*, 2^e éd., Baltimore, Williams & Wilkins, 1999.

SAINT-ARNAUD, J.-G. *Quitte ton pays, l'aventure de la vie spirituelle*, Médiaspaul, Montréal, 2001.

SANDERSON, B. K., D. SOUTHARD, and N. OLDRIDGE. «Outcomes Evaluation in Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs: Improving Patient Care and Program Effectiveness», *J Cardiopulm Rehabil*. 2004.

SANTÉ CANADA. *Guide d'activité physique canadien*, Ottawa, Santé Canada, 1998, 1 p.

SANTÉ CANADA. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes-Guide de référence rapide à l'intention des professionnels - No de pub:4648 . ISBN: 0-662-88370-5. Adapté à partir de: OMS (2000) Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity, [en ligne] www.santecanada.ca/nutrition.*

SCHOLS, A .«Nutritional Modulation as Part of the Integrated Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease», *Proc. Nutr. Soc*, 2003 ;62.

SCHUNEMANN, and al. «Epidemiologic Evidence Linking Antioxidant Vitamins to Pulmonary Function and Airway Obstruction», *Epidemiol Rev*. 2001;23(2):248-267.

SCHWARZER R., and B. WEINER. «Stigma Controllability and Coping as Predictors of Emotions and Social Support», *Journal of Social and Personal Relationships*, 1991;8.

- SHEPHERD E. F., E. TOLOZA, C. D. MCCLUNG, and T. P. SCHMALZRIED. «Step Activity Monitor: Increased Accuracy in Quantifying Ambulatory Activity», *J Orthop Res* 1999; 17(5).
- SIMPSON K, N. MCCARTNEY, D. G. STUBBING, and N. L. JONES. «Randomised Controlled Trial of Weightlifting Exercise in Patients With Chronic Airflow Limitation», *Thorax*, 1992.
- Santé Canada. *Les femmes et la santé cardiovasculaire*: http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits_cardio.htm [en ligne].
- SLINDE, F., A. M. GRONBERG, C. P. ENGSTROM, L. ROSSANDER-HULTHEN, and S. LARSSON. «Individual Dietary Intervention in Patients with COPD During Multidisciplinary Rehabilitation», *Resp Med*, 2002 ;69.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE. «Prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique 2003», *Can. Respir.J*, 2003;10 (Suppl A).
- STEPTOE, A. Invited review: «The Link Between Stress and Illness », *Journal of Psychometric Research*, 1991; 35(6).
- SUPERKO H. R., and P. DUNN. « Sophisticated Lipid Diagnosis and Management : The Potential for Plaque Stabilization and Regression in the Cardiac Rehabilitation Setting », in F.J. Pashkow et W.A. Dafoe (sous la dir. de), *Clinical Cardiac Rehabilitation : A Cardiologist's Guide*, 2^e éd., Baltimore, Williams & Wilkins, 1999.
- TAYLOR, S. E. *Health Psychology*, Fifth ed., Boston Mc Graw Hill, 2003.
- TAYLOR, S. E., and L. G. ASPINWALL. «Psychological Aspects of Chronic Illness», in G. R. VandenBos & P.T. Costa, Jr. (Eds.), *Psychological Aspects of Serious Illness*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1990.
- TELCH, C. F., and M. J. TELCH. «Group Coping Skills Instruction and Supportive Group Therapy for Cancer Patients: A Comparison of Strategies», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986;54.
- TUDOR-LOCKE C, B. E. AINSWORTH, R. W. THOMPSON, and C. E. MATTHEWS. «Comparison of Pedometer and Accelerometer Measures of Free-Living Physical Activity», *Med Sci Sports Exerc*, 2002; 34 (12).
- TUDOR-LOCKE C, and D. R. BASSETT JR. «How Many Steps/Day Are Enough? Preliminary Pedometer Indices for Public Health», *Sports Med*, 2004; 34(1).
- TUDOR-LOCKE C, L. BURKETT, J. P. REIS, B. E. AINSWORTH, C. A. MACERA, and D. K. WILSON. «How Many Days of Pedometer Monitoring Predict Weekly Physical Activity In Adults?», *Prev Med*, 2005; 40(3).
- TUDOR-LOCKE C. E., et al. «Pedometer-Determined Ambulatory Activity in Individuals With Type 2 diabetes», *Diabetes Res Clin Pract*, 2002; 55(3).

TUDOR-LOCKE C, E, and A. M. MYERS. «Methodological Considerations for Researchers and Practitioners Using Pedometers to Measure Physical (ambulatory) Activity», *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 2001; 72(1).

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Smoking Cessation Clinical Practice Guideline*, Agency for Health Care Policy and Research, 1996.

UNITÉ DE JOUR DE DIABÈTE DE L'HÔTEL-DIEU DU CHUM. *Connaître son diabète pour mieux vivre*, 3ème édition revue et corrigée, Édition Rogers Média, 2001.

VAN DER POEL, C. J. *Sharing the Journey. Spiritual Assessment and Pastoral Response to Persons With Incurable Illnesses*. Collegeville, Minnesota: The Liturgical Press, 1998.

WALDA, I. C., and al. « Diet and 20 Year Chronic Obstructive Pulmonary Disease Mortality in Middle-aged Men from Three European Countries», *Eur J Clin Nut* 2002 ; 56:638-643.

WENGER, N. K. «Coronary Heart Disease; the Female Heart is Vulnerable», *Prog. Cardiovasc. Dis*, 2003; 46.

WENGER N. K., and al. « *Cardiac Rehabilitation as Secondary Prevention* », Agency for Health Care Policy and Research and National Heart, Lung, and Blood Institute, Clinical Practice Guideline Quick Reference Guide for Clinicians, n° 17, October 1995.

WILCOX S, M. L. IRWIN, C. ADDY, L. STOLARCZYK, B. E. AINSWORTH, M. WHITT, and al. «Agreement Between Participant-Rated and Compendium-Coded Intensity of Daily Activities in a Triethnic Sample of Women Ages 40 Years and Older», *Ann Behav Med*, 2001; 23(4).

WOODARD, C. M., and M. J. BERRY. «Enhancing Adherence to Prescribed Exercise: Structured Behavioral Interventions in Clinical Exercise Programs», *J Cardiopulm Rehabil*, 2001;21.

WORTMAN, C. B., and C. DUNKEL-SCHETTER. «Interpersonal Relationships and Cancer: A Theoretical Analysis», *Journal of Social Issues*, 1979;35.

ANNEXES

Annexe 1. Historique du *Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques*

Dans son plan d'action régional 1995-1998 sur les priorités de santé et de bien-être, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec avait ciblé deux priorités soit les maladies cardiovasculaires et le cancer du poumon. Concernant les maladies cardiovasculaires, les actions suivantes ont été identifiées :

- développer et mettre en œuvre des programmes de prévention, de réadaptation et de réinsertion sociale pour la clientèle cardiovasculaire;
- intégrer le volet réadaptation-réinsertion sociale dans le plan de traitement de la clientèle hospitalisée pour maladies cardiovasculaires et établir un mécanisme de liaison avec les services de réadaptation.

En juillet 1998, le *Projet de réorganisation des soins primaires en santé cardiovasculaire de la région de Québec* reçoit un financement officiel du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS). Dès septembre 1998, quatre coordonnatrices locales ainsi que quatre nutritionnistes sont recrutées dans les territoires suivants : Charlevoix, Haute-Saint-Charles, Orléans et Portneuf. Elles participent à l'organisation des services en réadaptation avec les partenaires du milieu. En novembre 2000, tous les éléments sont en place pour commencer l'intervention auprès des clientèles ciblées, soit la clientèle à haut risque et celle atteinte de maladie cardiovasculaire. À la fin de la période de financement par le FASS, le projet se transforme en *Programme de réadaptation cardiaque*. Le financement est alors assuré par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec et les équipes locales poursuivent les interventions régulières en réadaptation cardiaque dans chacun des territoires.

Le *Programme de réadaptation cardiaque* implanté dans les quatre territoires comporte les caractéristiques suivantes :

- une gamme complète de services en réadaptation (éducation, nutrition, activité physique, cessation tabagique, intervention psychosociale);
- une décentralisation locale des services;
- une organisation de services qui repose sur un modèle original (intervenants pivot et réseau d'intervenants des milieux public, privé et communautaire);
- des services qui constituent un soutien aux équipes médicales du territoire.

Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques

En 2001, une récurrence budgétaire est obtenue pour la réalisation du programme dans la région. Par la suite les principaux défis du *Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques* ont été :

- de favoriser l'accessibilité aux services de réadaptation pour personnes atteintes de maladies chroniques, notamment :
 - en consolidant les services de réadaptation dans les territoires de Charlevoix, Haute-Saint-Charles, Orléans et Portneuf,
 - en développant les services de réadaptation dans les territoires de Sainte-Foy – Sillery – Laurentien, Haute-Ville-des-Rivières, Basse-Ville – Limoilou – Vanier et La Source.
- d'établir une complémentarité entre les différents partenaires et organismes engagés dans les services de réadaptation du territoire (cliniques spécialisées, médecins de famille, médecins spécialistes, centres hospitaliers, CLSC, Pavillon de prévention des maladies cardiaques de l'Hôpital Laval, etc.);
- de maintenir une qualité optimale de services en réadaptation pour personnes atteintes de maladies chroniques.



En 2002, le programme régional de réadaptation **Traité santé** identifié par *Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques*. Des affiches et des dépliants ont été transmis aux partenaires du réseau de tous les territoires afin de promouvoir cette nouvelle appellation du programme.

Annexe 2. Participation et collaboration à la révision du Cadre de référence, version 2006

Ont participé à la mise à jour de la version 2005 du document

M^{me} Lyna Bolduc, inf. B.Sc. M.A.P. (rédactrice principale)	Hôpital Laval – Pavillon de prévention des maladies cardiaques, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
M. Pierre Desgagné, éd. ph., Ph.D.	Hôpital Laval – Pavillon de prévention des maladies cardiaques
M^{me} Louise Gagnon, Dt.P., M.Sc.	Hôpital Laval - Pavillon de prévention des maladies cardiaques
M^{me} Huguette Ouellet	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
M^{me} Ginette Turbide, inf. B.Sc., M.Sc.	Hôpital Laval – Pavillon de prévention des maladies cardiaques

Collaborateurs ayant contribué à la rédaction

M^{me} Mona Abbondanza, Ph.D., psychologue	Université du Québec à Montréal
M. Jean –Claude Bellavance, t.s., M.A.	Hôpital Laval, service social
M^{me} Louise Beaudoin, inf. B.Sc.	Hôpital Laval, SRSRSD
M^{me} Anne-Marie Bezeau, inf. B.Sc.	Hôpital Laval – Pavillon de prévention des maladies cardiaques
M^{me} Julie Houle, inf. MSc.	Professeure en sciences infirmières Université du Québec à Trois-Rivières
M. Stéphane Lelièvre, animateur de pastorale, B.Sc. M.A. en théologie	Service régional de pastorale
M^{me} Chantal Martineau, Dt.P.	Hôpital Laval, centre de soins de jour
M^{me} Julie Méthot, B. pharm. Ph.D.	Hôpital Laval
M^{me} Johanne Roy, inf. clinicienne spécialisée, M.Sc. inf.	Centre hospitalier universitaire de Québec

M. Thierry Gaudet-Savard éd. ph., M.Sc.	Hôpital Laval - Pavillon de prévention des maladies cardiaques
M^{me} Rachel Swenor, md, sexologue	Bureau privé
M^{me} Patricia Robichaud, inf. B.Sc.	Hôpital Laval

Collaboratrice à la mise en page du document:

M^{me} Chantale Cyr, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Ont participé à la mise à jour des versions antérieures du document

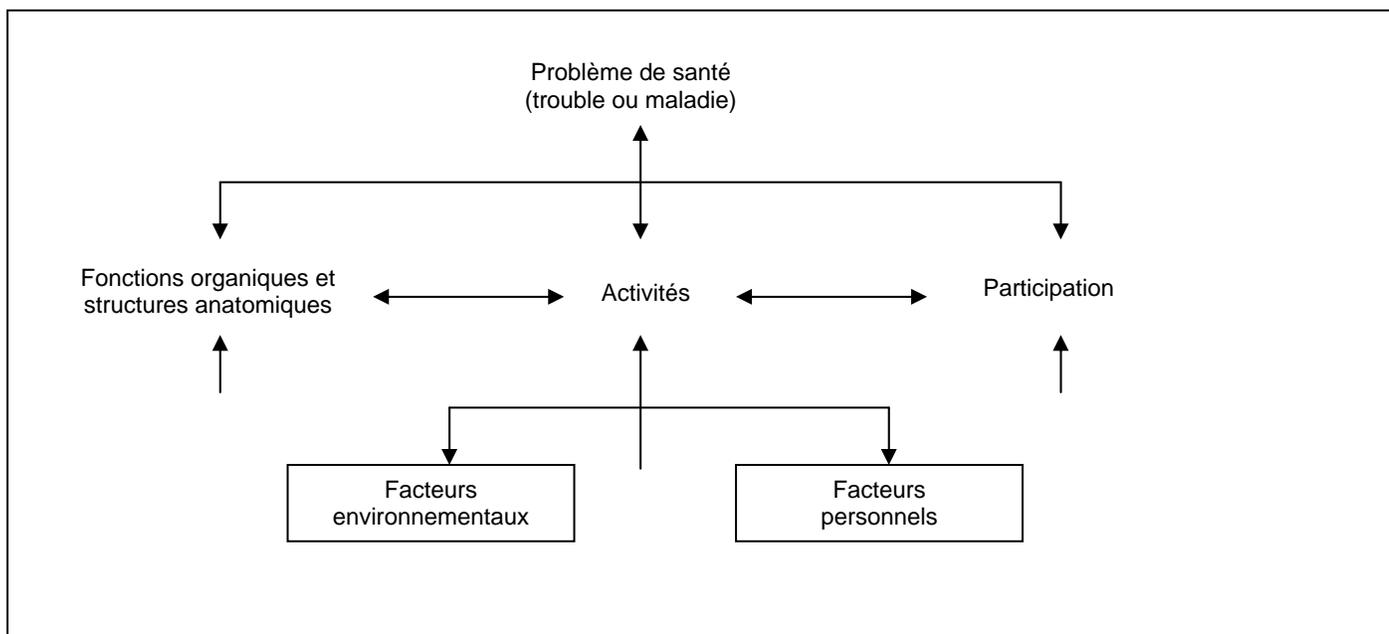
M^{me} Sarah Bernard, M^{me} Jacynthe Bertrand, M^{me} Lyna Bolduc, D^r Pierre Desgagné, M^{me} Louise Gagnon, D^{re} Maria Garrido, M^{me} Chantal Gosselin, D^r Jean Jobin, M. Réjean Lamontagne, M^{me} Huguette Ouellet, D^r Paul Poirier, M^{me} Ginette Turbide.

Autres collaborateurs ayant contribué à la première version du document

M^{me} Martine Bélanger, M^{me} Francine Dufour, D^r Serge Dumont, M^{me} Louise Gagnon, M^{me} Linda Gorman, M^{me} Lucille Juneau, M^{me} France Kirouac, M^{me} Johanne Labbé, M^{me} Francine Lacroix, M^{me} Marcelle Lareau, M^{me} Nicole Perron, M. Luc Ricard, D^r Michel Robitaille, M^{me} Johanne Roy, M^{me} Monik Saint-Pierre, M^{me} Thérèse Samson, M^{me} Lyne Sauvageau, D^r Guy Tremblay, M^{me} Ginette Turbide, M. Doris Turcotte, M^{me} Sylvie Vandal et M^{me} Chantal Viens.

Annexe 3. Processus de production du handicap

INTERACTIONS ENTRE LES COMPOSANTES DE LA CIFHS¹



Problème de santé est une expression générique couvrant la maladie (aiguë ou chronique), le trouble, la lésion ou le traumatisme. L'expression peut également s'appliquer à d'autres situations telles que la grossesse, le vieillissement, le stress, une anomalie congénitale ou une prédisposition génétique. Les problèmes de santé sont codés à l'aide de la CIM-10.

Fonctionnement est un terme générique couvrant les fonctions de l'organisme, les structures anatomiques, les activités et la participation. Il désigne les aspects positifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels de cet individu (facteurs personnels et environnementaux).

Handicap est un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de la participation. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels de cet individu (facteurs personnels et environnementaux).

Les **fonctions organiques** sont les fonctions physiologiques des systèmes organiques, fonctions psychologiques comprises. L'adjectif « organique » s'applique à l'organisme humain tout entier et, à ce titre, aussi au cerveau. En conséquence, les fonctions mentales (ou psychologiques) sont subsumées dans les fonctions organiques. Pour ces fonctions, on estime que la norme est la norme statistique valable pour les êtres humains.

1. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, entérinée par la cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la santé le 22 mai 2001 (résolution WHA54.21).

Les **structures anatomiques** sont les parties structurelles du corps comme les organes, les membres et leurs composantes, classifiées selon les systèmes organiques. Pour ces structures, on estime que la norme est la norme statistique valable pour les êtres humains.

L'**activité** est l'exécution d'une tâche ou d'une action par un individu. Elle constitue la dimension individuelle du fonctionnement.

Les **limitations d'activité** sont des difficultés qu'un individu peut éprouver dans l'accomplissement des ses activités. L'écart dans la capacité d'exercer l'activité de la manière et dans la mesure escomptées de la part de gens n'ayant pas ce problème de santé peut être plus ou moins grand, tant en qualité qu'en quantité.

La **participation** est l'engagement de l'individu dans une situation vécue. Elle constitue la perspective sociétale du fonctionnement.

Les **restrictions de la participation** sont des problèmes qui peuvent affecter un individu lorsqu'il s'engage dans des situations vécues. Une restriction de la participation se détermine par la comparaison de la participation d'un individu à celle attendue, dans telle culture ou telle société, d'un individu sans limitation d'activité.

Les **facteurs contextuels** sont les facteurs qui constituent le contexte global de la vie d'un individu et, en particulier, du cadre dans lequel les états de santé sont classifiés dans la CIH-2. Les facteurs contextuels se divisent en deux catégories : les facteurs environnementaux et les facteurs personnels.

Les **facteurs environnementaux** constituent une composante de la CIH-2 et renvoient à tous les aspects du monde extérieur ou extrinsèque qui forment le contexte de la vie d'un individu et qui, à ce titre, ont une incidence sur le fonctionnement de celui-ci. Les facteurs environnementaux incluent le monde physique et ses caractéristiques, le monde physique bâti par l'être humain, les autres individus dans des relations différentes, les rôles, les attitudes et les valeurs, les systèmes et les services sociaux, ainsi que les politiques, les règles et les lois.

Les **facteurs personnels** sont des facteurs contextuels qui ont trait à l'individu, tels que l'âge, le sexe, la condition sociale, les expériences de la vie, etc., qui ne sont pas classifiés dans la CIH-2 mais que les utilisateurs peuvent intégrer à leurs applications de la CIH-2.

Annexe 4. Valeurs cibles recommandées

Valeurs cibles recommandées pour les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires et de diabète

Paramètre	Valeur cible
Triglycéride	< 1,7 mmol/L
C-HDL*	Femmes > 1,3 mmol/L Hommes > 1,1 mmol/L
C-LDL*	< 2 mmol/L
Rapport CT/C-HDL*	< 4
Apo B*	< 0,9 g/L
Glycémie	Chez MCV : à jeun < 5,7 ou 6 mmol/L et A1c* < 6% Chez diabétique : à jeun < 4 à 7 mmol/L et A1c < 7%
Tension artérielle	18 ans et plus < 140/90 diabétique < 130/80 si protéinurie < 125/75
Obésité abdominale	Femmes : Tour de taille < 88 cm Hommes : Tour de taille < 102 cm
Activité physique	Faire plus de 4 heures d'activité physique modérée/semaine
Tabac	Aucun tabac

*C-HDL : cholestérol-HDL; C-LDL : cholestérol-LDL; Apo-B : Apolipoprotéine B; CT/C-HDL : Cholestérol total/Cholestérol-HDL; A1c : Hémoglobine glyquée.

Références :

Genest J et al. *CMAJ*, 2003;169(9):921-924.

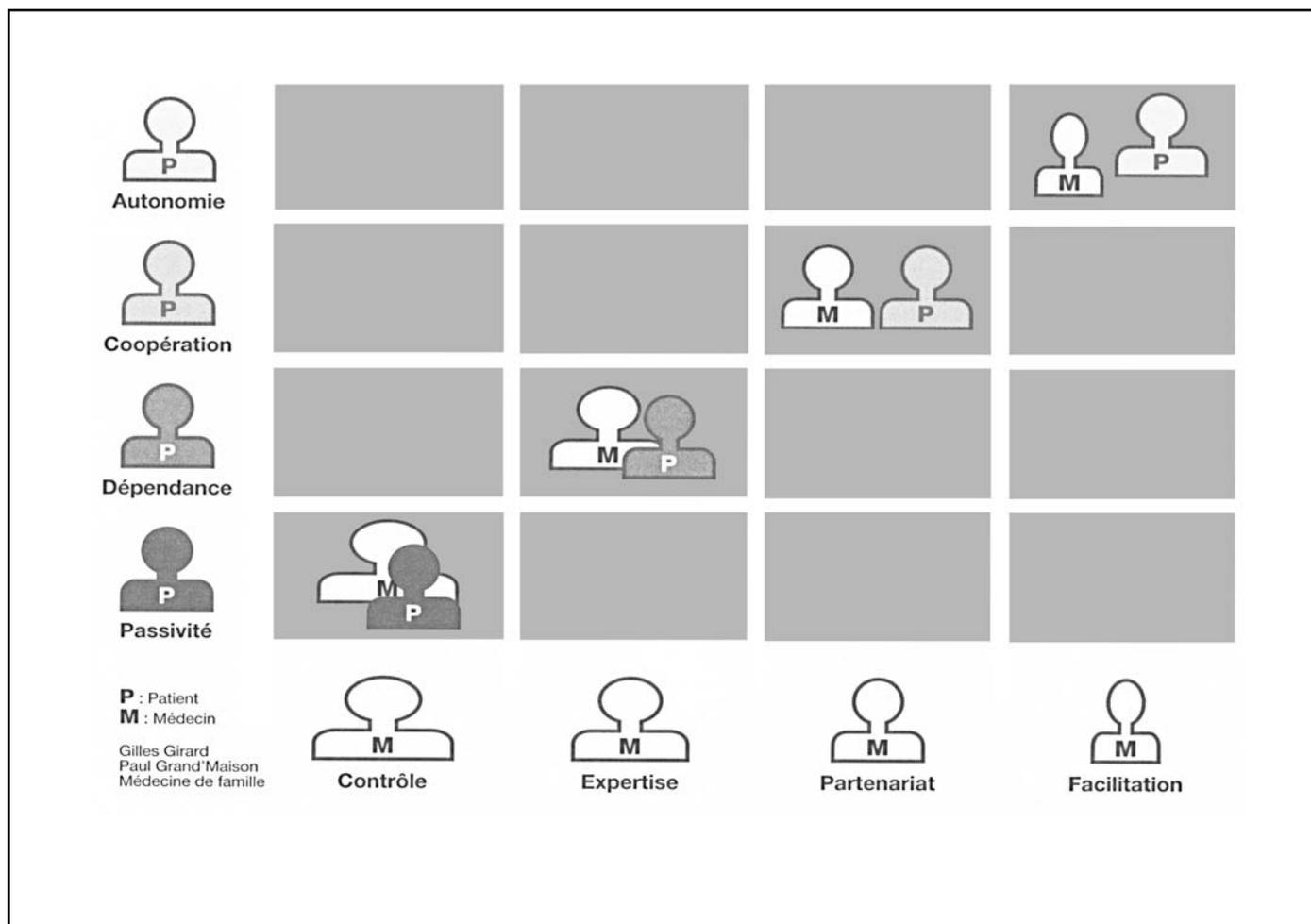
Association canadienne du diabète. *Clinical Practice Guidelines Expert Committee 2003*. [En ligne] <http://www.diabetes.ca/cpg2003>
Santé Canada. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes-Guide de référence rapide à l'intention des professionnels- Santé Canada*, No de pub:4648. Adapté à partir de: OMS *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity*, 2000.

Santé Canada, *Food and nutrition/Aliments et nutrition*. [En ligne] www.santecanada.ca/nutrition.

R. McPherson et al. «Canadian Cardiovascular Society Position Statement, Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia and Prevention of Cardiovascular Disease», *Can J Cardiol*;2006;22(11).

Annexe 6. L'approche négociée

Niveaux de négociation dans l'approche négociée Combinaison de niveaux de contrôle complémentaires chez le patient et le médecin¹



1. Extrait du manuel : *Question d'attente, question d'entente. La relation difficile, un cadre d'intervention*, synthèse de l'atelier et documentation de référence, Collège des médecins du Québec, Collège des médecins de famille du Canada, section Québec, 1996.

Annexe 7. Modèle explicatif de soutien à la modification de comportement

RÉSUMÉ DU MODÈLE EXPLICATIF

Le modèle transthéorique (O. Prochaska, 1985)

Ce modèle indique qu'un comportement se situe dans un continuum pouvant être divisé en cinq étapes : préréflexion (précontemplation), réflexion (contemplation), préparation, action, maintien. L'atteinte de la situation de maintien de comportement doit se faire en respectant les étapes¹. Bien que ces étapes soient consécutives, la personne peut revenir à une étape antérieure.

ÉTAPES DE CHANGEMENT²

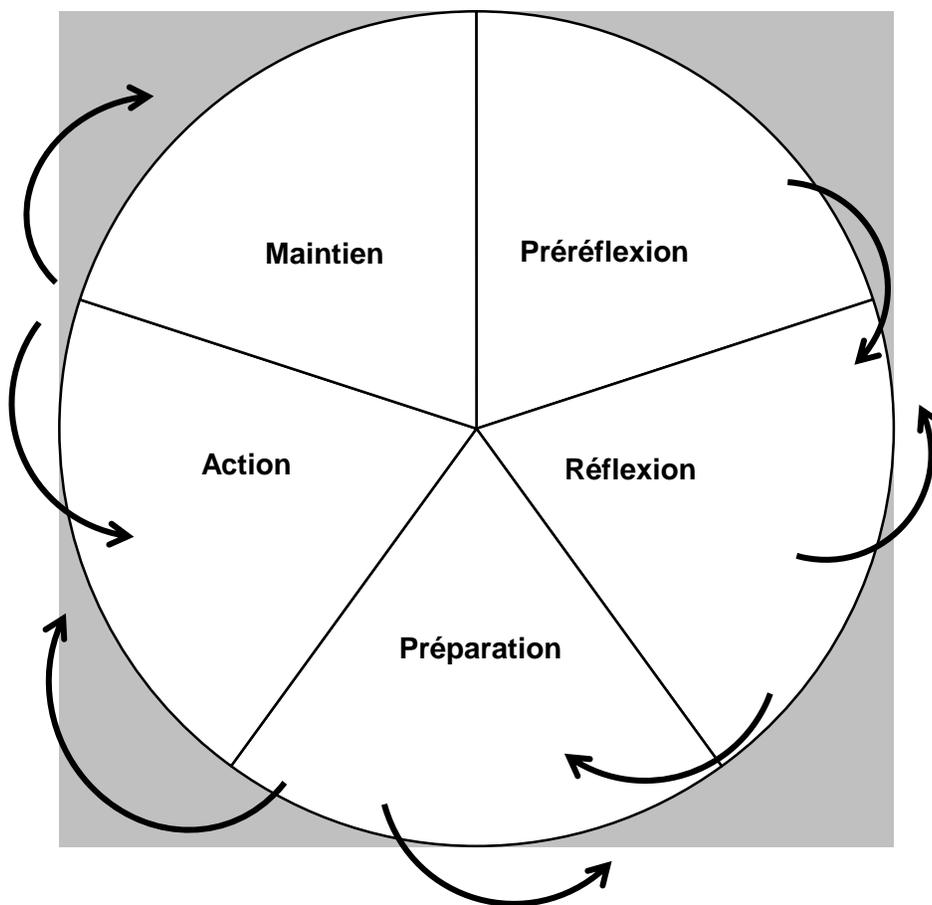
DÉFINITION

Préréflexion	Aucun intérêt à changer le comportement. La personne ne désire pas y penser. Résistance à toute intervention.
Réflexion	Intérêt. Intention de changer au cours des prochains mois. La personne croit qu'elle va changer de comportement, mais elle exprime une certaine ambivalence.
Préparation	Intention de changer au cours du prochain mois. La personne a un plan d'action et, au cours de la dernière année, elle a fait des tentatives de changement ou apporté quelques modifications à son comportement.
Action	Changement observable du comportement au cours des derniers mois. Il y a amorce d'un processus d'action.
Maintien	Depuis l'atteinte du seuil fixé, le changement de comportement a été maintenu pendant plus de six mois.

¹ J.O. PROCHASKA *et al.*, « In Search of How People Change : Application to Addictive Behaviors », *American Psychologist*, vol. 47, n° 9, 1992;47(9):1102-1114.

² Adapté de Prochaska, 1992. Dans quel document G. Godin a-t-il adapté les étapes de changement de Prochaska en 1995 ? Retrouver ce document tel qu'indiqué est impossible

Approche de classification Stades de changement (Prochaska)



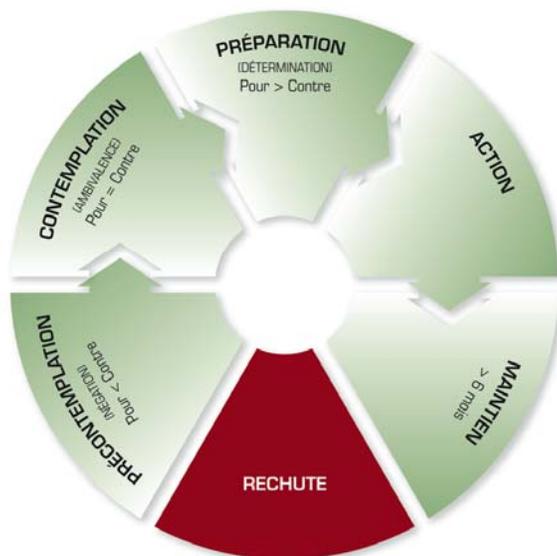
Annexe 8 L'approche motivationnelle selon le D^r Jacques Bédard

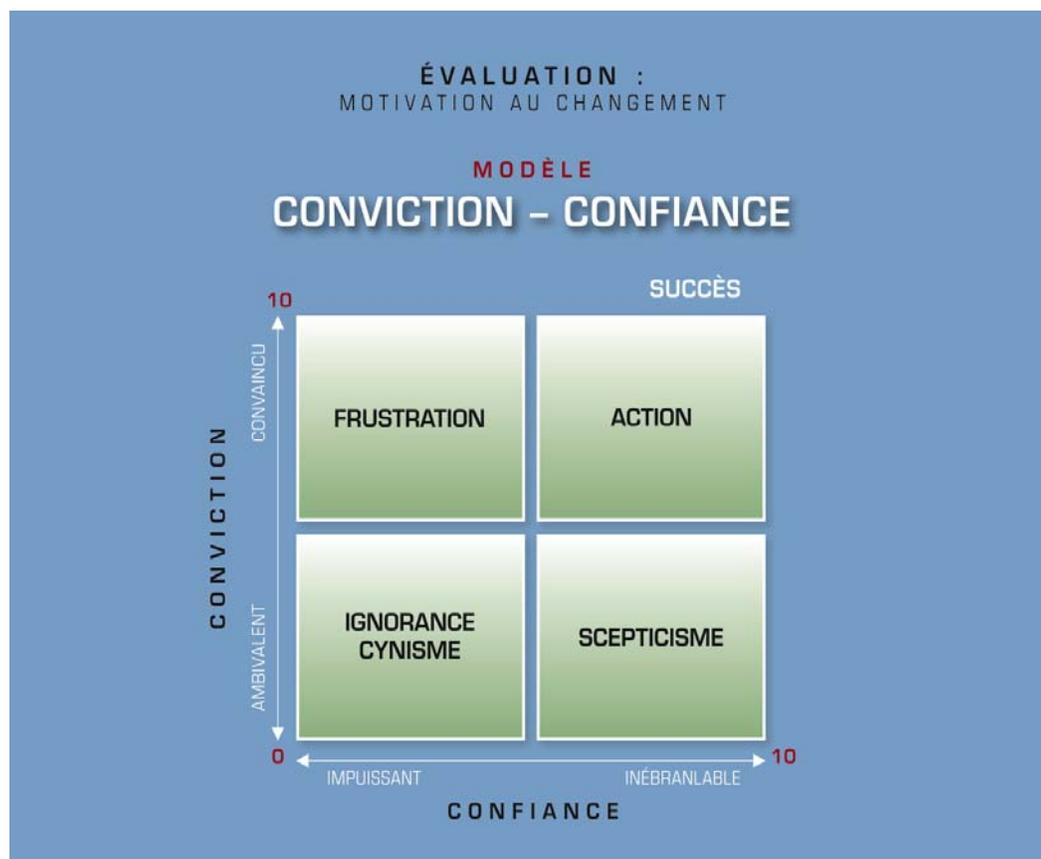
Mentorat vers un changement comportemental efficace

Jacques Bédard, M.D., CSPQ, FRCPC
Médecine interne

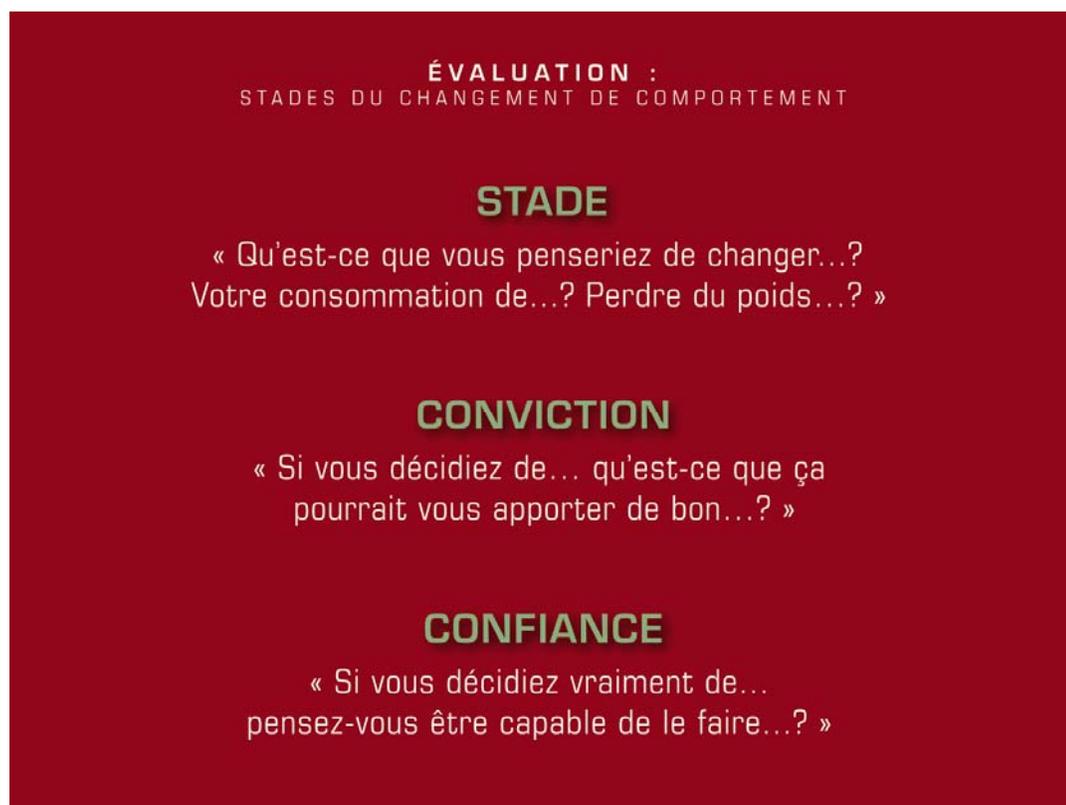
« Vie de qualité »

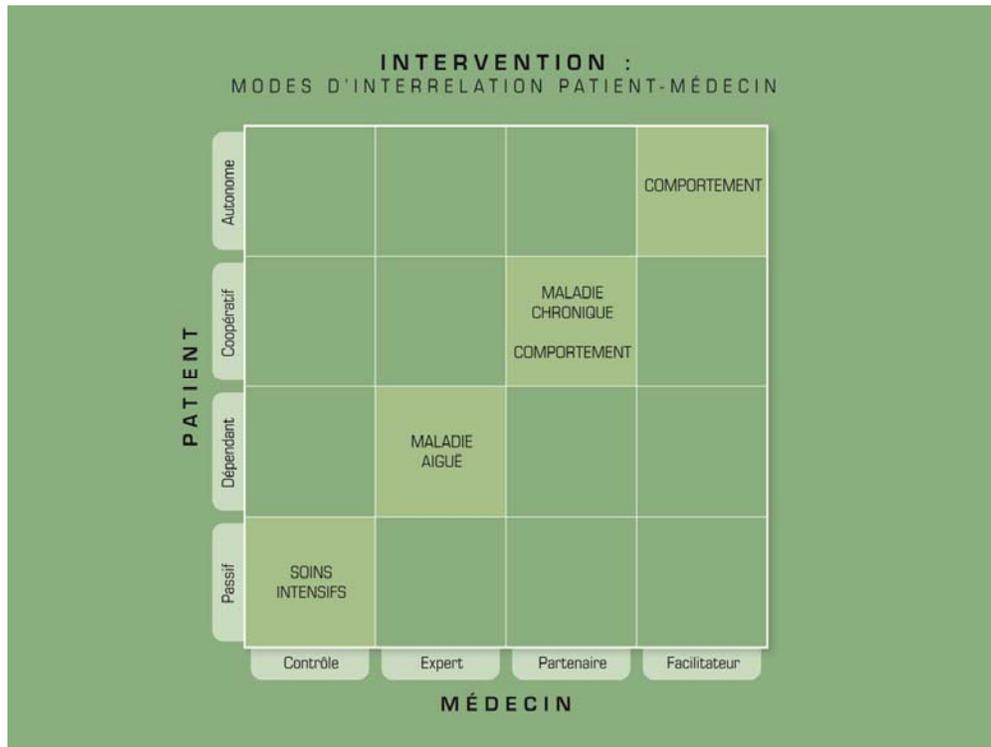
ÉVALUATION :
STADES DE PROCHASKA



**Source :**

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





INTERVENTION : PCP

« CONVICTION »

1

**PROVOQUER L'EXPRESSION
DES AVANTAGES :**

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

(Faire élaborer sur les plans PERSONNEL et AFFECTIF)

2

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

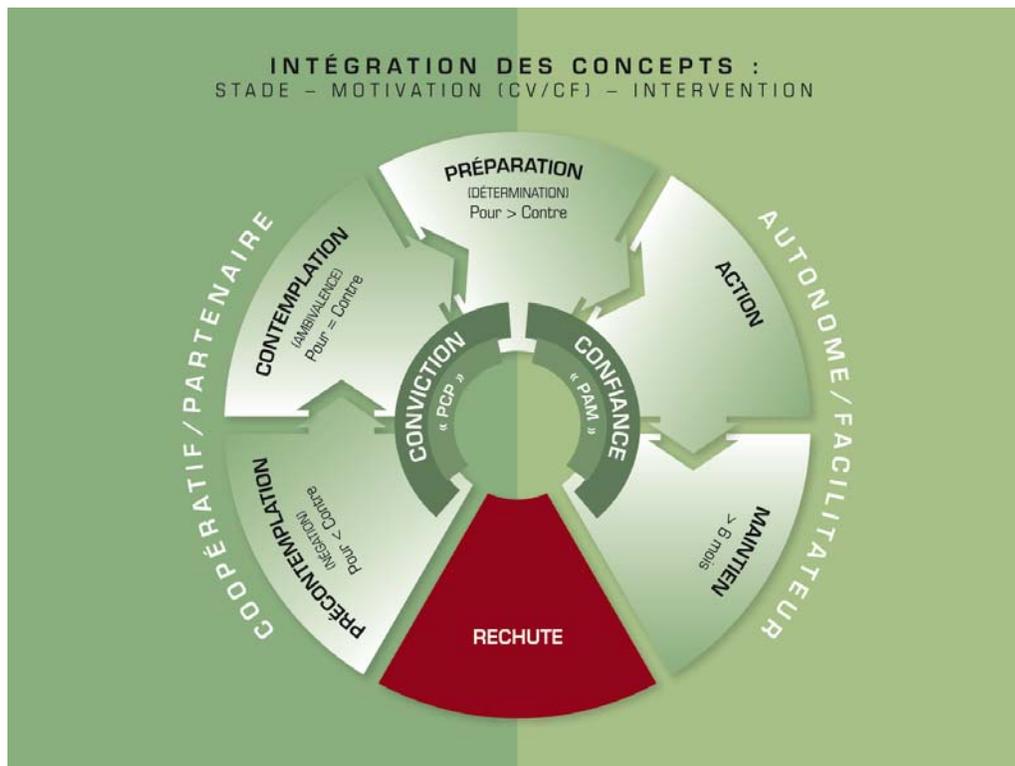
(Reformulation – renforcement – recadrage)

INTERVENTION : PAM

« CONFIANCE »

- 1**
« Si vous décidiez vraiment de...
pensez-vous être capable de le faire...? »
- 2**
« Qu'est-ce qui vous empêcherait de...? »
« BARRIÈRES »
- 3**
« Comment pensez-vous pouvoir...? »
« STRATÉGIES »

Exploiter les **SUCCÈS** antérieurs



Annexe 9 Exemple de grille de référence



Plus que pour le forme...
Un contrat pour la vie!

Programme régional de réadaptation pour
la personne atteinte de maladies chroniques
Région de Québec

Nom :
Adresse :
Tél. Rés. :
Tél. Trav. :
Tél. Cell. :
Date de naissance :
Référé par :

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

TERRITOIRES (télécopieur code régional 418)

<input type="checkbox"/> Haute-Ville-des-Rivières	641-0282	<input type="checkbox"/> Basse-Ville-Limoulu-Vanier	529-1515
<input type="checkbox"/> Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	656-4872	<input type="checkbox"/> La Jacques-Cartier	843-4639
<input type="checkbox"/> La Source	628-3052	<input type="checkbox"/> Orléans	663-2624
<input type="checkbox"/> Bale-Saint-Paul (Charlevoix)	435-0011	<input type="checkbox"/> Portneuf	268-6248
<input type="checkbox"/> Malbale (Charlevoix)	665-1752		

DIAGNOSTICS PRINCIPAUX ET CONDITIONS ASSOCIÉES :

<input type="checkbox"/> Angine de poitrine	<input type="checkbox"/> Arythmie majeure	<input type="checkbox"/> Angioplastie	<input type="checkbox"/> Crise hypertensive
<input type="checkbox"/> Diabète de type 2	<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Maladie vasculaire périphérique
<input type="checkbox"/> Pontage aorto-coronarien	<input type="checkbox"/> Transplantation cardiaque	<input type="checkbox"/> Valvulopathie	<input type="checkbox"/> Autres : _____

ASPECTS PSYCHOSOCIAUX :

<input type="checkbox"/> Vit seul	<input type="checkbox"/> Avec conjoint	<input type="checkbox"/> Retraité
<input type="checkbox"/> Type d'emploi : _____		<input type="checkbox"/> Autre : _____

FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS :

<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux (1 ^{er} degré, H < 55 ans, F < 65 ans)			
<input type="checkbox"/> Âge (Homme : + de 45 ans <input type="checkbox"/> Femme : + de 55 ans)			
<input type="checkbox"/> Tabagisme (risque si \geq 1 cigarette/jour ou cessation tabagique < 1 an)			Cessé depuis : _____
Nombre de cigarettes par jour : _____			Nombre d'années : _____
<input type="checkbox"/> Hypertension \geq 140/90 mmHg ou traitée avec une médication		TA : _____	
<input type="checkbox"/> Sédentarité			
<input type="checkbox"/> Obésité (IMC \geq 30 kg/m ²)	Poids : _____ Kg	Taille : _____ M	IMC : _____
<input type="checkbox"/> Dyslipidémie			

Date	Glycémie	HbA _{1c}	Chol tot.	TG	HDL	LDL	Indice Athérogénique (I/A)	
							Ct/HDL	LDL/HDL

ÉPREUVE D'EFFORT : Date _____ (Si épreuve d'effort, joindre copies du rapport et du protocole s.v.p.)

Médecin de famille : _____ Signature du référent : _____

Spécialiste : _____ Signature de l'utilisateur : _____

Date : _____

Annexe 10. Formulaire de collecte de donnée et de suivi



COLLECTE DE DONNÉES ET SUIVI

Programme régional de réadaptation pour
la personne atteinte de maladies chroniques
Région de Québec

Secteur : _____

Médecin de famille : _____

Référé par : Médecin Autres : _____

Spécialistes : _____

 Vit seul en couple Retraité Occupation : _____

Personne significative : _____

Situation financière : _____

Réseau de soutien : oui non

Divers : _____

Nom : _____

N. de dossier : _____ Naiss : _____ Âge : _____

Adresse : _____

Tél. Rés. : _____ Autres : _____

Courriel : _____

Rendez-vous	<input type="checkbox"/> Renc. <input type="checkbox"/> Tél.				
Date					
Initiales					

 Invalidité : _____

Date prévue de retour au travail : _____

Aptitude à la lecture : Oui Non Génogramme ÉcocarteAccessibilité à un transport : oui non

DIAGNOSTICS

- Angine de poitrine _____ AVC _____ Insuffisance cardiaque _____ Transplantation cardiaque _____
 Angioplastie _____ Diabète type 1 _____ Maladie artérielle _____ Valvulopathie _____
 Arythmie majeure _____ Diabète type 2 _____ MPOC _____ Autre _____
 Asthme _____ Infarctus du myocarde _____ Pontage aorto coronarien _____ Autre _____

Antécédents : _____

CONDITIONS ASSOCIÉES

- Abus de substance : _____ Antécédents familiaux : _____ HTA : _____ Sédentarité : _____
 Alcool : _____ / semaine Dysfonction sexuelle : _____ Néphropathie : _____ Syndrome métabolique : _____
 Allergie : _____ Dyslipidémie : _____ Neuropathie : _____ Stress _____
 Tabagisme : _____ cig. /jour depuis _____ années État psychologique : _____ Obésité : _____ Autre : _____

Paramètres généraux Taille : _____ Examen spécifique : _____

Date	TA bras droit	TA bras gauche	F.C.	Glycémie réfractomètre	Poids	Tour de taille	IMC	Dyspnée	Saturation		Fréq. resp.	O ₂ /L Heures / 24H	Orthopnée	Toux	Oedème	Restriction liquidienne
									Avec O ₂	Sans O ₂						
1																
2																
3																

Tests sanguins

Date	Chol.t	Tg	HDL	LDL	I.A.	Apo B	Glyc. à jeun	Glyc. Post prandial	Glyc. Post charge	HB A1C	HB	AST	ALT	TSH	CK	Créat.

Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques

NOM : _____ **#Dossier** _____

MÉDICATION

ÉPEUVE D'EFFORT

Date : _____ FC repos : _____ TA repos : _____ METS : _____
 FC max. : _____ TA max. : _____ Clin. : + - ECG : + -
 Particularités : _____ Raison d'arrêt : _____

ENSEIGNEMENT

Alimentation : Stade de comportement (Prochaska) ①②③④⑤
 Connaît le Guide alimentaire canadien Connaît l'impact de l'alimentation sur la santé Régularité des repas _____
 Connaît l'impact d'une consommation élevée sur la santé : de sel de sucre de gras de fibres
 Connaît ses besoins en hydratation Connaît l'assiette santé Troubles de comportement alimentaire : oui non

Activité physique : Stade de comportement (Prochaska) ①②③④⑤
 Connaît les bienfaits de l'activité physique sur la santé Connaît l'échelle de Borg Connaît le test de la parole
 Connaît les principes de sécurité : échauffement récupération hydratation repas temps froid

Tabagisme : Stade de comportement (Prochaska) ①②③④⑤
 Date de cessation prévue : _____ Support social : oui non Consultation brève Ressources identifiées

Diabète :
 Enseignement prioritaire _____ Utilisation du glucomètre : oui _____ nbre de fois par jour : _____ non

Sources de stress : _____

Médication : Observant : oui non
 Connaît l'importance de la prise régulière de sa médication Connaît les effets secondaires de ses médicaments

Perception de la maladie _____ **Aspect spirituel** _____
 Connaît les aspects sécuritaires (bracelet, télésurveillance)

PLAN D'INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE

Objectifs : _____

Principale préoccupation (personne et proche) : _____

Barrières : _____ **Personnes en soutien au changement** : _____

Vaccination antigrippale Dépistage du cancer du sein

Références : Interventions éducatives : « La vie à cœur » _____ Clinique du diabète _____
 Clinique MPOC _____ Clinique d'insuffisance cardiaque _____ Autre _____

Nutrition : Suivi individuel _____ Rencontres de groupe _____ Ateliers de cuisine santé _____ Visites en épicerie _____

Tabac : Suivi individuel _____ Rencontres de groupe _____

Activité physique : Suivi individuel _____ Programme de groupe _____ Club de marche _____

Psychosocial : Suivi individuel _____ Gestion du stress en groupe _____

Revoir le _____
 Relances téléphoniques _____ Fin du suivi _____
 Réhospitalisation _____ Information au médecin _____

Intervenant : _____ **Raisons d'intervention** : ____/____/____/____
Intervenant : _____

Annexe 11. Lettre aux médecins



PROGRAMME RÉGIONAL DE RÉADAPTATION pour la personne atteinte de maladies chroniques

Territoire _____

Le _____

Objet : Participation au Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques

Docteur,

Mme, M. _____, date de naissance _____, est inscrit au Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques. Nous avons élaboré un plan d'intervention qui vise l'amélioration de sa qualité de vie. La démarche suivante est entreprise :

- Suivi individuel avec l'infirmière, intervenante pivot
- Suivi individuel avec nutritionniste
- Inscription au programme d'activités physiques adaptés au centre de conditionnement physique (avec stratification du risque en fonction de l'épreuve d'effort)
- Activités sportives, loisirs, club de marche, marche quotidienne, etc.
- Service de kinésiologie
- Inscription au programme d'éducation de la Fondation des maladies du cœur « La vie à cœur »
- Enseignement et éducation à la Clinique du diabète
- Suivi psychosocial
- Soutien en cessation tabagique
- Référence à une Clinique spécialisée _____
- Autres

Le Programme régional de réadaptation auquel participe Mme, M. _____ se veut un processus qui vise à améliorer sa santé et son bien-être. Votre support est essentiel pour l'aider dans sa démarche.

N'hésitez pas à communiquer avec nous pour toute question concernant ce programme.

Recevez, Docteur, mes salutations distinguées.

Signature de l'infirmière

Téléphone : _____

Courriel : _____

c.c. _____

Annexe 12. Recommandations canadiennes 2006 sur HTA

Recommandations canadiennes 2006 sur l'hypertension

1) Cibles de pression artérielle

Pression artérielle (mm Hg)	PA systolique	et PA diastolique
Hypertension sans atteinte des organes cibles ni affection concomitante	< 140	< 90
Diabète	< 130	< 80
Néphropathie chronique	< 130	< 80

2) Recommandations non-pharmacologiques en vue de la prévention et du traitement de l'hypertension

Problème	Objectif	Recommandation
Usage du tabac	Réduction du risque cardiovasculaire	S'abstenir de fumer. Vivre dans un milieu sans fumée.
Excès de poids	Atteinte/maintien d'un IMC idéal (entre 18,5 et 24,9 mg/kg ²) et d'un tour de taille < 102 cm chez l'homme et < 88 cm chez la femme, en présence ou non d'HTA, en vue de prévenir ou de traiter cette maladie	Favoriser une démarche multidisciplinaire en vue de faire maigrir le patient, notamment en l'amenant à mieux s'alimenter, à être plus actif physiquement et à modifier son comportement. La PA peut baisser de 7,2/5,9 mm Hg par tranche de 4,5 kg perdus.
Mauvaise alimentation	Diète DASH et baisse de l'apport sodé	Diète DASH Ce régime met l'accent sur la consommation de fruits frais, de légumes, de produits laitiers faibles en gras et d'aliments à faible teneur en gras saturés et en cholestérol. Apport sodé alimentaire : – limité à 65-100 mmol/jour chez les hypertendus – apport cible chez les personnes normotendues exposées à un risque accru d'hypertension et jugées sensibles au sel † moins de 100 mmol/jour Chez des patients hypertendus, la diète DASH a produit une baisse tensionnelle de 11,4/5,5 mm Hg.
Activité physique	À prescrire aux patients tant hypertendus que normotendus en vue de prévenir ou de traiter l'hypertension	Au total, 30 à 60 minutes d'exercice dynamique, d'intensité moyenne (ex. : marche, bicyclette et nage non compétitive), 4 à 7 jours par semaine, sont suffisants. Un exercice plus intense n'est pas plus efficace pour réduire la pression artérielle.
Abus d'alcool	En réduire la consommation	2 consommations par jour ou moins. Homme 14 consommations ou moins par semaine Femme 9 consommations ou moins par semaine Limiter la consommation d'alcool peut entraîner une réduction de la pression artérielle.
Stress	Gérer le stress	Les interventions cognitivo-comportementales personnalisées donnent de meilleurs résultats lorsque des techniques de relaxation s'y greffent.

† Les Canadiennes et Canadiens d'ascendance africaine âgés de plus de 45 ans ainsi que les personnes atteintes de néphropathie ou de diabète.

Ce document est publié par l'Alliance québécoise pour la santé du cœur



À la conquête de solutions.

FONDATION
DES MALADIES
DU CŒUR
DU QUÉBEC



Et grâce au soutien financier de :

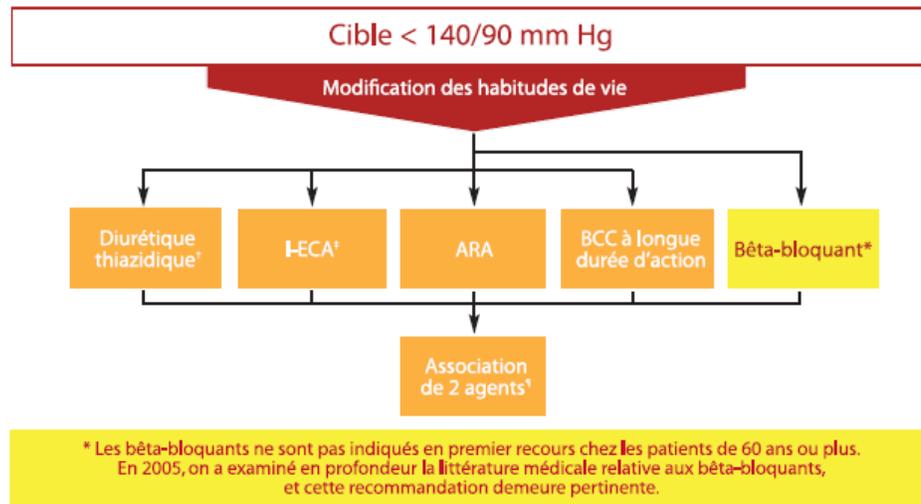


L'essentiel c'est la santé.

Le bulletin de l'Alliance québécoise pour la santé du cœur - Encart spécial - volume 10 numéro 1 - Été 2006

HYPERTENSION 2006

3) Le traitement de l'hypertension artérielle chez l'adulte sans autres facteurs contraignants



I-ECA : Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
 ARA : Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II
 BCC : Bloquant des canaux calciques
 † Éviter l'hypokaliémie en administrant un diurétique d'épargne potassique
 ‡ Médicament non recommandé en premier recours chez les gens de race noire.
 ¶ Un diurétique thiazidique ou un BCC avec un I-ECA, un ARA ou un bêta-bloquant sont des associations utiles.
 § La prudence s'impose quand un BCC n'appartenant pas à la classe des dihydropyridines est associé à un bêta-bloquant.
 ¶ Un diurétique thiazidique ou un BCC avec un I-ECA, un ARA ou un bêta-bloquant sont des associations utiles.
 ¶) Comme les alphabloquants ou les agents à action centrale.

ENVISAGER

- Inobservance ?
- HTN secondaire ?
- Médicaments ou habitudes nuisibles ?
- Effet blouse blanche ?

Traitement triple ou quadruple[§] ou anti hypertenseurs d'une autre classe[¶]

4) Optimisation du traitement d'association

Associez un agent de la colonne 1 à un agent de la colonne 2.

Colonne 1	Colonne 2
Diurétique thiazidique	I-ECA
BCC à longue durée d'action*	Bêta-bloquant*
	ARA

*La prudence s'impose quand un BCC n'appartenant pas à la classe des dihydropyridines est associé à un bêta-bloquant. L'association d'agents n'appartenant qu'à la 1^{re} colonne ou qu'à la 2^e colonne n'exerce pas d'effet hypotenseur additif, mais peut être indiquée dans certaines situations. L'association d'un I-ECA et d'un BCC de la classe des dihydropyridines s'appuie sur des données probantes. La trithérapie devrait comprendre un diurétique, sauf s'il est contre-indiqué.

5) Interventions pouvant favoriser l'observance

UNE DÉMARCHÉ POLYVALENTE PEUT FAVORISER L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT ANTI-HYPERTENSEUR :

A. AIDEZ LE PATIENT À SUIVRE SON TRAITEMENT

1. Enseignez-lui à prendre ses comprimés selon un horaire régulier, en même temps qu'une activité routinière (ex. : le brossage des dents)
2. Simplifiez le schéma posologique en prescrivant un médicament à longue durée d'action à prendre une fois par jour
3. Prescrivez une association à doses fixes
4. Offrez un conditionnement par doses à prendre (ex. : plaquettes alvéolées)

B. AIDEZ LE PATIENT À PARTICIPER PLUS ACTIVEMENT AU TRAITEMENT

5. Informez le patient et sa famille (verbalement et par écrit) au sujet de la maladie et des modes de traitement

6. Favorisez son autonomie en lui demandant de surveiller régulièrement sa pression artérielle

C. AMÉLIOREZ LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE LORS DE LA CONSULTATION ET PAR LA SUITE

7. Évaluez l'observance des traitements médicamenteux ou non lors de chaque consultation du patient
8. Stimulez l'observance du traitement au moyen de communications téléphoniques avec le patient, particulièrement au cours des trois premiers mois du traitement
9. Coordonnez vos interventions avec celles des dispensateurs de soins sur les lieux de travail du patient, le cas échéant, en vue d'améliorer la prise en charge et la surveillance de la pression artérielle

<http://www.santeducoeur.org/docs/actualites/V10N1-HTA2006carton.pdf>

Tableau 1 : Messages clés pour le traitement de l'hypertension

- Vérifier la pression artérielle à chaque visite
- Vérifier le risque cardiovasculaire global pour tous les patients hypertendus
- Les modifications des habitudes de vie sont la pierre angulaire d'un traitement antihypertenseur et anti-athérosclérotique
- Fixer et atteindre les cibles de pression artérielle
 - moins de 140/90 mm Hg
 - moins de 130/80 mm Hg chez les patients diabétiques ou avec une maladie rénale chronique
- Une combinaison de médicaments est habituellement requise pour atteindre les valeurs cibles de pression artérielle
- Insister sur l'adhérence du patient aux changements des habitudes de vie et à la prise de la médication anti-hypertensive

Annexe 13. Classification des niveaux de risque et des niveaux d'encadrement des établissements

Adaptation : Grille de sélection des participants selon la classification des établissements¹

Caractéristiques des participants	Risque Classe A-1	Risque Classe A-2	Risque Classe A-3	Risque Classe B	Risque Classe C	Risque Classe D
Âge/sexe	Enfants	Hommes 45 ans	Hommes 45 ans	Enfants	Enfants	Enfants
	Adolescents	Femmes 55 ans	Femmes 55 ans	Adolescents	Adolescents	Adolescents
	Hommes 45 ans			Hommes	Hommes	Hommes
	Femmes 55 ans			Femmes	Femmes	Femmes
Facteurs de risques de MCV	Aucun	Aucun	2	Peut-être présent	Peut-être présent	Peut-être présent
MCV connues	Aucune	Aucune	Aucune	Oui	Oui	Oui
Éléments de MCV	Classe A Apparemmement en santé	Classe A Apparemmement en santé	Classe A Apparemmement en santé	Classe B avec MCV connues : faible risque	Classe C avec MCV connues : risque modéré	Classe D avec MCV connues : haut risque
Faible intensité	Établissements de type 1-4	Établissements de type 1-4	Établissements de type 1-4	Établissements de type 1-5	Établissements de type 4-5	Non recommandé
Intensité modérée	Établissements de type 1-4	Établissements de type 1-4	Établissements de type 1-4	Établissements de type 4-5	Établissement de type 5	Non recommandé
Haute intensité	Établissements de type 1-4	Établissements de type 1-4	Établissements de type 1-4	Établissements de type 4-5	Établissement de type 5	Non recommandé

Caractéristiques des établissements	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Type d'établissement	Salle d'entraînement non supervisée	Un seul éducateur physique	Centre de conditionnement physique pour personnes en santé	Centre de conditionnement physique pour clientèle avec problèmes de santé	Programme d'exercice avec supervision médicale
Personnel	Aucun	<i>Exercice leader</i> Recommandé : Lien avec service d'urgence	Responsable Instructeur <i>Exercice leader</i> Recommandé : Lien avec service d'urgence	Responsable <i>Exercice specialist</i> Instructeur Lien avec service d'urgence	Responsable <i>Exercice specialist</i> Instructeur Lien avec service d'urgence
Plan d'urgence	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent
Équipement d'urgence	Téléphone dans la pièce Panneaux d'information	Téléphone Panneaux Recommandé : Sphygmo-manomètre et stéthoscope	Téléphone Panneaux Recommandé : Sphygmo-manomètre et stéthoscope	Téléphone Panneaux Sphygmo-manomètre et stéthoscope	Téléphone Panneaux Sphygmo-manomètre et stéthoscope Oxygène Chariot de code Défibrillateur

La stratification du risque pour les patients ayant une maladie cardiaque congénitale devrait se faire suivant les recommandations de la 26^e Conférence de Bethesda.

Remarque concernant les caractéristiques des établissements : à titre d'exemple, le niveau 1 est une salle d'entraînement d'hôtel sans surveillance, le niveau 3 correspond à un centre de conditionnement physique privé conventionnel, le niveau 4 correspond à un centre du même genre mais avec professionnel certifié *Exercice Specialist* ou plus de l'ACSM. Le niveau 5 correspondrait à un établissement comme le Pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC) de l'Hôpital Laval.

¹ G.J. BALADY, B. CHAITMAN, D. DRISTOLL, C. FOSTER, E. FROELICHER, N. GORDON, R. PATE, J. RIPPE et T. BAZZARRE, « Recommendations for Cardiovascular Screening, Staffing, and Emergency Policies at Health/Fitness Facilities », *Circulation*, vol. 97, n° 22, juin 1998, p. 2283-2293 (traduction de Sarah Bernard, Hôpital Laval, juin 2002).

Annexe 14. Utilisation du podomètre

L'utilisation du podomètre est plus efficace que la proposition d'un temps d'activité défini pour favoriser la pratique de l'activité physique. Par exemple, il est plus facile de faire adhérer des individus à la pratique de la marche en proposant 10 000 pas par jour avec l'aide du podomètre que de suggérer de marcher 30 minutes la plupart des jours de la semaine¹.

Description du podomètre

Le podomètre est un détecteur de mouvement qui a la taille d'un télé-avertisseur que l'on fixe à la ceinture. Sa fonction consiste à compter chacun des pas effectués par un individu. Le podomètre est un dispositif valide pour quantifier la marche. Il présente une faible marge d'erreur en ce qui concerne l'enregistrement des pas lors de cette activité. L'erreur moyenne observée en comparaison avec les pas réellement effectués est de l'ordre de 1 % en milieu contrôlé et de 12 % s'il est utilisé dans les activités de la vie quotidienne². Le podomètre permet une prescription de marche personnalisée et la possibilité d'avoir une rétroaction directe sur l'activité en soi et de constater les améliorations réalisées.

Comment utiliser le podomètre

Une méthode intéressante d'utilisation est de porter le podomètre à la ceinture pendant 3 jours et d'observer le nombre de pas moyen effectué par jour³. Ensuite, il suffit de fixer des objectifs personnels pour augmenter le nombre de pas accomplis quotidiennement. Il est recommandé de fixer un objectif de 1000 pas / jour supplémentaires à la moyenne de pas / jour pré-intervention. L'objectif à long terme devrait être l'atteinte de 10 000 pas par jour de façon quotidienne chez la plupart des adultes⁴. Cet objectif correspond à une vie active avec tous les bénéfices sur la santé qui s'y rattachent. Par contre, il est important de considérer et de mettre l'emphase sur le fait que toute augmentation des déplacements dans une journée peut apporter des bénéfices pour la santé même si l'objectif de 10 000 pas n'est pas atteint. Des études d'observation ont identifié le nombre de pas journalier effectué par diverses populations, saines ou avec des problèmes de santé, dont il est possible de s'inspirer pour fixer des buts à atteindre lors de la prescription d'exercice⁵.

Tableau 1 Qualification du niveau d'activité physique à partir du nombre quotidien de pas

Activité physique	Pas par jour
Sédentaire	< 5000
Peu actif	5000-7499
Modérément actif	7500-9999
Actif	10 000 et +
Très actif	12 500 et +

Tudor-Locke C., *Sports Med*, 2004; 34(1):1-8.

¹ Hultquist CN, Albright C, Thompson DL. «Comparison of Walking Recommendations in Previously Inactive Women», *Med Sci Sports Exerc*, 2005; 37(4):676-683.

² Tudor-Locke C, Ainsworth BE, Thompson RW, Matthews CE. «Comparison of Pedometer and Accelerometer Measures of Free-Living Physical Activity», *Med Sci Sports Exerc*, 2002; 34(12):2045-2051.

³ Tudor-Locke C, Burkett L, Reis JP, Ainsworth BE, Macera CA, Wilson DK. «How Many Days of Pedometer Monitoring Predict Weekly Physical Activity In Adults?», *Prev Med*, 2005; 40(3):293-298.

⁴ Tudor-Locke C, Bassett DR, Jr. «How Many Steps/Day Are Enough? Preliminary Pedometer Indices for Public Health», *Sports Med*, 2004; 34(1):1-8.

⁵ Tudor-Locke CE, Bell RC, Myers AM, Harris SB, Lauzon N, Rodger NW. «Pedometer-Determined Ambulatory Activity in Individuals With Type 2 diabetes», *Diabetes Res Clin Pract*, 2002; 55(3):191-199.

Tableau 2 Estimation du nombre de pas moyen par jour pour certaines clientèles particulières

Problèmes particuliers	Pas par jour
Claudication	4100-5300
Prothèse articulaire	3500-6000
MPOC	3800
Insuffisance cardiaque	3500
Diabète de type 2	4500

Tudor-Locke CE et al., *Diabetes Res Clin Pract* 2002; 55(3) :191-199

Pour éviter les abandons, il faut fixer des objectifs réalistes en considérant le nombre de pas de départ de la personne et lui permettre de progresser graduellement. Chez les enfants, l'atteinte de l'objectif de 10 000 pas par jour n'est pas suffisant pour obtenir les bénéfices maximaux pour la santé reliés à la pratique de l'activité physique. De ce fait, il faudra plutôt viser entre 12 000 et 16 000 pas par jour¹. De plus, pour avoir une dépense énergétique significative et favoriser une perte de poids, la cible devrait être augmentée à un nombre aussi élevé que 15 000 à 18 000 pas par jour chez l'adulte. Cette recommandation est équivalente à marcher 60 minutes par jour en plus des activités quotidiennes.

Position du podomètre

La position du podomètre influence le fonctionnement de l'appareil. Il doit être placé solidement à la ceinture, prêt du corps, au niveau de la crête iliaque. Pour vérifier la bonne position de l'appareil, un test de 20 pas doit être effectué. Si l'afficheur de l'appareil indique entre 19 et 20 pas, la position du podomètre est correcte. Cependant, si le test n'est pas concluant, repositionnez le podomètre sur la ceinture en le déplaçant latéralement vers le côté du corps et vérifiez si l'appareil est bien à l'horizontale. Il est à noter qu'un indice de masse corporel plus grand que 30 Kg/m² peu influencer la position de l'appareil sur la ceinture et fausser les résultats. De plus, les pas ne seront pas enregistrés si une personne traîne les pieds en marchant^{2 3}.

Achat du podomètre

Plusieurs modèles de podomètre ont fait leur apparition sur le marché récemment. Toutefois, certaines caractéristiques devraient être recherchées lors de l'achat d'un podomètre. Premièrement, on devrait y voir uniquement un afficheur de pas, les autres fonctions sont souvent superflues et non-valides. Ensuite, le test des 20 pas devrait être réalisé à 2 reprises avant l'achat du podomètre afin de vérifier la fiabilité et la validité de l'appareil. D'autres caractéristiques sont aussi fortement recommandées, tels un couvercle de protection sur l'afficheur et le bouton de remise à zéro, un cordon de sécurité et un accès facile à la batterie.

¹ Tudor-Locke C, Bassett DR, Jr. «How Many Steps/Day Are Enough? Preliminary Pedometer Indices for Public Health», *Sports Med*, 2004; 34(1):1-8.

² Wilcox S et al. «Agreement Between Participant-Rated and Compendium-Coded Intensity of Daily Activities in a Triethnic Sample of Women Ages 40 Years and Older», *Ann Behav Med*, 2001; 23(4):253-262.

³ Shepherd EF, Toloza E, McClung CD, Schmalzried TP. «Step Activity Monitor: Increased Accuracy in Quantifying Ambulatory Activity», *J Orthop Res*, 1999; 17(5):703-708.

Annexe 15. Échelle de Borg

PERCEPTION DE L'EFFORT	
	0 Rien du tout
	0,5 Très très facile
	1 Très facile
	2 Facile
	3 Moyen
	4 Un peu difficile
	5 Difficile
	6 Plus difficile
	7 Très difficile
	8
	9 Très très difficile
	10 Maximum

 Hôpital Laval
Institut universitaire
de cardiologie
et de pneumologie

© Jean Jobin, 1993 Révisé 2002
Adapté de :
Borg, G.A.V. Psycho-physical basis of perceived exertion.
Med. & Science in Sport Exercise, 1982; vol 14(5):377-81

149-02

Annexe 16. Indications thérapeutiques en nutrition

Composition nutritionnelle des changements alimentaires thérapeutiques	
Nutriments	Recommandations
Gras saturés*	< 7 % des calories totales
Gras polyinsaturés	Jusqu'à 10 % des calories totales
Gras mono-insaturés	Jusqu'à 20 % des calories totales
Matière grasse totale	25 %-35 % des calories totales
Glucides**	50 %-60 % des calories totales
Fibres	20-30 grammes par jour
Protéines	Approximativement 15 % des calories totales
Cholestérol	< 200 mg par jour
Calories totales***	Balancer l'apport et les dépenses énergétiques pour maintenir un poids idéal et prévenir les gains de poids

* Les acides gras trans sont d'autres gras qui font augmenter les LDL; leur consommation devrait être limitée.

** Les glucides devraient principalement provenir d'aliments riches en glucides complexes, y compris des fibres, soit plus particulièrement les produits céréaliers à grains entiers, les fruits et les légumes.

*** Les dépenses énergétiques quotidiennes devraient inclure un minimum d'activités physiques d'intensité modérée (correspondant approximativement à 200 kcal par jour).

Source : «Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III)», JAMA, 2001;285:2486-2497.

Traitement non pharmacologique
Diminution des glucides raffinés et du sucre
Augmentation des fruits et légumes
Augmentation des lipides mono et polyinsaturés
Augmentation de l'apport en acides gras oméga-3 d'origine animale (poissons) et végétale
AGS et AGT <7% des calories ingérées
Maintien d'un poids corporel santé et, selon le cas, prévention du gain pondéral
Accent sur la diminution de l'apport calorique pour atteindre un IMC = 25
Pratique régulière de l'activité physique

Source: Mc Pherson, R et al. «Canadian Cardiovascular Society Position Statement- Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia and Prevention of Cardiovascular Disease», *Can.J.Cardiol*, 2006;22(11):913-927.

Annexe 17. Tabac



Il existe **plusieurs ressources** pour aider vos patients à **cesser de fumer.**



Brochures

Pour obtenir copie des brochures *Arrêtez de fumer* (4 pages) et *6 actions pour se détacher* (6 pages), contactez sans frais le programme santé ACTI-MENU au 1 866 356-2466.

Programme J'ARRÊTE

Le programme **J'ARRÊTE** offre gratuitement de l'aide, individuelle ou de groupe, pour les fumeurs qui veulent cesser de fumer. Ce programme est dispensé dans les Centres d'abandon du tabagisme (CAT) situés en CSSS et à la Clinique d'aide aux fumeurs à l'Hôpital Laval. Pour information sur le programme, dirigez vos patients vers la ligne **J'ARRÊTE**.

Ligne J'ARRÊTE

1 866 527-7383

Pour connaître la localisation des Centres d'abandon du tabagisme (CAT), dirigez vos patients vers la ligne J'ARRÊTE. Cette ligne offre également des services d'aide à la cessation, gratuits et confidentiels, du lundi au vendredi de 8 h 00 à 20 h 00.

Défi J'ARRÊTE, j'y gagne!

Proposez à vos patients de relever le défi de ne pas fumer pendant six semaines, comme 190 000 personnes l'ont fait en six ans. L'inscription est gratuite et permet de gagner de nombreux prix. Voir lesite pour connaître la période d'inscription. www.defitabac.ca

Timbres transdermiques

Pour les fumeurs de moins de 15 cigarettes par jour:

débuter avec 14 mg
ex.: 14 mg x 6 semaines et
7 mg x 4 semaines (ou autres
combinaisons selon les besoins)

Pour les fumeurs de 15 cigarettes et plus par jour:

21 mg x 6 semaines
14 mg x 2 semaines
7 mg x 2 semaines

Contre-indications:

Allergie aux diachylons, maladie cutanée généralisée.



Gommes de nicotine

2 mg : ≤ 20 cigarettes par jour
4 mg : > 20 cigarettes par jour
Horaire fixe : 1 gomme à l'heure ou aux 2 heures
Maximum : 24 gommes par jour
Traitement : 1 à 3 mois au moins

Contre-indication:

Maladie bucco-dentaire sévère.

Mode d'emploi:

Mastiquer 2 à 3 fois la gomme; la placer entre la joue et la gencive pendant 1 minute; répéter pendant 30 minutes. L'absorption de la nicotine se fait par la muqueuse buccale.



Zyban (chlorhydrate de bupropion)

150 mg par jour x 3 jours
150 mg 2 fois par jour x 7 à 12 semaines
Intervalle minimal de 8 h entre 2 doses
Cesser de fumer durant la 2^e semaine

Contre-indications:

Troubles convulsifs, prise de bupropion comme antidépresseur (Wellbutrin SR), utilisation d'inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) ou de l'antipsychotique thioridazine, sevrage abrupt à l'alcool, retrait soudain de benzodiazépines ou autres sédatifs, antécédents de boulimie ou d'anorexie, allergie au bupropion.



0.5.30
COMBINAISON PRÉVENTION

Sites Internet :

www.defitabac.ca
www.jarrete.qc.ca
www.fmcoeur.ca
www.cqts.qc.ca
www.cancer.ca
www.0-5-30.com

NOUVEAU Inhalateur de nicotine

Inhalation par embout buccal, cartouche de nicotine 10 mg, 6 à 12 cartouches par jour, horaire variable, traitement de 12 à 24 semaines. Non couvert par la RAMQ. Pour information supplémentaire, consulter le site www.jarrete.qc.ca.



Zéro tabagisme



Cinq fruits et légumes



Trente minutes d'activités physiques

Annexe 18. Typologie des personnes à risque au plan psychosocial

	Type I Dépressif	Type II Anxiété d'adaptation	Type III Déni d'adaptation	Type IV Déni important
RÉACTION À L'INFARCTUS	<p>Anxiété grave Indices de dépression clinique Préoccupations morbides Défaitisme/fatalisme Peurs et craintes exagérées Grande insécurité Grande dépendance Retrait Hypocondrie Blessure narcissique profonde Détresse Peur de quitter l'U.C. ou le C.H. Peu d'intérêt à la vie</p>	<p>Anxiété Insécurité Inquiétude Angoisse face à la mort Blessure narcissique Remise en question Tristesse (réaction précoce de deuil au regard d'une perte au niveau de la santé) Peu d'intérêt à la vie</p>	<p>Anxiété qui se résorbe rapidement Rationalisation Peu inquiet Autosuggestion positive Banalise quelque peu les événements Soutenant pour ses proches Parle d' « accident cardiaque » Confiant : « Moi, je m'en sors. » Indépendant</p>	<p>Refus d'admettre les événements Rationalisation excessive Agitation Hyperactivité Intolérance Indépendance excessive Dynamique suicidaire déguisée Très grande motivation au travail (fuite) Réactions agressives fréquentes Cherche à quitter rapidement l'hôpital Personne dangereuse</p>
CONSÉQUENCES IMMÉDIATES	<p>Déstabilisation importante du réseau de soutien Sentiment d'impuissance chez le personnel soignant Peu fidèle au traitement Absence de confiance Fatalisme morbide Agressivité dirigée contre soi – autodestruction</p>	<p>Exigeant pour le réseau de soutien Besoin d'attention de la part du personnel soignant Bonne observance du traitement</p>	<p>Très fidèle au traitement Agréable à soigner Les proches sont contaminés par cette confiance ou s'inquiètent</p>	<p>Non fidèle au traitement (refuse la maladie et conséquemment le traitement) Mauvaise collaboration avec l'équipe soignante Déstabilisation du réseau de soutien qui est souvent fragile et précaire</p>
CONSÉQUENCES À LONG TERME	<p>Invalidité Rechute ou complications en postinfarctus</p>	<p>Bon pronostic de réadaptation L'infarctus est pour ces patients une occasion de développement personnel</p>	<p>Très bon pronostic de réadaptation</p>	<p>Risque élevé d'un nouvel infarctus Risque élevé de complications Très mauvais pronostic</p>

Annexe 19. Inventaire des symptômes de stress

Ce questionnaire a pour but d'aider à prendre conscience de son niveau de stress. Accordez une attention particulière aux questions fréquentes « Qu'est-ce que le stress ? » et « Comment réduire le stress ? ».

Tiré du livre *Les quatre clés de l'équilibre*, de Jacques Lafleur, psychologue et Robert Béliveau, M.D., Montréal, Les Éditions Logiques, 1994, 273 p.

INSTRUCTIONS

La grille qui suit sert à noter les symptômes de stress ressentis durant le dernier mois.

Chaque symptôme est suivi des chiffres 0, 1, 2 et 3.

Cochez le 0 si vous n'avez pas du tout senti le symptôme mentionné.

Cochez le 1 si vous l'avez senti un peu ou rarement.

Cochez le 2 si vous l'avez senti modérément ou assez souvent.

Cochez le 3 si vous l'avez senti beaucoup ou continuellement.

Note : les énoncés précédés d'un astérisque et écrits en italique décrivent des manifestations d'un état de stress désirable, que nous appelons équilibre. Vous y répondez de la même manière.

SYMPTÔMES PHYSIQUES

0 pas du tout
1 un peu
2 modérément
3 beaucoup

Symptômes de tension musculaire

* <i>Mes muscles sont plutôt détendus.</i>	0	1	2	3
J'ai le visage tendu (les mâchoires serrées, le front crispé, etc.).	0	1	2	3
Je ressens des tensions dans la nuque ou dans le cou.	0	1	2	3
Je sens de la pression sur mes épaules.	0	1	2	3
Je suis crispé(e) (j'ai les poings serrés, j'ai tendance à sursauter, etc.).	0	1	2	3
Je sens un point entre les omoplates.	0	1	2	3
J'ai des maux de tête.	0	1	2	3
J'ai des maux de dos.	0	1	2	3
J'ai des tremblements.	0	1	2	3
J'ai continuellement besoin de bouger.	0	1	2	3
J'ai de la difficulté à me détendre.	0	1	2	3

 Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques

Autres symptômes physiques

* <i>Je suis en pleine santé.</i>	0	1	2	3
Je me sens fatigué(e).	0	1	2	3
Je sens une boule dans l'estomac.	0	1	2	3
Je sens une boule dans la gorge.	0	1	2	3
Je vieillis vite.	0	1	2	3
J'ai les yeux cernés.	0	1	2	3
Je dors mal, je prends des médicaments pour dormir.	0	1	2	3
Je mange plus (ou moins) que d'habitude.	0	1	2	3
Je ressens des bouffées de chaleur ou des frissons.	0	1	2	3
J'ai des palpitations.	0	1	2	3
J'ai souvent froid aux mains ou aux pieds.	0	1	2	3
Je transpire, j'ai les mains moites.	0	1	2	3
J'ai des étourdissements ou des vertiges.	0	1	2	3
J'ai le souffle court ou de la difficulté à respirer profondément.	0	1	2	3
Je digère mal.	0	1	2	3
J'ai des brûlures d'estomac.	0	1	2	3
Je souffre de constipation ou de diarrhée.	0	1	2	3
J'ai des nausées.	0	1	2	3
Mon cycle menstruel est changé.	0	1	2	3
J'ai de l'hypertension artérielle (je fais de la haute pression).	0	1	2	3
Certains de mes symptômes physiques se sont aggravés (arthrite, hypoglycémie, cholestérol, ulcères ou autre).	0	1	2	3

SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES**Symptômes émotionnels**

* <i>Je ressens de la joie.</i>	0	1	2	3
Je m'inquiète outre mesure.	0	1	2	3
Je panique.	0	1	2	3
Je suis impatient(e).	0	1	2	3
J'ai les nerfs à fleur de peau.	0	1	2	3
Je me sens frustré(e).	0	1	2	3
Je change d'humeur pour un rien.	0	1	2	3
Je fais des colères pour des riens.	0	1	2	3
Je suis de mauvaise humeur.	0	1	2	3
Je suis triste.	0	1	2	3
Je suis déprimé(e).	0	1	2	3

Symptômes perceptuels

* <i>Je trouve la vie agréable.</i>	0	1	2	3
Je n'ai plus le sens de l'humour.	0	1	2	3
Je me sens pressé(e) ou débordé(e).	0	1	2	3
Je ne retire pas de plaisir des petites choses de la vie.	0	1	2	3
Je suis préoccupé(e).	0	1	2	3
Je vois tout comme une montagne.	0	1	2	3
Dès que je vois quelqu'un, je crains qu'il ait quelque chose à me demander.	0	1	2	3
J'ai perdu confiance en moi.	0	1	2	3
Je fais des drames avec des riens.	0	1	2	3
J'ai une attitude négative, je prends tout mal.	0	1	2	3
Je pense que je ne vaud pas grand-chose ou que je ne fais jamais rien de bon.	0	1	2	3

 Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques

Symptômes motivationnels

* <i>Je suis motivé(e) pour mes projets.</i>	0	1	2	3
Je fais passer mes tâches avant tout.	0	1	2	3
Je ne sais pas ce que je veux.	0	1	2	3
Je manque d'enthousiasme.	0	1	2	3
Je n'ai pas le goût de faire quoi que ce soit.	0	1	2	3
J'ai perdu intérêt pour beaucoup de choses.	0	1	2	3
J'ai de la difficulté à me mettre à la tâche, je remets au lendemain.	0	1	2	3
J'ai perdu le désir d'apprendre, de m'instruire.	0	1	2	3
Je ne veux pas de projets stimulants, de défis.	0	1	2	3
Je suis découragé(e).	0	1	2	3
Je me contente de faire ce qu'on exige de moi.	0	1	2	3

Symptômes comportementaux

* <i>J'agis le plus souvent de façon saine et appropriée.</i>	0	1	2	3
J'ai des comportements brusques, j'échappe tout, j'ai des gestes malhabiles.	0	1	2	3
Je fais tout vite (manger, marcher, bouger, travailler, etc.).	0	1	2	3
Je tape du pied, des doigts, je me mords l'intérieur de la bouche, je me ronge les ongles, je ris nerveusement, etc.	0	1	2	3
Je me préoccupe constamment de l'heure.	0	1	2	3
Je saute des repas.	0	1	2	3
Je fais de plus en plus d'efforts pour de moins en moins de résultats.	0	1	2	3
Je fuis tout ce que je peux fuir.	0	1	2	3
Je bois davantage de café ou d'alcool ou je fume davantage.	0	1	2	3
Je prends des médicaments pour les nerfs.	0	1	2	3
Je prends de la drogue.	0	1	2	3

 Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques

Symptômes intellectuels

* <i>Je me sens en pleine possession de toutes mes facultés intellectuelles.</i>	0	1	2	3
Je passe beaucoup de temps en divertissements faciles (télé, potins, jeux faciles, etc.).	0	1	2	3
J'ai un tourbillon d'idées dans la tête.	0	1	2	3
J'ai les idées confuses.	0	1	2	3
J'ai des idées fixes.	0	1	2	3
Je rumine les mêmes choses, je tourne en rond, sans déboucher.	0	1	2	3
J'ai de la difficulté à me concentrer.	0	1	2	3
J'ai des troubles de mémoire.	0	1	2	3
Je ne produis rien, intellectuellement.	0	1	2	3
Je trouve que tout est trop compliqué.	0	1	2	3
J'ai la tête vide.	0	1	2	3

Symptômes relationnels

* <i>Je me sens bien avec les autres et je me sens bien seul(e).</i>	0	1	2	3
J'ai peur de rencontrer de nouvelles personnes.	0	1	2	3
Je suis intolérant(e).	0	1	2	3
J'ai beaucoup de ressentiment.	0	1	2	3
J'éprouve constamment de l'agressivité.	0	1	2	3
J'ai de la difficulté à être aimable.	0	1	2	3
J'ai moins le goût d'écouter les autres.	0	1	2	3
Je fuis les relations intimes.	0	1	2	3
Je suis distrait(e) quand je suis en compagnie d'autres personnes.	0	1	2	3
Mon désir sexuel a changé.	0	1	2	3
Je m'isole.	0	1	2	3

Symptômes existentiels

* Je trouve que la vie est belle.	0	1	2	3
Je me sens inutile.	0	1	2	3
Je ne sais plus à quelles valeurs me raccrocher.	0	1	2	3
Ma vie spirituelle a changé.	0	1	2	3
J'ai l'impression que quelque chose en moi est brisé.	0	1	2	3
J'ai l'impression de ne plus me reconnaître.	0	1	2	3
Je suis au bout de mon rouleau.	0	1	2	3
J'éprouve un sentiment de vide.	0	1	2	3
Je pense que la vie n'a pas de sens.	0	1	2	3
Je suis désespéré(e).	0	1	2	3
J'ai des idées suicidaires.	0	1	2	3

INTERPRÉTER LES RÉSULTATS

Ce questionnaire aide à prendre conscience de l'ensemble des manifestations de votre tension actuelle. Leur nombre, la nature et l'intensité de vos symptômes vous montrent que vous êtes en équilibre (la vie est belle, je me sens bien avec les autres, etc.) ou en déséquilibre (je suis découragé(e), je ressens de la fatigue, etc.).

Selon que vous êtes ou non en équilibre, vos symptômes de stress seront plus ou moins nombreux et intenses (avoir quelques pertes de mémoire est moins grave que d'oublier tout), et révéleront un déséquilibre plus ou moins grand (avoir des idées suicidaires est plus grave que de regarder souvent l'heure).

Le but du questionnaire est de constater l'état de tension qui est présentement le vôtre. Observer est une première étape. Quand on connaît mieux notre niveau de stress, on peut travailler à l'améliorer.

1. La nature des symptômes

Votre niveau de stress est très élevé si vous avez noté 2 ou 3 pour l'un ou l'autre des symptômes suivants : je vieillis vite; je panique; j'ai les nerfs à fleur de peau; je suis déprimé(e); je m'isole; j'ai perdu le désir d'apprendre; je fuis tout ce que je peux fuir; j'ai un sentiment de vide; je n'ai plus le goût de faire quoi que ce soit; je fais de plus en plus d'efforts pour de moins en moins de résultats; je ne me reconnais plus; j'ai l'impression que quelque chose en moi est brisé; je suis désespéré(e); je suis au bout du rouleau; j'ai des idées suicidaires. Il serait bon, alors, de demander une aide professionnelle.

Si vous avez noté 1 pour ces mêmes symptômes, vous devrez procéder à des changements bientôt, pour éviter que votre état ne s'aggrave.

2. L'intensité des symptômes

Les symptômes de stress vont ensemble. Des 2 ou 3 dans au moins cinq des huit catégories indiquent un niveau trop élevé de stress; vous avez avantage à changer des choses pour vivre mieux.

3. Le nombre de symptômes

Il n'y a pas de nombre de symptômes en deçà duquel tout va bien et au-delà duquel tout va mal. Toutefois, si vous ressentez modérément ou beaucoup plus d'une quinzaine de symptômes notés 2 ou 3), il conviendrait sans doute que vous essayiez de baisser votre tension. À quarante symptômes ou plus, on peut difficilement se cacher que les choses vont mal.

4. Les indices d'équilibre

Chaque catégorie de symptômes commence par un indice précédé d'un astérisque et écrit en italique. Ces indices révèlent un état d'équilibre et sont aussi importants que les autres énoncés. Ainsi, si vous trouvez que la vie est belle, si vous avez des projets et de l'énergie, si vous vous sentez bien autant seul(e) qu'avec d'autres, vous êtes probablement près de l'équilibre, même si parfois vous avez des maux de tête et de la difficulté à vous concentrer.

Reprendre régulièrement le questionnaire

Vos réponses vous révèlent votre état de tension actuel. Dans quelques mois, selon les changements que vous aurez effectués et les nouveaux événements qui auront marqué votre vie, votre état de tension pourra changer. C'est pourquoi il est utile de noter la date à laquelle vous avez rempli le questionnaire, de conserver vos résultats et de répondre à nouveau dans quelques mois. Reprenez le questionnaire, périodiquement.

Annexe 20. Inventaire des occasions de stress

Ce questionnaire aide à identifier les occasions de stress.
Il s'agit d'un premier pas dans une démarche visant à doser ces occasions de stress.

Tiré du livre *Les quatre clés de l'équilibre*, de Jacques Lafleur, psychologue,
et Robert Béliveau, M.D., Montréal, Les Éditions Logiques, 1994, 273 p.

INSTRUCTIONS

Ce questionnaire aide à identifier les occasions de stress susceptibles de vous affecter. Il s'agit d'un premier pas dans une démarche visant à doser ces occasions de stress. Vous y notez jusqu'à quel point chacun des énoncés vous affecte à l'aide des chiffres 0, 1, 2 et 3.

Cochez le chiffre 3 si l'énoncé représente une grande occasion de stress pour vous.
Cochez le 2 si l'occasion des stress est assez importante pour que vous vous y arrêtiez.
Cochez le 1 si l'occasion de stress vous concerne un peu.
Cochez le 0 si l'occasion de stress ne vous touche pas du tout.

Vous ne relevez que les occasions de stress qui vous dérangent : par exemple, si vous n'avez pas de sécurité d'emploi mais que cette situation n'est pas pour vous une cause de stress, vous cochez le 0.

L'OCCUPATION	0 pas du tout
Nous avons utilisé l'expression "occupation" pour désigner le travail, les études, le travail à la maison, etc.	1 un peu 2 modérément 3 beaucoup
J'ai perdu mon occupation ou je n'ai pas d'occupation.	0 1 2 3
Il y a trop de bruit, de froid, de chaleur ou d'humidité là où je passe mes journées.	0 1 2 3
Je ne peux pas respecter mon rythme (ou le faire respecter).	0 1 2 3
Je suis soumis(e) à des demandes ou à des directives qui changent constamment.	0 1 2 3
Je pense que ce que j'ai à faire dépasse ce que je peux assumer sans stress excessif.	0 1 2 3
Je sens que j'ai trop peu à faire ou que mes ressources sont mal utilisées.	0 1 2 3
Je suis tenu(e) responsable de résultats sur lesquels je n'ai pas de contrôle.	0 1 2 3
Je n'ai pas d'intérêt pour mon occupation.	0 1 2 3

Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques

Mes bonnes idées sont rejetées ou ignorées.	0	1	2	3
Je ne suis pas consulté(e) pour les décisions qui me concernent.	0	1	2	3
Je me sens bloqué(e), mon occupation ne me mène nulle part.	0	1	2	3
Je n'ai pas de sécurité d'emploi.	0	1	2	3
Je ne dispose pas des outils qu'il faut pour bien faire ce que j'ai à faire.	0	1	2	3
Je ne fais rien de valable à mes yeux.	0	1	2	3
Je me sens obligé(e) d'aller à l'encontre de mes valeurs.	0	1	2	3
Je suis exposé(e) à des dangers physiques.	0	1	2	3
J'ai une occupation où d'éventuelles erreurs peuvent avoir de graves conséquences.	0	1	2	3
Je manque d'espace privé.	0	1	2	3
Je vis des injustices.	0	1	2	3
Je n'arrive pas à faire tout ce que je voudrais.	0	1	2	3
Je vais éventuellement être obligé(e) de changer de position.	0	1	2	3
Je songe sérieusement à changer d'occupation.	0	1	2	3
Je déteste l'environnement où se déroule ma journée.	0	1	2	3
Je suis en grève, en lock-out ou sur le point de l'être.	0	1	2	3
J'entends parler de chômage ou de fermeture pour bientôt.	0	1	2	3
Je suis préoccupé(e) de l'influence qu'a mon occupation sur ma famille.	0	1	2	3

Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques

LE CORPS

Je trouve mon corps gros, petit, laid, etc., ou je n'aime pas certaines de ses parties.	0	1	2	3
Je suis malade.	0	1	2	3
Aucun médecin ne trouve ce dont je souffre.	0	1	2	3
J'ai des malaises.	0	1	2	3
J'ai des douleurs.	0	1	2	3
J'ai des épisodes de panique.	0	1	2	3
J'ai de la difficulté à bien dormir.	0	1	2	3
J'ai de la difficulté avec la nourriture.	0	1	2	3
Je suis en train de rompre avec une vieille habitude (tabac, aliments, alcool...).	0	1	2	3
Je n'arrive pas à vaincre une dépendance "physique" (une drogue, le tabac, des médicaments pour les nerfs, l'alcool ou autre).	0	1	2	3
Je suis inquiet pour ma santé.	0	1	2	3
J'ai peur de mourir.	0	1	2	3
J'ai des problèmes sexuels.	0	1	2	3

LES AUTRES

La vie de couple

Je n'ai pas de conjoint.	0	1	2	3
J'aime une personne qui n'est pas disponible.	0	1	2	3
Je ne sens pas d'amour dans ma vie de couple (de ma part ou de la part de l'autre).	0	1	2	3
Il n'y a pas de communication véritable dans notre vie de couple.	0	1	2	3
Je me sens incompatible avec mon/ma conjoint(e).	0	1	2	3

Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques

Je sens que les efforts que je fais pour ma vie de couple ne servent à rien.	0	1	2	3
Je suis tendu(e) à cause d'une relation extra-conjugale.	0	1	2	3
Je vis une séparation ou j'ai du mal à me remettre d'une séparation.	0	1	2	3
Je me sens obligé(e) de prendre toutes les décisions.	0	1	2	3
Nous avons des mésententes sur le partage des tâches.	0	1	2	3

Vie familiale.

Je n'ai pas d'enfants.	0	1	2	3
Je ne trouve pas de sens à ma vie familiale.	0	1	2	3
Je me sens constamment sollicité(e) à la maison.	0	1	2	3
J'ai des problèmes à faire garder les enfants.	0	1	2	3
Nous avons souvent des mésententes sur la façon d'éduquer les enfants.	0	1	2	3
Il y a de la violence à la maison (physique ou verbale).	0	1	2	3
Il y a des conflits de valeurs ou de génération à la maison.	0	1	2	3
Les enfants ne respectent pas les limites fixées ou les ententes convenues.	0	1	2	3
Je suis inquiet(e) de l'avenir d'un enfant.	0	1	2	3
Je suis seul(e) à porter la responsabilité de l'éducation des enfants Les repas, le coucher, le départ pour l'école sont des moments pénibles.	0	1	2	3
Il y a de l'inceste à la maison ou j'ai des raisons de croire qu'il y en a.	0	1	2	3
J'ai des ennuis avec mes enfants.	0	1	2	3
J'ai des ennuis avec les ami(e)s de mes enfants.	0	1	2	3
J'ai de mauvaises relations avec des membres de ma famille ou de ma belle-famille.	0	1	2	3

*Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques***Relations de travail**

Je sens de la pression.	0	1	2	3
J'ai continuellement quelqu'un qui me surveille.	0	1	2	3
Je vis du harcèlement sexuel.	0	1	2	3
Je suis interrompu(e).	0	1	2	3
Je reçois beaucoup de critiques négatives.	0	1	2	3
Je me sens exploité(e).	0	1	2	3
Je suis en conflit, ou j'assiste à des conflits.	0	1	2	3
Je sens que personne ne s'intéresse à ce que je fais.	0	1	2	3

Vie sociale

Je vis isolé(e).	0	1	2	3
Je ne me sens pas apprécié(e).	0	1	2	3
Une personne que j'aime a une maladie chronique.	0	1	2	3
Une personne que j'aime est récemment décédée ou est sur le point de mourir.	0	1	2	3
J'ai du mal à supporter les manies ou les humeurs de certaines personnes que je côtoie.	0	1	2	3
Quelqu'un que j'aime a un problème de drogue ou d'alcool.	0	1	2	3
Je suis souvent critiqué(e) par mes proches.	0	1	2	3
Je me sens exploité(e) par mes proches.	0	1	2	3
Je me sens constamment sollicité(e).	0	1	2	3
Je me sens inférieur(e) aux personnes que je côtoie.	0	1	2	3

Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques

LA SOCIÉTÉ

J'ai des difficultés d'ordre légal.	0	1	2	3
J'ai une relation conflictuelle avec les propriétaires (locataires), les concierges, ou avec mes voisin(es), etc.	0	1	2	3
Je m'inquiète des nouvelles transmises à la télévision ou par les journaux.	0	1	2	3
J'ai peur d'être attaqué(e) ou que ceux que j'aime le soient.	0	1	2	3
J'ai des problèmes de transport.	0	1	2	3
J'ai trop, ou trop peu d'activités sociales.	0	1	2	3
Le quartier que j'habite ou mon voisinage est bruyant.	0	1	2	3
Mes enfants fréquentent une école que je n'apprécie pas.	0	1	2	3
J'ai de la paperasse à remplir.	0	1	2	3
J'ai de la difficulté avec une institution, un commerce, ou un centre de service.	0	1	2	3

LE TEMPS

Je n'ai pas de temps pour flâner ou pour rêver.	0	1	2	3
Je n'ai pas suffisamment de temps pour me reposer.	0	1	2	3
Je n'ai pas de temps pour moi.	0	1	2	3
J'ai trop de temps libre, je m'ennuie.	0	1	2	3
J'ai des choses en retard.	0	1	2	3
Je passe du temps à attendre.	0	1	2	3
Je me sens à la course.	0	1	2	3
Je dois prendre beaucoup de temps pour me rendre à mon occupation.	0	1	2	3

Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques

Je m'ajuste difficilement à ce qu'exige mon horaire de travail.	0	1	2	3
J'amène du travail à la maison.	0	1	2	3
Je n'arrive pas à respecter mes échéanciers ou ceux des autres.	0	1	2	3
Je n'ai pas de temps pour décompresser pendant la journée.	0	1	2	3
J'ai double ou triple tâche (travail, maison, études).	0	1	2	3
J'ai des problèmes d'horaire avec ma famille.	0	1	2	3

L'ARGENT

J'éprouve une grande insécurité financière.	0	1	2	3
J'utilise mal mon argent.	0	1	2	3
Je ne sais pas où va mon argent.	0	1	2	3
Je crains les échéances financières (remboursements).	0	1	2	3
Je suis financièrement exploité(e) par quelqu'un.	0	1	2	3
Je paie pour les erreurs financières des autres.	0	1	2	3
Je veux toujours plus d'argent.	0	1	2	3
J'ai peur de me faire voler.	0	1	2	3
Je n'ai pas suffisamment d'argent pour couvrir les besoins de base : logement, nourriture, vêtements, transport, loisir.	0	1	2	3
Je suis financièrement dépendant(e) de quelqu'un.	0	1	2	3
Je dois renoncer à certains de mes biens.	0	1	2	3
Presque toute ma vie sert à gagner de l'argent.	0	1	2	3
J'ai peur de manquer d'argent pour mes vieux jours.	0	1	2	3

INTERPRÉTER LES RÉSULTATS

Peut-être savez-vous maintenant un peu mieux tout ce qui ne va pas dans votre vie, ce qui est mal dosé, ce à quoi vous pourriez mieux répondre, pourquoi votre équilibre personnel est précaire ou a été rompu ? Prenez le temps de relire vos réponses et de prendre conscience de ce qui ne va pas. Une partie du succès de la démarche visant à réduire le stress que vous vivez réside dans la capacité à mieux doser les occasions de stress auxquelles vous faites face. Le fait de mieux savoir ce qui vous affecte vous aidera à y parvenir.

Où sont les 2 et les 3 ? Combien y en a-t-il ?

Êtes-vous coincé(e) de partout, ou êtes-vous à l'aise dans certains secteurs de votre vie ?

Est-ce qu'observer vos occasions de stress vous permet
de mieux comprendre votre état de stress, l'ampleur de vos symptômes ?

.....

Annexe 21. Plan d'enseignement spécifique MPOC

<p>Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Québec Capitale nationale</p> <p align="center">PLAN D'ENSEIGNEMENT SPÉCIFIQUE MPOC</p> <p align="center">LA PERSONNE ATTEINTE ET SES PROCHES</p> <p>Établissement _____</p>				
COMPORTEMENTS / THEMES / OBJECTIFS	ENSEIGNEMENT*	POURSUIVRE	POURSUIVRE	ATEINT
Anatomie et physiologie		DATES ET INITIALES		
Explique ce qui se passe lorsque ses poumons sont endommagés				
Perte de l'habitude tabagique				
Explique l'effet du tabagisme sur les fonctions pulmonaires				
Décrit les avantages et les inconvénients d'arrêter de fumer				
Identifie le meilleur moyen pour l'aider à cesser de fumer parmi les ress. disponibles				
Prend les moyens pour cesser de fumer				
Observance à la médication MPOC incluant l'oxygène				
<i>Identifie le nom, la posologie et l'horaire de chacun des médicaments</i>				
<i>Démontre les étapes à suivre pour la prise de ses médicaments en inhalation avec ou sans dispositif d'espacement</i>				
<i>Explique le rôle et les effets secondaires de ses médicaments</i>				
Utilise sa médication telle que prescrite				
Décrit comment faire l'entretien des différents dispositifs d'inhalation et des équipements				
Explique les raisons qui justifient l'utilisation l'oxygène				
Utilise l'oxygène tel que prescrite				
Décrit les règles de sécurité à respecter lors de l'utilisation de l'oxygène				
Reçoit le vaccin contre la grippe à l'automne				
Reçoit le vaccin contre le pneumocoque si nécessaire				
Contrôle de l'essoufflement				
<i>Démontre la technique de respiration à lèvres pincées</i>				
<i>Démontre les positions de confort pour réduire l'essoufflement</i>				
<i>Démontre une technique efficace de toux contrôlée et expiration par petits coups</i>				
Utilise de façon régulière la techniques de respiration à lèvres pincées				
Utilise au besoin les positions de confort				
Utilise au besoin la technique de toux contrôlée et celle d'expiration par petits coups				
<i>Décrit l'impact du cycle anxiété - essoufflement sur sa vie</i>				
Décrit des moyens de conserver son énergie en fonction de ses activités				
Utilise au besoin une technique de relaxation				
Démontre la technique de respiration diaphragmatique				
Application du plan d'action				
<i>Identifie ses signes de détérioration de sa MPOC</i>				
<i>Décrit les symptômes de l'infection respiratoire</i>				
<i>Décrit les actions à poser en cas de détérioration de son état causée par une infection respiratoire</i>				
<i>Identifie les numéros de téléphones des ressources à contacter au besoin</i>				
<i>Identifie les facteurs aggravants auxquels il est exposé</i>				
<i>Décrit des moyens pour diminuer l'exposition à ses facteurs</i>				
<i>Décrit les actions à poser en cas de détérioration de son état causée par l'environnement ou le stress</i>				
Applique adéquatement son plan d'action				
<p>* Inscrite NA lorsque l'enseignement est non applicable / Enseignement prioritaire: Énoncés en caractères gras → Site Web : www.livingwellwithcpd.com / Programme «Mieux vivre avec une MPOC».</p> <p align="right">© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 2005</p>				

MES SYMPTÔMES HABITUELS SONT MAL CONTRÔLÉS

J'ai un des symptômes suivants, ou les deux :

- Je suis plus essoufflé(e) que d'habitude au repos ou à l'effort
- J'ai une respiration sifflante

J'ai été exposé(e) à un ou plusieurs facteurs pouvant causer l'aggravation de mes symptômes :

- Polluants intérieurs (fumée de cigarette, produits entretien ménager, poussière, parfum, odeurs fortes)
- Polluants extérieurs (smog)
- Stress, émotions fortes
- Changements climatiques (chaleur, froid, vent, humidité)

Ajustements de mon traitement :

- Je réduis l'exposition aux facteurs qui ont aggravé mes symptômes
- Je demeure calme
- J'utilise mes techniques de respiration, de position de confort et de relaxation
- Je prends ____ bouffée(s) de _____ **si nécessaire** et je répète aux 20 à 40 minutes à ____ reprises, **si besoin.**

Commentaires :

MES SYMPTÔMES SE DÉTÉRIORENT

J'ai développé une infection respiratoire si, depuis _____, j'ai au moins 2 des symptômes suivants qui persistent toute la journée :

- Je suis plus essoufflé(e) que d'habitude
- J'ai un changement dans la quantité de mes sécrétions
- J'ai des sécrétions plus colorées

Mon traitement additionnel :

- **J'appelle ma personne ressource le plus tôt possible (# tél : _____)**
- J'augmente la prise de mon médicament de secours :

Nom du médicament de secours	Dosage	Nombre de bouffées	Fréquence	Durée

- Je débute mon traitement d'antibiotique :

ANTIBIOTIQUE Nom du médicament	Dosage	Nombre de pilules	Fréquence	Durée

- Je débute mon traitement de cortisone :

CORTISONE Nom du médicament	Dosage	Nombre de pilules	Fréquence	Durée

Commentaires :

MES SYMPTÔMES S'AGGRAVENT

Si, après _____ de traitement additionnel, mes symptômes ne s'améliorent pas ou s'aggravent :

- J'appelle ma personne ressource le plus tôt possible dans la journée

OU

- Je consulte à l'urgence

- **Je fais le 911 si j'ai un des symptômes suivants:**

- Je suis extrêmement essoufflé(e)

OU

- J'ai des douleurs dans la poitrine

OU

- Je suis agité(e), confus(e) ou somnolent(e)

Commentaires :

CONTACTS :

Ma personne ressource :

_____ (# tél : _____)

Autre :

_____ (# tél : _____)

Adaptation : *Plan d'action du Programme « Mieux vivre avec une MPOC*

Conception : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

<http://www.rsss03.gouv.qc.ca/D-Publications.html>

Annexe 23. Critères de dépistage / clientèle MPOC



Critères de dépistage pour une consultation en nutrition (clientèle MPOC)

1. Nom : _____ Date : _____

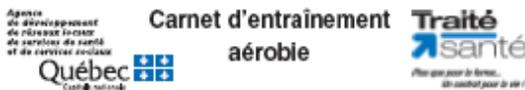
Dès que vous répondez « oui » à un seul de ces critères, arrêtez-vous et poursuivez au point 6

<p>1. Résultat de l'albumine sérique Si le patient a une albumine <30, arrêtez-vous ici , dosez la transferrine et poursuivez à la section 6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Albumine sérique : _____ 															
<p>2. Histoire de poids Si le patient a une perte de poids significative ou sévère, arrêtez-vous ici et poursuivez à la section 6.</p> <table border="1" data-bbox="165 835 808 989"> <thead> <tr> <th>Temps</th> <th>Significative(%)</th> <th>Sévère (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 sem</td> <td>1-2</td> <td>>2</td> </tr> <tr> <td>2-3 sem</td> <td>2-3</td> <td>>3</td> </tr> <tr> <td>1 mois</td> <td>5</td> <td>>5</td> </tr> <tr> <td>6 mois et +</td> <td><10</td> <td>>10</td> </tr> </tbody> </table>	Temps	Significative(%)	Sévère (%)	1 sem	1-2	>2	2-3 sem	2-3	>3	1 mois	5	>5	6 mois et +	<10	>10	<ul style="list-style-type: none"> Perte de poids récente non voulue ? Si oui, combien ? _____ En combien de temps ? : _____ (sem., mois) Poids actuel (kg): _____ Poids habituel (kg): _____ Taille (cm): _____ Calculez le % de perte de poids : $\frac{\text{Poids habituel} - \text{poids actuel}}{\text{poids habituel}} \times 100 = \text{_____}$
Temps	Significative(%)	Sévère (%)														
1 sem	1-2	>2														
2-3 sem	2-3	>3														
1 mois	5	>5														
6 mois et +	<10	>10														
<p>3. Indice de masse corporelle (IMC) Si le patient a un IMC <18,5, arrêtez-vous ici et poursuivez à la section 6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Calculez l'IMC : $\frac{\text{poids (kg)}}{\text{Taille}^2 \text{ (m)}} = \text{_____}$ 															
<p>4. Si le patient a au moins un de ces symptômes, arrêtez-vous ici et poursuivez à la section 6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Diarrhée > 500 ml x 2 jours ; Vomissements depuis 2 jours ; Apports alimentaires réduits (<1/2 portion normale depuis 4 jours) ; Perte d'appétit de plus de 5 jours à la maison 															
<p>5. Diagnostic Si le patient a au moins un des diagnostics suivants, entourez et poursuivez au point 6. Considérez le patient à risque nutritionnel et arrêtez-vous ici.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Malabsorption intestinale (maladie cœliaque, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, syndrome de l'intestin court) Plaies, ulcères de décubitus Cachexie Diabète Hypertension artérielle Dyslipidémie Obésité Ostéoporose Cirrhose Dysphagie Insuffisance rénale Pancréatite chronique 															

6. Évaluation et action à entreprendre

Ce patient a besoin d'une consultation en nutrition; remplissez le formulaire des services professionnels et inscrivez le ou les critères de consultation en nutrition.

Annexe 24. Carnet d'entraînement aérobic pour la personne atteinte de MPOC

	Date	Durée Mode	Charge Vitesse/pente	Fréquence cardiaque	TA repos	TA effort	SaO ₂ Glycémie	Perc. effort (Borg 0-10)
 <p>Carnet d'entraînement aérobic</p>								
Légende								
Mode : M= marche V= vélo T= tapis roulant P= pédalo R= rameur								
Charge : Résistance du vélo ou autre								
Vitesse : Vitesse du tapis roulant								
Pente : Pente du tapis roulant								
Fréq. card.: Fréquence cardiaque pendant marche, vélo ou autre								
TA: Tension artérielle								
SaO₂: Saturation d'oxygène (%)								
Perc. effort : Perception de l'effort atteint sur l'échelle de 0 à 10								
Prescription d'exercices								
Fréq. card. cible: _____								
Remarques: _____								

Adapté du carnet d'entraînement du PPMC (Service audiovisuel de l'Hôpital Laval)

Annexe 25. Processus d'adaptation selon les stades de la maladie¹

Processus d'adaptation *	Stades de la maladie		
	Maladie diagnostiquée, mais bonne autonomie	En perte sévère d'autonomie	Au stade de fin de vie
<p>CHOC</p> <p>Correspond à la réaction qui suscite la prise de conscience de la maladie et de ses impacts.</p>	<p>Premier contact avec la maladie. Période de confusion suite au diagnostic. Ne comprend pas trop ce qui arrive. Période flottante. Comme suspendu. Maladie non intégrée, non connue. Déni.</p> <p>Dans sa tête, la personne se sent la même mais le corps ne veut plus suivre.</p>	<p>Choc en rapport avec le fait d'apprendre que la maladie est évolutive et qu'il n'y aura pas de guérison.</p> <p>Choc relié à l'arrêt obligatoire du travail.</p> <p>Nombreuses pertes et nombreux deuils : projets, réseau social, rôles familiaux...</p>	<p>Constat d'une fin de vie prochaine.</p> <p>Apprivoiser la mort qui approche.</p> <p>Dépendance envers l'entourage de plus en plus importante.</p>
<p>BOULEVERSEMENTS</p> <p>Témoigne des difficultés d'adaptation à la maladie.</p>	<p>Bouleversements émotifs habituellement de courte durée : réaction dépressive, isolement, perte d'appétit, tristesse, difficultés à dormir, fatigue, colère, changements d'humeur, anxiété...</p>	<p>Période de bouleversements qui risque d'être plus intense au plan émotif. À titre d'exemples : réaction dépressive, isolement, consommation d'alcool ou de médicaments, changements d'humeur...</p>	<p>Différentes réactions possibles face à la fin de la vie : tristesse, colère...</p>
<p>STABILITÉ</p> <p>Témoigne des signes d'adaptation à la maladie.</p>	<p>Le patient recherche une qualité de vie et apprend à vivre avec la maladie.</p> <p>C'est une période d'adaptation où il se prend en main, se donne un mode de vie qui facilite sa stabilité : observance du traitement, exercice, alimentation, vie stable, etc.</p>	<p>Gestion adaptée de sa maladie en fonction des limites imposées par le niveau de gravité. Plus la perte d'autonomie est sévère, plus l'adaptation est difficile.</p>	<p>C'est le confort du patient qui est recherché.</p> <p>La spiritualité occupe une place plus importante.</p>

* **Adaptation** : Situation d'équilibre entre ce que je peux modifier de mon environnement (assimilation) et ce que je peux changer de moi-même et de mon comportement (accommodation). Définition inspirée des travaux de Piaget.

¹ Ministère de la santé et des services sociaux, «Dimensions psychosociales de la MPOC et de l'insuffisance cardiaque», dans *Programme provincial de formation en MPOC et en insuffisance cardiaque*, mai 2003, module 2, section C, p. 29-30.

Annexe 26. Manifestations des impacts psychosociaux selon les stades de la maladie¹

Impacts* psychosociaux	Manifestations selon les stades		
	Maladie diagnostiquée, mais bonne autonomie	En perte sévère d'autonomie	Au stade de fin de vie
Anxiété (peurs, stress)	<p>Essoufflement : peur de manquer d'air.</p> <p>Peur de mourir : accentuée par les symptômes de la maladie.</p> <p>Peur devant l'ampleur de la responsabilité qui lui incombe de gérer sa maladie.</p> <p>Apparition des limites : fatigue, perte d'énergie, essoufflement. Malgré tout, le patient demeure autonome et se ressent peu des effets de la maladie dans son quotidien. Le niveau d'anxiété n'est habituellement pas problématique.</p>	<p>Peur de manquer d'air accentuée. La détresse respiratoire peut causer un stress post-traumatique. Ce stress peut handicaper la personne au point de l'empêcher de faire ses choses.</p> <p>Peur de la mort : accentuée par un niveau d'essoufflement plus élevé.</p> <p>Peur face aux deuils que vivent les proches.</p> <p>Cercle vicieux : symptômes ⇒ anxiété ⇒ évitement ⇒ symptômes ⇒ anxiété ⇒ évitement</p>	<p>Peur de la mort prochaine.</p> <p>Peur de mourir étouffé. Peur de souffrir.</p> <p>Solitude.</p>
Baisse d'estime de soi	<p>Un grand sentiment d'inutilité et de dépendance envahit le patient. Remise en question sur le sens de sa vie quasi inévitable.</p> <p>La maladie vient modifier graduellement la perception de soi par les changements qui s'installent au niveau de ses capacités : le corps ne veut plus suivre comme avant.</p> <p>La perte d'estime de soi touche la personne pour ce qu'elle est et pour ce qu'elle fait. En réalité, elle est toujours la même personne, mais avec des capacités en moins.</p>	<p>Changement dans son image, son identité, sa fierté, ses capacités, sa jeunesse, etc.</p> <p>Abandon du travail pour incapacité : deuil de sa valeur liée au travail. Perte du statut de personne active. Perte de revenus. Impact plus grand chez les plus jeunes.</p> <p>Ex. : Passer du statut d'aidant au statut d'aidé.</p> <p>Amène l'isolement et la perte du réseau social. Sentiment de ne plus rien valoir : « Comment vais-je demeurer quelqu'un d'intéressant ? »</p>	<p>L'estime de soi peut être profondément atteinte alors que la personne est dans un état avancé d'incapacité et de dépendance, alors qu'on observe dans certains cas des changements importants au plan corporel dus à la maladie.</p> <p>Ex. : maigreur, vieillissement accentué, dépendance (AVQ), etc.</p>
Dépression	<p>Manifestations habituellement temporaires (voir C.3.1).</p>	<p>La sévérité de la maladie peut conduire le patient à des réactions pouvant le mettre à risque de dépression : s'isoler, s'apitoyer sur son sort, abandonner ses activités habituelles ou son réseau d'amis, etc.</p>	<p>Très émotif (pleurs).</p> <p>Hypersomnie : retrait dans le sommeil pour fuir la réalité.</p> <p>Repli sur soi volontaire.</p>
Isolement	<p>Réaction habituellement temporaire.</p>	<p>Réaction temporaire ou permanente selon la sévérité de la maladie et la façon de composer avec.</p> <p>Involontairement, la personne peut aussi « subir » l'isolement (ex. : distance prise par l'entourage : moins d'investissement).</p>	<p>Retrait, repli sur soi, détachement (moins d'investissement).</p> <p>Communication plus difficile, diminution des interactions.</p>

* **Impact** : effet produit par quelque chose, influence qui en résulte (Larousse).

¹ Ministère de la santé et des services sociaux, «Dimensions psychosociales de la MPOC et de l'insuffisance cardiaque», dans *Programme provincial de formation en MPOC et en insuffisance cardiaque*, mai 2003, module 2, section C, p. 29-30.

Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques

Manifestations des impacts psychosociaux selon les stades de la maladie (suite)¹

Impacts psychosociaux	Manifestations selon les stades		
	Maladie diagnostiquée, mais bonne autonomie	En perte sévère d'autonomie	Au stade de fin de vie
Sexualité difficile	<p>Craintes dues à l'inconnu, chez le patient et chez le partenaire. Arrêt temporaire des relations sexuelles. On préfère s'abstenir plutôt que de prendre des risques.</p> <p>Ajustement de l'expression de la sexualité.</p> <p>Préoccupation qui peut être vécue plus tard.</p>	<p>Crainte du patient et du partenaire. On se protège mutuellement. Arrêt temporaire ou permanent des relations sexuelles. La plupart du temps, la peur est au cœur de cette décision.</p> <p>Réajustement de l'expression de la sexualité en fonction de la gravité de la maladie.</p>	<p>Absence probable de relations sexuelles.</p>
Désorganisation familiale	<p>Changement graduel au plan des rôles familiaux.</p> <p>État de choc, anxiété reliée à l'inconnu, panique, pouvant être vécus par le patient comme par ses proches.</p>	<p>Modification incontournable des rôles. Changements graduels. Incapacité de plus en plus grande d'assumer les rôles habituels, souvent repris par le conjoint.</p> <p>Relocalisation possible due à une perte d'autonomie et à la capacité limitée du réseau de soutien.</p>	<p>Adaptation à la présence de ressources à domicile.</p> <p>Adaptation à un nouveau milieu de vie, due à la relocalisation ou à l'hospitalisation.</p> <p>Culpabilité reliée au fardeau (patient ou proche selon la situation).</p>
Non-compréhension des proches	<p>État de choc / panique / colère.</p> <p>Sentiment d'en vouloir au malade.</p> <p>Deux réactions possibles :</p> <p>« T'es pas si malade que ça! »</p> <p>« Fais-donc plus attention : t'es malade! »</p>	<p>Manque de connaissance de la maladie.</p> <p>Surprotection ou rejet.</p> <p>Perceptions négatives à l'endroit du patient : perçu comme paresseux ou lâche. « C'est entre les deux oreilles! ».</p> <p>Sentiment de compassion : « Il fait donc pitié ».</p>	<p>Sentiment d'impuissance.</p> <p>Angoisse, panique, colère.</p>
Épuisement des aidants	<p>Adaptation graduelle face à l'investissement à donner au malade.</p> <p>Anxiété, peur de l'inconnu, colère, frustration.</p>	<p>Épuisement dû à la prise en charge de nouveaux rôles (accumulation, culpabilité).</p> <p>Inquiétude, découragement.</p>	<p>Patient complètement à la charge de ses proches : épuisement, découragement, accumulation, culpabilité.</p>

¹ Ministère de la santé et des services sociaux, «Dimensions psychosociales de la MPOC et de l'insuffisance cardiaque», dans *Programme provincial de formation en MPOC et en insuffisance cardiaque*, mai 2003, module 2, section C, p. 29-30.