

**Améliorations proposées au programme de réadaptation cardiaque du CHUS afin de
favoriser l'adhésion à long terme des patients aux recommandations
en matière de saines habitudes de vie**

Par Béata Marszalik
Programme de 2^e cycle en pratiques de la réadaptation

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître en pratiques de la réadaptation (M. Réad.)
Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Sherbrooke, Québec, Canada
4 septembre 2015

Membres du jury d'évaluation:
Pierre Boulay, Département de kinanthropologie, FEPS, Université de Sherbrooke
Marie-José Durand, Département de réadaptation, FMSS, Université de Sherbrooke
Chantal Sylvain, Département de réadaptation, FMSS, Université de Sherbrooke

REMERCIEMENTS

C'est avec beaucoup d'enthousiasme et de fierté que je dépose mon essai synthèse. Il faut dire que sans le soutien de plusieurs personnes, ce bel accomplissement n'aurait pu se concrétiser. La contribution de chacune d'elle se doit d'être soulignée.

Tout d'abord, je tiens sincèrement à remercier la précieuse collaboration de l'équipe de réadaptation cardiaque du CHUS. Merci à M. Mario Duplin (chef des soins et services cardiopulmonaires) et Dr Warner Mampuya (cardiologue en chef du programme de réadaptation cardiaque) qui, soucieux d'améliorer la qualité des pratiques dans leur institution, ont permis la réalisation de ce projet. Un merci tout particulier s'adresse également à Mme. Marie-Christine Noiseux (kinésiologue), M. Carl Fortier (infirmier clinicien), Mme. Élyse Dion (nutritionniste), Mme. Mélanie Bolduc et Mme. Lucie Maurice (secrétaires médicales) pour le temps précieux qu'ils m'ont accordé, leurs réponses à mes nombreuses questions et leur implication dans l'avancement de mes démarches.

Je suis aussi très reconnaissante au Pre. Chantal Sylvain de même qu'au Pr. Pierre Boulay qui ont contribué par leurs directives et leurs judicieux conseils à parfaire cet essai synthèse. Il a été un honneur pour moi de côtoyer des gens aussi experts dans leur domaine et de bénéficier de leur dynamisme contagieux. Ils m'ont permis d'évoluer en tant qu'étudiante et professionnelle par le partage de leurs savoirs, mais aussi par l'esprit critique, la rigueur et la motivation à la tâche qu'ils m'ont transmis.

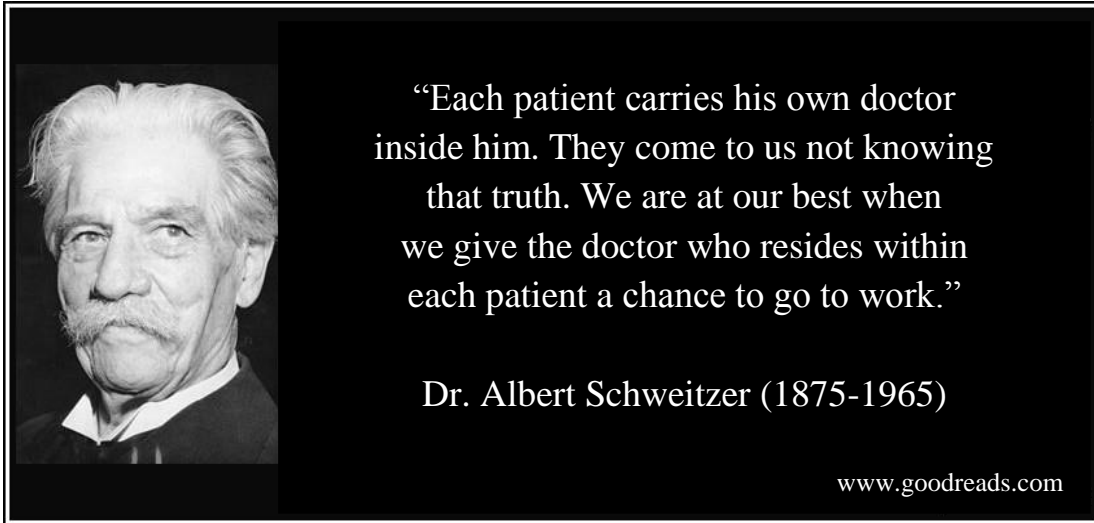
Je passe ensuite une dédicace toute spéciale aux patients de la réadaptation cardiaque du CHUS qui ont participé à la collecte de données. Ils ont permis de cumuler des résultats importants dans le cadre du projet et ont mené, à leur façon, à l'aboutissement de celui-ci.

J'exprime aussi ma gratitude aux êtres chers de mon entourage. Merci chaudement pour vos encouragements et votre inestimable soutien moral. La réalisation d'un essai synthèse est un travail d'envergure et cette tâche n'a pas toujours été facile. Votre présence a été très précieuse pour moi.

Enfin, je tiens aussi à mentionner le plaisir que j'ai eu à travailler au sein de mon groupe de travail en REA 106 (cohorte 2014-2015). Je salue tous mes collègues et je les remercie pour leurs commentaires et leur soutien.

Merci à tous !

ÉPIGRAPHE



Traduction: « Chaque patient porte en lui son propre médecin. Ils viennent à nous sans savoir cette vérité. Nous sommes à notre meilleur lorsque nous donnons au médecin qui réside en chaque patient une chance de travailler »

Dr. Albert Schweitzer (1875-1965)

Pionnier de la santé préventive au début du XX^e siècle, Dr Schweitzer est un médecin qui a avancé l'idée que chaque individu détient le pouvoir d'améliorer sa santé, il suffit de le mettre en action!

Améliorations proposées au programme de réadaptation cardiaque du CHUS afin de favoriser l'adhésion à long terme des patients aux recommandations en matière de saines habitudes de vie

Par Béata Marszalik
Programmes de 2^e cycle en pratiques de la réadaptation

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître en pratiques de la réadaptation (M. Réad.)

Maîtrise en pratiques de la réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Mots clés

Français: maladies cardiovasculaires, réadaptation cardiaque, adhésion, saines habitudes de vie, recommandations, santé, pratiques, obstacles, besoins, patients, adultes, *Anglais :* coronary disease, cardiac rehabilitation, adherence, healthy lifestyle, guidelines, barriers, needs, patients, adults

Résumé

Problématique: Une baisse importante de l'adhésion aux recommandations en matière de saines habitudes de vie est observée chez les patients du CHUS suite à leur participation à un programme de réadaptation cardiaque conventionnel en milieu hospitalier. Il en résulte une diminution de leur condition physique, une détérioration de leur état de santé et une augmentation du risque de récurrence d'évènement cardiovasculaire. L'équipe de professionnels de la santé du CHUS cherche à comprendre le manque d'adhésion des patients suite aux services offerts et se demande comment remédier à ce problème.

Recension des écrits : L'adoption de saines habitudes de vie est clairement établie comme un moyen pour diminuer les atteintes cardiovasculaires et les risques de récurrences (ASPC, 2011 ; ICM, 2015; Framingham Heart Study, 2015). Il s'agit d'ailleurs d'un objectif majeur des programmes de réadaptation cardiaque (ACSM, 2010; ACPRC, 2014; J Goble, 1999; Warburton, 2006). Une revue systématique Cochrane (2014) nous apprend toutefois que : «(...) parmi les patients référés en réadaptation cardiaque, peu complètent le programme et moins de 50% maintiennent leurs habitudes d'activités physiques 6 mois après avoir complété le programme». Il s'agit d'un problème d'envergure avec des impacts importants sur les plans humain, économique et social (ASPC, 2009; Fondation des maladies du coeur, 2015).

Objectifs : L'objectif général est de proposer des améliorations au programme de réadaptation cardiaque du CHUS afin de favoriser l'adhésion des patients aux recommandations en matière de saines habitudes de vie. Pour y parvenir, cinq objectifs plus spécifiques ont été ciblés. Il s'agit d'abord de déterminer les facteurs influençant l'adhésion selon la littérature scientifique, puis de décrire les activités offertes actuellement aux patients du programme de réadaptation cardiaque du CHUS, pour ensuite comparer les pratiques (Litt. sc. vs CHUS), valider et documenter les priorités perçues selon les patients et, finalement, élaborer des pistes d'améliorations qui sont réalistes pour les principaux utilisateurs (patients et professionnels).

Méthodologie : Le présent travail a suivi une méthodologie systématique en quatre étapes. Tout d'abord, une recension de la littérature scientifique portant sur les facteurs influençant l'adhésion à long terme aux saines habitudes de vie des patients atteints de maladies cardiovasculaires a été effectuée dans les banques de données électroniques. Puis, les activités offertes au cœur de la réadaptation cardiaque du CHUS ont été décrites. Ces dernières ont ensuite été comparées aux pratiques optimales recommandées dans la littérature scientifique afin d'analyser l'écart entre les pratiques. Finalement, les besoins des patients ont aussi été évalués. Pour ce faire, 32 patients issus d'un échantillon de convenance ont complété un questionnaire auto-administré afin de valider et prioriser les meilleures pratiques selon leur point de vue. Les réponses au questionnaire ont été compilées et les priorités des patients mises en évidence. Ultimement, cela a mené à l'élaboration de recommandations pour la pratique en réadaptation cardiaque au CHUS.

Résultats : Dans un premier temps, l'analyse de la littérature scientifique a permis d'identifier 48 thèmes influençant l'adhésion à long terme des patients aux recommandations en matière de saines habitudes de vie. Dans un deuxième temps, l'analyse des pratiques en réadaptation cardiaque au CHUS ainsi que l'analyse de l'écart entre ces dernières et la littérature scientifique a révélé que 23 thèmes issus de la littérature scientifique méritaient d'être davantage investigués dans les pratiques actuelles du CHUS. Finalement, l'analyse des questionnaires patients a mené à la priorisation de 12 thèmes. Plus exactement, afin d'améliorer la qualité des services de réadaptation cardiaque au CHUS et favoriser la santé à long terme des patients, les recommandations retenues suggèrent une amélioration des 12 éléments suivants : 1.Prise en charge rapide, 2.Accessibilité des lieux et coûts, 3.Ressources matérielles variées, 4.Entretien motivationnel, 5.Durée suffisante d'entraînement, 6.Outils à domicile, 7.Accès à une équipe interdisciplinaire complète, 8.Programme de maintien, 9.Éducation et soutien des proches, 10.Évaluation des besoins et formulation des objectifs, 11.Rétroactions, 12.Plan d'action en cas de rechute.

Discussion: Certaines forces et faiblesses ressortent au terme de ce travail. Les principales forces consistent en l'adoption d'une démarche systématique et rigoureuse (ex: critères de sélection de la littérature scientifique, révision des analyses et questionnaire pré-test) et le souci d'intégration des patients et de l'équipe de professionnels de la santé. Quant aux faiblesses, il faut mentionner la présence des biais de sélection, du chercheur et du participant ainsi que le manque de profondeur des données associées à l'utilisation de l'outil qu'est le questionnaire. Par ailleurs, en ce qui a trait aux perspectives futures, il serait intéressant de mieux documenter le phénomène d'adhésion aux saines habitudes de vie auprès des patients poursuivant un programme de réadaptation cardiaque. Des pistes de solutions pourraient aussi être envisagées pour remédier au problème (augmentation des ressources, développement du programme de maintien, service de téléadaptation, etc.) et il faudrait investiguer les barrières perçues par l'équipe de professionnels de santé dans leurs interventions pour dresser un portrait plus complet de la situation.

Conclusion : Les facteurs influençant l'adhésion à long terme aux saines habitudes de vie des patients en réadaptation cardiaque ont été répertoriés dans la littérature scientifique et comparés aux pratiques actuelles du CHUS. Les principales barrières perçues par les patients ont également été considérées et, au final, 12 recommandations ont été élaborées à l'égard de l'organisation du programme et des interventions. Il faudra voir le réalisme de certaines recommandations. En effet, les ressources actuelles sont limitées et des coupures importantes sont encore prévues dans le système de santé publique québécois. Certains choix de société demeurent préoccupants. Rappelons que les interventions en prévention et promotion des *saines habitudes de vie* génèrent un retour de 5 à 6\$ pour chaque 1\$ investi (Science Presse, 2014; ACSP, 2012; ASPC, 2009).

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
ÉPIGRAPHE	ii
SOMMAIRE	iii
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1: Problématique	2
1.1 Contexte et manifestations	2
1.2 Le problème.....	3
CHAPITRE 2: État des connaissances	4
2.1 Importance des maladies cardiovasculaires.....	4
2.2 Maladies cardiovasculaires et facteurs de risques	4
2.3 Solutions pour prévenir les risques d'affections cardiovasculaires	5
2.4 Réadaptation cardiaque	7
2.5 Adhésion thérapeutique.....	9
2.5.1 Définition de l'adhésion thérapeutique	9
2.5.2 Importance du phénomène de manque d'adhésion thérapeutique chez les patients.....	9
2.6 Hypothèses sur les causes du manque d'adhésion	10
2.7 Solutions pour remédier au manque d'adhésion	11
CHAPITRE 3: Objectifs de l'essai	12
3.1 Objectif général	12
3.2 Objectifs spécifiques	12
CHAPITRE 4: Méthodologie	13
4.1 Première étape- Recension de la littérature scientifique sur les facteurs influençant l'adhésion à long terme des patients atteints de maladies cardiovasculaires	13
4.1.1 Stratégie de recherche de la littérature	13
4.1.2 Sélection de la littérature.....	13
4.1.3 Méthode d'analyse des données probantes	14

4.2 Deuxième étape- Description des activités offertes actuellement aux patients du programme de réadaptation cardiaque du CHUS	15
4.2.1 Collecte des données du milieu.....	15
4.2.2 Traitement des données du milieu.....	15
4.3 Troisième étape- Analyse de l'écart entre les facteurs répertoriés dans la littérature scientifique et les pratiques actuelles en réadaptation cardiaque au CHUS	
4.3.1 Méthode d'analyse de l'écart entre les pratiques	16
4.3.2 Traitement des données de l'analyse de l'écart entre les pratiques.....	16
4.4 Quatrième étape- Validation et priorisation des meilleures pratiques du point de vue des patients ayant participé au programme de réadaptation cardiaque du CHUS.....	17
4.4.1 Méthode de collecte de données.....	17
4.4.2 Collecte de données	18
4.4.3 Méthode d'analyse des données	18
CHAPITRE 5: Résultats	19
5.1 Facteurs influençant l'adhésion des patients selon la littérature scientifique.....	19
5.1.1 Dimension	19
5.1.2 Éléments partiellement présents	21
5.1.3 Éléments absents.....	24
5.2 Activités offertes aux patients du programme de réadaptation cardiaque du CHUS	26
5.3 Écart entre les facteurs issus de la littérature et les pratiques actuelles du CHUS	27
5.3.1 Éléments présents.....	27
5.3.2 Éléments partiellement présents	28
5.3.3 Éléments absents.....	28
5.4 Point de vue des patients sur les pratiques à prioriser.....	29
5.5 Synthèse des résultats: Améliorations proposées au programme de réadaptation cardiaque du CHUS.....	30
CHAPITRE 6: Discussion	31
6.1 Principaux constats au terme du projet.....	31
6.2 Forces et limites du projet	37
6.3 Perspectives futures	39
CONCLUSION	41
LISTE DES RÉFÉRENCES	42
ANNEXES	47

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AP	Activité physique
CHUS	Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke
IMC	Indice de masse corporelle
Litt. sc.	Littérature scientifique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIC	Programme d'intégration et de formation sur les maladies cardiovasculaires
R.C.	Réadaptation cardiaque
SHV	Saines habitudes de vie

INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS) est un milieu soucieux de la qualité des interventions réalisées par ses professionnels. En réadaptation cardiaque, une série de services sont offerts par différents intervenants afin d'atteindre les objectifs du programme, c'est-à-dire: « le rétablissement des meilleures conditions physiologiques, psychologiques et professionnelles possibles et la diminution du risque de mort et de nouvel événement cardiovasculaire ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie des patients » (*ASSS de l'Estrie, CHUS et CSSS de l'Estrie (2010)*).

Malgré tous les efforts déployés par l'équipe de professionnels de la santé pour inculquer de bonnes habitudes de vie aux patients afin de réduire leurs facteurs de risques d'événement cardiovasculaire et améliorer leur qualité de vie, force est de constater que l'adhésion aux saines habitudes de vie de ces derniers est à la baisse une fois le programme de réadaptation cardiaque en milieu hospitalier complété. Le problème énoncé représente un enjeu important et fera l'objet du présent essai qui s'inscrit dans le cadre d'un projet d'innovation.

Tout d'abord, une définition de la problématique sera présentée. Suivra ensuite une section sur l'état actuel des connaissances sur le sujet ainsi qu'une section sur les objectifs du projet d'innovation. La méthodologie utilisée sera également expliquée, de même que les résultats issus des différentes analyses. Plus exactement, il sera question de l'analyse de la littérature scientifique, l'analyse des pratiques professionnelles du milieu, l'analyse de l'écart entre les pratiques (Litt. sc. vs. CHUS) et l'analyse des priorités des patients. Pour terminer, la discussion permettra de faire un retour sur les résultats, aborder les forces et limites du projet ainsi que les perspectives futures.

1.1 Contexte et manifestations

Le programme de réadaptation cardiaque du CHUS dessert des services aux patients atteints de maladies cardiovasculaires dans la région de l'Estrie et les régions environnantes depuis près d'une quinzaine d'années. L'approche utilisée par le programme s'inscrit dans une démarche d'éducation et de mise en pratique des recommandations de saines habitudes de vie. Ainsi, des rencontres théoriques sont d'abord offertes aux patients pour leur transmettre des connaissances, les sensibiliser aux facteurs de risque modifiables des maladies cardiovasculaires, les outiller et donner un sens aux démarches du programme de réadaptation cardiaque (intégration d'un mode de vie actif, alimentation saine et équilibrée, prise adéquate de la médication, etc.). Une fois les conférences complétées, les patients sont rencontrés individuellement par différents intervenants afin de recueillir des données sur leur état de santé et leurs habitudes de vie, établir leurs besoins et personnaliser les services offerts. Les patients sont ensuite invités à prendre part à un programme d'entraînement d'une durée de trois mois en milieu hospitalier. Durant le programme en question, ils sont appelés à participer à des séances d'exercices régulières et à rencontrer une nutritionniste sur référence. Les séances d'exercices sont proposées à concurrence de deux fois par semaine, mais les patients ont aussi l'option de se présenter une fois par semaine ou encore seulement pour 4 visites s'ils ont des contraintes importantes (travailleurs actifs, résidents à l'extérieur de Sherbrooke, etc.). Lors du programme d'entraînement, les participants bénéficient d'un suivi étroit quant à leur état de santé, leur condition physique et la prise adéquate de leur médication. Quelques rencontres théoriques sont aussi réalisées sur une base régulière afin de bonifier leurs connaissances. À la suite du programme, des suivis sont réalisés sur une période de deux ans (post 3, 6, 12 et 24 mois) (voir ANNEXE I pour organigramme). C'est alors que les professionnels de la santé constatent souvent un manque d'adhésion aux saines habitudes de vie et une détérioration de la condition de santé des patients. Ils observent notamment une diminution de la pratique d'activité physique ou un retour à des comportements sédentaires, en plus d'une alimentation négligée, d'une prise de médication lacunaire, d'une mauvaise gestion du stress et parfois d'un retour à la consommation d'alcool ou au tabagisme. Malheureusement, il s'ensuit souvent un déconditionnement physique qui mène vers une détérioration des fonctions cardiovasculaires des patients.

1.2 Le problème

Malgré tous les efforts déployés par l'équipe de professionnels de la santé pour inculquer de bonnes habitudes de vie aux patients atteints de maladies cardiovasculaires, une baisse importante de l'adhésion aux recommandations est observée au cours des mois qui suivent leur participation au programme de réadaptation cardiaque conventionnel en milieu hospitalier. Il en résulte une diminution de leur condition physique, une détérioration de leur état de santé et une augmentation du risque de récurrence d'évènement cardiovasculaire. L'équipe de professionnels de la santé se demande comment expliquer le manque d'adhésion aux saines habitudes de vie des patients atteints de maladies cardiovasculaires et comment remédier à ce problème? Autrement dit, la problématique qui se pose est la suivante: Dans un contexte de prévention secondaire de la maladie cardiovasculaire, comment améliorer l'adhésion à long terme des patients aux recommandations en matière de saines habitudes de vie et ainsi diminuer leur risque de récurrence?

2.1 Importance des maladies cardiovasculaires

Selon les plus récentes données de Statistique Canada, on apprend que les maladies du cœur se classent au deuxième rang des causes de mortalité au pays. Plus en détail, en 2008, les maladies cardiovasculaires étaient responsables de 29% de tous les décès au Canada (69 648 individus). Ce n'est pas peu dire, cela signifie qu'à toutes les sept minutes une personne rend l'âme en raison d'une maladie du cœur ou d'un AVC (Statistique Canada, 2011).

Chaque année, le coût des maladies du cœur et des AVC représente pour l'économie canadienne une somme supérieure à 20,9 milliards de dollars en services médicaux, en frais hospitaliers, en perte de salaire et en perte de productivité. Les dernières données de l'Agence de Santé Publique du Canada indiquent qu'en 2005-2006 il y a eu près de 160 323 hospitalisations pour cause de maladie cardiovasculaire ischémique, 60 996 pour crise cardiovasculaire et 54 333 pour insuffisance cardiovasculaire. Cela place les maladies du cœur et les AVC en tête de liste comme principales causes d'hospitalisation au Canada. Plus exactement, elles sont responsables de 17% de toutes les hospitalisations (ASPC, 2009; INPS, 2007). Dans les années à venir, on prévoit que les maladies cardiovasculaires prendront de plus en plus d'ampleur étant donné le nombre grandissant de personnes âgées, population particulièrement touchée par le problème. Au-delà du fardeau économique pour la société, il faut considérer que les incapacités limitant les victimes de maladies cardiovasculaires créent aussi un poids important pour les familles qui doivent les soutenir dans cette épreuve (Fondation des maladies du coeur, 2015).

2.2 Maladies cardiovasculaires et facteurs de risques

Les *maladies cardiovasculaires* regroupent une multitude d'atteintes qui, par définition, touchent le cœur et les vaisseaux sanguins de l'organisme. À titre d'exemple, on peut mentionner la cardiopathie ischémique (athérosclérose, angine de poitrine, infarctus), la maladie cérébrovasculaire (AVC), la maladie vasculaire périphérique, l'insuffisance cardiaque et la cardiopathie congénitale (Agence de la Santé Publique, 2013). Bien que leurs origines soient très nombreuses, on reconnaît des facteurs de risque communs à la plupart de ces maladies. Les facteurs de risque en question sont divisés en deux catégories : non-modifiables et modifiables. Les *facteurs de risque non-modifiables* réfèrent à l'hérédité, l'ethnie, au sexe et à l'âge. Plus

exactement, il faut savoir que la plupart des maladies cardiovasculaires surviennent après l'âge de 50 ans. Chez les hommes, le risque de troubles cardiovasculaires augmente à partir de 40 ans alors que chez les femmes il s'accroît après la ménopause (Framingham HeartStudy, 2015). Quant aux *facteurs de risque modifiables*, il s'agit d'éléments sur lesquels l'individu détient un pouvoir d'action tels que la sédentarité, les mauvaises habitudes alimentaires, le stress, le tabagisme, la consommation abusive d'alcool, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète (Framingham HeartStudy, 2015).

2.3 Solutions pour prévenir les risques d'affections cardiovasculaires

Les plus grandes institutions de cardiologie au Canada n'hésitent pas à mettre de l'avant qu'« adopter de saines habitudes de vie est la meilleure manière de prévenir l'apparition de maladies cardiovasculaires » (ASPC, 2011 ; ICM, 2015). Il va de soi que cette recommandation s'applique également pour diminuer les risques de récurrences chez les personnes ayant déjà vécu un événement cardiaque (Framingham HeartStudy, 2015).

Statistiques intéressantes à cet effet, après l'âge de 55 ans les risques d'AVC doublent tous les 10 ans et un survivant d'AVC a 20 % plus de risques de subir un nouvel AVC au cours des deux années suivantes (Fondation des maladies du cœur, 2015). Autre élément marquant, une personne sur sept subit un événement cardiovasculaire dans l'année qui suit un infarctus (ELIPS, 2010).

Il a été recensé que les facteurs les plus déterminants par rapport aux risques d'affections cardiovasculaires sont : les mauvaises habitudes de vie, la diminution des capacités physiques, la kinésiophobie, la diminution de la participation sociale, l'anxiété et la dépression (Durstine et coll., 2009; Neubeck, L., et al., 2012). Au Canada, neuf personnes sur dix (90%) affichent au moins un facteur de risque modifiable des maladies cardiovasculaires (Fondation des maladies du cœur, 2015).

Les solutions pour prévenir les récurrences d'affections cardiovasculaires sont bien établies par la littérature scientifique. Hormis la possibilité de prendre de la médication afin de contrôler quelques composantes telles que la glycémie, la tension artérielle ou le cholestérol, il s'agit principalement de mener une action ciblée sur les facteurs de risques modifiables des maladies

cardiovasculaires (Dagogo-Jack, S., Egbuonu, N., & Edeoga, C., 2010; Patel, S., & Adams, M., 2008).

Autrement dit, des changements au niveau du mode de vie peuvent avoir un impact significatif sur la diminution du risque de récives et l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies cardiovasculaires (ELIPS, 2010). Plus exactement, les *saines habitudes de vie* correspondent au respect des recommandations quant à la pratique d'activité physique, l'alimentation équilibrée, la gestion du stress, l'abstinence de tabagisme et la consommation d'alcool avec modération (Gouvernement du Québec, 2014).

D'une part, la *pratique régulière d'activité physique* présente plusieurs bénéfices dont celui de réduire le poids, améliorer les taux de lipides sanguins et de cholestérol, la tension artérielle, la glycémie et l'état psychologique. Ainsi, elle permet d'atténuer le risque global de maladies cardiovasculaires (INSPQ, 2008; Warburton, D., Nicol, C., & Bredin, S., 2006). En 2003, seulement 34% des Québécois et Québécoises de 25 ans et plus étaient actifs (INSPQ, 2008). Pour être considéré comme actif, un individu doit réaliser un minimum de 150 minutes d'activité physique de type aérobie d'une intensité modérée ou élevée par semaine, avec des séances d'une durée d'au moins 10 minutes (OMS, 2015; SCPE, 2015). On estime qu'un individu sédentaire qui devient actif peut réduire ses risques d'événement cardiovasculaire de 35% à 55% (Fondation des maladies du cœur, 2015).

D'autre part, une *saine alimentation* est un pilier important dans la lutte contre les maladies cardiovasculaires. Dans le but de réduire le poids, améliorer les taux de lipides sanguins et de cholestérol, diminuer la tension artérielle et contrôler la glycémie, bon nombre d'études démontrent qu'une alimentation riche en légumes et fruits, faible en sodium et en gras est à privilégier (Kondo, K., Lukito, W., & Savige, G., 2001; Sivasankaran, S., 2010).

Enfin, une *gestion adéquate du stress* est de mise. La *cessation tabagique* et la *consommation modérée d'alcool* (maximum d'une consommation par jour) sont également à privilégier (ACPRC, 2014; AHA, 2014).

2.4 Réadaptation cardiaque

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère la *prévention secondaire* comme un ensemble de mesures destinées à interrompre un processus morbide en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et éviter le décès (OMS, 1998). Plus en détail, l'Association canadienne de prévention et de réadaptation cardiovasculaires définit la *réadaptation cardiaque* comme: « L'amélioration et le maintien de la santé cardiovasculaire grâce à des programmes personnalisés conçus pour optimiser l'état physique, psychologique, social, professionnel et affectif. Ce processus comprend la facilitation et la livraison de la prévention secondaire à travers l'identification et la modification du risque cardiovasculaire, dans un effort pour empêcher la progression de la maladie et la récurrence d'événements cardiovasculaires » (ACPRC, 2015).

Cela dit, il peut être pertinent de dresser un portrait des pratiques recommandées dans un programme de réadaptation cardiaque en milieu hospitalier. Selon Menezes et coll. (2013), un accès rapide des patients atteints de maladies cardiovasculaires aux services de réadaptation est primordial afin d'assurer une adhésion aux recommandations. Une équipe multidisciplinaire composée de professionnels spécialisés dont les connaissances sont régulièrement actualisées est également à privilégier (Graham IM, et al., 2011).

En ce qui a trait aux services offerts aux patients, il est recommandé d'inclure des séances éducatives ainsi que des séances pratiques (programme d'exercices) où la mise en pratique des acquis des patients est favorisée. Plus exactement, il est suggéré d'offrir des modules d'enseignement qui sont suffisants en contenu pour apporter de nouvelles connaissances et orientés de manière à assurer des changements comportementaux chez les participants. Des rencontres personnalisées devraient également être réalisées afin d'assurer des interventions adaptées qui répondent aux besoins propres de chaque individu (J. Goble, A. & Worcester, M., 2009). Il ne faut pas oublier l'application des apprentissages par le biais de séances d'exercices. Les séances devraient être dirigées selon des paramètres précis en termes d'intensité, de fréquence et de durée (ACSM, 2010). Elles devraient aussi favoriser l'engagement social et viser l'autonomie des patients atteints de maladies cardiovasculaires (Menezes et coll., 2013). Enfin, des données sur la condition de santé des patients et l'atteinte de leurs objectifs devraient être

répertoriées sur une base régulière (ACSM, 2010). Des suivis devraient aussi être complétés périodiquement afin de réviser les connaissances des patients, faire l'état de leurs démarches de santé et favoriser leur adhésion en ce sens (J Goble, A, Worcester, M., 2009).

L'OMS (2007) indique que la prescription du traitement doit s'accompagner de conseils insistants sur les changements à apporter au mode de vie. On peut ici, souligner le caractère "insistant" des recommandations. Une emphase devrait donc être accordée aux recommandations transmises par les professionnels de la santé afin de faire comprendre l'importance de ces dernières et en favoriser l'adhésion. La terminologie employée en milieu hospitalier peut également être révisée. Alors que les termes "réadaptation" et "post-réadaptation" sont encore courants, l'utilisation du terme "prévention secondaire" proposé par l'OMS (OMS, 1998) permet d'inculquer une vision sous forme de continuum plus réaliste et concret pour les patients. On peut aussi s'attarder aux notions d'éducation thérapeutique, d'entretien motivationnel et d'approche cognitivo-comportementale. Un questionnement mérite d'être soulevé à savoir si malgré les bonnes intentions des professionnels de la santé leurs interventions correspondent réellement à ce genre d'approches (J Goble, A, Worcester, M., 2009). *L'éducation thérapeutique du patient* « s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrent,...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui. L'éducation thérapeutique du patient s'intègre dans un processus continu de soins et de prise en charge » (Schneider, 2013 ; Wikipedia, 2014). Pour sa part, *l'entretien motivationnel* correspond à un entretien collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement (Miller & Rollnick, 2006) et *l'approche cognitivo-comportementale* consiste, quant à elle, en une approche centrée sur la modification de pensées et de comportements problématiques par le biais d'apprentissages et d'intégration de comportements sains (Child, A. et al, 2010 ; IUSMM, 2015).

Finalement, il est suggéré de réaliser régulièrement des évaluations de la satisfaction des services reçus auprès des patients. Ceux-ci peuvent proposer des pistes d'améliorations importantes à considérer par l'équipe de professionnels (K Pai et coll., 2012).

2.5 Adhésion thérapeutique

2.5.1 Définition de l'adhésion thérapeutique

L'adhésion thérapeutique est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « l'adéquation entre le comportement d'une personne (prise de médicaments ou adoption d'un régime alimentaire et/ou d'habitudes de vie) et les recommandations sur lesquelles elle s'est entendue avec un professionnel de la santé » (WHO, 2003)

2.5.2 Importance du phénomène de manque d'adhésion thérapeutique chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires

Le taux d'adhésion thérapeutique chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires est variable dans les différentes études répertoriées. Il dépend en effet de plusieurs facteurs variant considérablement d'une étude à l'autre. À titre d'exemple, on peut penser à l'échantillon et aux caractéristiques de ce dernier, les caractéristiques des différents programmes de réadaptation (durée, intervenants, activités, paramètres des activités, ...) ou encore à la période d'évaluation de l'adhésion à long terme (3, 6 ou 12 mois). Ainsi, on ne peut pas généraliser de manière quantitative et proposer une moyenne sur le taux d'adhésion. Par contre, de manière qualitative, on peut affirmer qu'à long terme l'adhésion est qualifiée de faible ou pauvre par l'ensemble des auteurs consultés sur le sujet.

Au Canada, selon Grace (2014), la situation est la suivante: « Malheureusement, les données nationales sur les références et l'adhésion en réadaptation cardiaque ne sont pas disponibles ». L'adhésion chez les patients en réadaptation cardiaque nécessiterait donc d'être davantage investiguée au pays puisqu'on constate un manque de données sur le sujet.

Par ailleurs, au plus bas, les auteurs consultés parlent d'un taux d'adhésion de 28%. Les chercheurs Martin et Woods (2012) résument la situation comme suit: « Pour les participants en Phase III de réadaptation cardiovasculaire, les évidences suggèrent que le niveau d'activité physique diminue graduellement après avoir complété le programme, avec aussi peu que 28% de maintien du niveau recommandé d'activité physique après 12 mois.»

Dans une autre étude pour l'American Heart Association, Turk-Adawi et al. (2013) mentionnent pour leur part que : « Malgré les bienfaits documentés de la réadaptation cardiovasculaire, l'adhésion aux programmes est sous-optimale avec un taux moyen d'abandon entre 24% et 50%. »

Une revue Cochrane de Karmali et al.(2014), constate quant à elle : « (...) parmi les patients référés en réadaptation cardiovasculaire, peu complètent le programme et moins de 50% maintiennent leurs habitudes d'activités physiques 6 mois après avoir complété le programme ».

À la lumière de ces données, on peut donc affirmer que seulement une minorité de patients atteints de maladies cardiovasculaires maintiendraient leur adhésion à long terme aux recommandations en matière de saines habitudes de vie.

2.6 Hypothèses sur les causes du problème

Différentes hypothèses issues de raisonnements professionnels peuvent être émises pour expliquer le problème. D'une part, nous pouvons nous interroger sur les interventions offertes pendant le programme de réadaptation cardiaque en milieu hospitalier. Afin d'optimiser la portée de celui-ci, il y a lieu de valider s'il respecte les lignes directrices établies dans le domaine et s'il permet réellement de rendre les patients autonomes au terme des 3 mois du programme.

D'autre part, on peut mentionner qu'une fois à domicile, les patients sont autonomes et qu'ils ne bénéficient plus d'autant d'encadrement. Ils peuvent alors manquer de discipline et de motivation ou encore vivre de l'insécurité. Ils peuvent aussi rencontrer des contraintes d'ordre environnemental, matériel et financier ou encore manquer de soutien social.

2.7 Solutions pour remédier au manque d'adhésion des patients

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les facilitateurs et les barrières à l'adhésion d'un programme de réadaptation cardiovasculaire. La littérature sur le sujet est assez abondante et, en toute logique, on peut supposer que parmi les solutions pour améliorer l'adhésion des patients l'augmentation des facilitateurs et la diminution des obstacles sont une voie intéressante. De part et d'autre, on peut regrouper les informations notamment selon les facteurs personnels des patients, les facteurs organisationnels et les facteurs liés aux interventions professionnelles. Voici quelques exemples de manière très sommaire.

Sur le plan personnel, on note entre autres le sentiment d'efficacité, la motivation intrinsèque, le soutien de l'entourage, le revenu personnel et l'éducation (Coutu et al., 2004 ; Dunlay et al. 2009; Rogerson et al., 2012).

Du côté organisationnel, le lieu géographique, l'accès à des places de stationnement, les coûts associés, l'horaire établi et les ressources matérielles (l'utilisation d'équipement et d'un espace adéquat) peuvent être nommés (J Goble, A, Worcester, M., 2009; Turk-Adawi et al., 2013).

Puis, sur le plan des interventions professionnelles, on peut penser à des éléments tels que les caractéristiques des activités offertes (type d'activités, paramètres, en groupe et/ou individuel), l'approche des intervenants (services personnalisés, enseignements, encouragements, rétroactions), les suivis, le rappel des patients lors d'absences, la tenue d'enquête de satisfaction, etc. (Karmali et al., 2014; Mildestvedt, 2008; Turk-Adawi et al., 2013)

Cette section fera l'objet d'une analyse plus détaillée et approfondie dans l'*Analyse des résultats* du présent document (*Section 5.1 Activités optimales à offrir pour favoriser l'adhésion des patients atteints de maladies cardiovasculaires*).

3.1 Objectif général

L'objectif principal du présent projet d'innovation s'énonce comme suit : proposer des améliorations au programme de réadaptation cardiaque du CHUS afin de favoriser l'adhésion à long terme des patients atteints de maladies cardiovasculaires aux recommandations en matière de saines habitudes de vie.

3.2 Objectifs spécifiques

De manière plus détaillée, les objectifs spécifiques pour atteindre ce but sont les suivants:

1. Déterminer les facteurs influençant l'adhésion à long terme des patients atteints de maladies cardiovasculaires aux saines habitudes de vie (revue de la littérature scientifique)
2. Décrire les activités offertes actuellement aux patients du programme de réadaptation cardiaque du CHUS (recueil des pratiques du milieu)
3. Analyser l'écart entre les pratiques optimales (littérature scientifique) et les pratiques actuelles (réadaptation cardiaque du CHUS)
4. Valider et prioriser les meilleures pratiques du point de vue des patients ayant participé au programme de réadaptation cardiaque du CHUS
5. Élaborer des pistes d'améliorations réalistes du point de vue des principaux utilisateurs (patients, professionnels)

4.1 Première étape : Recension de la littérature sur les facteurs influençant l'adhésion à long terme des patients atteints de maladies cardiovasculaires selon la littérature scientifique

4.1.1 Stratégie de recherche de la littérature

Dans le but d'identifier les facteurs influençant l'adhésion aux saines habitudes de vie des patients atteints de maladies cardiovasculaires dans la littérature scientifique, les banques de données électroniques suivantes ont été consultées: Medline, SportDiscuss, PubMed, CINAHL, Cochrane Library ainsi que Google Scholar. Les recherches ont également été complétées en passant en revue la liste des références de certains articles sélectionnés. La consultation des banques de données a été réalisée en septembre 2014 avec des mises à jour jusqu'en avril 2015.

Les banques de données ont été interrogées à l'aide de différentes équations de recherches intégrant les mots-clés suivants: cardiac rehabilitation, coronary disease, adherence, attendance, compliance, commitment, healthy lifestyle, guidelines, barriers, needs, patients, adults, réadaptation cardiaque, maladies cardiovasculaires, adhésion, saines habitudes de vie, lignes directrices, recommandations, prévention, santé, pratiques, besoins, obstacles, patients, adultes.

4.1.2 Sélection de la littérature

Parmi les critères d'inclusion, mentionnons que les recherches ont été limitées aux articles scientifiques de langue anglaise ou française uniquement. Les articles professionnels n'ont pas été considérés puisqu'ils n'étaient pas basés sur des données probantes. La littérature sélectionnée a plutôt été constituée d'articles de synthèse (méta-analyses), d'articles de recherches (revues systématiques, revues de la littérature), de rapports de recherche et de lignes directrices (guidelines). La date de parution des articles retenus a été restreinte aux années 2004 à 2015. La population ciblée a été la population adulte atteinte de maladies cardiovasculaires et dans un contexte de réadaptation cardiaque en pays occidental (préféablement en Amérique du Nord). Tous les résultats concernant d'autres populations, types de pathologies ou interventions ont été jugés non spécifiques et exclus. Un regard a également été jeté sur la qualité méthodologique des

articles afin de sélectionner ceux dont la rigueur des démarches et le niveau d'évidences scientifiques étaient jugés satisfaisants.

Au total, 59 articles ont été répertoriés parmi l'ensemble des bases de données consultées. La sélection s'est ensuite faite à partir du titre et du résumé des articles ainsi que leur disponibilité en version complète et gratuite. Ensuite, une lecture plus approfondie des articles a minutieusement été réalisée. Au final, 40 ouvrages scientifiques ont été conservés pour des fins d'analyse.

4.1.3 Méthode d'analyse des données probantes

Dans un premier temps, les articles sélectionnés ont bénéficié de lectures attentives avec annotations. Les données pertinentes ont ensuite été extraites pour compléter un *journal thématique*. Puis, à partir du journal thématique, un *relevé de thèmes* exhaustif a été dressé (voir ANNEXE II et III). Les thématiques du relevé de thèmes ont par la suite été regroupées de manière à obtenir une liste plus succincte (par exemple : notion de plaisir, musique, jeux = activités ludiques). Ces dernières ont finalement été classées selon des *axes thématiques* (dimension organisationnelle, dimension de l'intervention et dimension personnelle) afin de structurer les informations et simplifier le traitement des données. L'ensemble de ce processus a été réalisé en suivant les recommandations des auteurs *Paillé et Mucchielli (2010)* dans leur écrit sur « L'analyse thématique » de manière à mener un travail rigoureux, efficace et faciliter les analyses subséquentes.

Dans un deuxième temps, les thèmes retenus ont été intégrés dans un tableau Excel (voir ANNEXE IV). Tous les articles sélectionnés ont alors été revus pour déterminer et quantifier la présence des différents thèmes à travers l'ensemble de la littérature scientifique (cotation utilisée : Présence du thème= 1, Absence du thème= 0).

4.2 Deuxième étape : Description des activités offertes actuellement aux patients du programme de réadaptation cardiaque du CHUS

4.2.1 Collecte des données du milieu

Des informations ont été recueillies à travers différents documents dans le but de décrire les pratiques à l'intérieur du programme de réadaptation cardiaque du CHUS. Plus exactement, mentionnons le *Cadre théorique* et la *Trajectoire de soins* appliqués dans le département (Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, CHUS et CSSS de l'Estrie. 2011; CHUS et CSSS de l'Estrie. 2010) ainsi que le *Cartable de référence des activités du programme de réadaptation cardiaque du CHUS* (Programme de réadaptation cardiaque du CHUS. 2014). Précisons que le cartable de référence est un recueil d'informations complet expliquant le déroulement des modules d'enseignement (PIC), des séances d'entraînement, des évaluations, du « counseling » initial et des suivis post-programme de même que les services offerts par les différents professionnels de la santé. Des observations professionnelles ont également été ajoutées dans les journaux thématiques afin de bonifier la recension des pratiques présentées dans les écrits. Certains éléments de pratique pouvaient effectivement être présents lors des interventions sans nécessairement être répertoriés dans la documentation (ex : encouragements, ajustements des exercices, ...).

4.2.2 Traitement des données du milieu

Des *grilles d'extraction* et des *relevés de thèmes* ont été réalisés pour chacun des ouvrages préalablement énoncés. Autrement dit, les pratiques à l'intérieur du programme de réadaptation cardiaque du CHUS ont d'abord été documentées et les thèmes qui influencent l'adhésion à long terme des patients aux saines habitudes de vie ont ensuite été synthétisés dans des relevés (voir ANNEXE VI). Afin d'assurer la rigueur des démarches, les analyses issues de documents théoriques ont été révisées par les professionnels de la santé de l'équipe de réadaptation cardiaque du CHUS. Cela a permis de confirmer l'exactitude des informations recueillies et leur application clinique.

4.3 Troisième étape : Analyser l'écart entre les pratiques optimales (littérature scientifique) et les pratiques actuelles du milieu (réadaptation cardiaque du CHUS)

4.3.1 Méthode d'analyse de l'écart entre les pratiques

Pour faire suite aux Étapes I et II, les données de l'analyse des pratiques issues de la littérature scientifique et les données de l'analyse des pratiques actuelles du milieu ont été mises en comparaison dans un tableau Excel de manière à former une *matrice*. Comme l'indiquent les auteurs *Miles et Huberman*, la conception d'une matrice est une tâche systématique qui permet d'organiser les données, d'assurer un traitement fonctionnel de ces dernières et d'améliorer la compréhension de leur contenu, en plus de résoudre des problèmes et d'émettre des suggestions prometteuses pour les démarches à venir. Dans la présente analyse, une *matrice* de type *regroupement conceptuel* a été élaborée (Miles et Huberman, 2003; p. 232, 428-434).

Alors que les concepts provenant de la littérature scientifique ont été intégrés dans des colonnes, les activités et interventions du milieu (R.C. CHUS) ont été intégrées sur des lignes. Afin de faciliter le traitement des données, les activités et interventions issues de la réadaptation cardiaque du CHUS ont été classées selon différentes sections (cadre théorique, pré-entraînement, per-entraînement et post-entraînement). Le volet cadre théorique regroupe les données issues du cadre de référence et de la trajectoire de soins du milieu. Le volet pré-entraînement englobe, quant à lui, les données reliées à la prise en charge, les modules d'enseignement et les rencontres initiales. Puis, le volet per-entraînement comporte les données associées aux séances pratiques, aux rencontres théoriques et aux évaluations. Enfin, le volet post-entraînement regroupe les suivis post 3, 6, 12, 24 mois. Les données ainsi réparties, il a été possible d'analyser l'écart entre les différentes pratiques (Litt. scientifique vs. R.C. CHUS) (voir ANNEXE VII).

4.3.2 Traitement des données de l'analyse de l'écart entre les pratiques

Une cotation a été établie pour mettre en évidence si les éléments suggérés dans la littérature scientifique sont présents (2), partiellement présents (1), absents (0) ou jugés non applicables (n/a) à l'intérieur du programme de réadaptation cardiaque du CHUS. Les éléments présents sont des facteurs qui se retrouvent à la fois dans la littérature et dans le milieu (R.C. CHUS). Pour leur part, les facteurs *partiellement présents (1)* sont présents dans le milieu (R.C. CHUS) mais les

informations recueillies ne correspondent pas parfaitement aux définitions de la littérature et/ou la suffisance des facteurs demande à être validée par les usagers (patients de la réadaptation cardiaque du CHUS). Les éléments *absents (0)* sont des facteurs répertoriés dans la littérature qui ne se retrouvent pas dans les pratiques du milieu. Enfin, les facteurs *non applicables (n/a)* ne s'appliquent pas dans le contexte analysé (par exemple, lors de la prise en charge il n'est pas encore question de programme de maintien ou d'évaluation de la satisfaction). Tout compte fait, l'ensemble de ces démarches a permis de déterminer à quel niveau se situent les améliorations possibles au programme de réadaptation cardiaque du CHUS en lien avec la littérature scientifique.

4.4 Quatrième étape : Validation et priorisation des meilleures pratiques du point de vue des patients ayant participé au programme de réadaptation cardiaque du CHUS

4.4.1 Méthode de collecte de données

Connaissant les pratiques pouvant être améliorées dans le programme de réadaptation cardiaque du CHUS, une dernière étape a consisté à réaliser une collecte de données afin de valider et de prioriser les meilleures pratiques du point de vue des patients ayant déjà participé au programme. Puisque l'état des connaissances sur la problématique est bien établi et qu'il était avantageux d'accéder à l'opinion d'une grande étendue de participants, la méthode la plus adéquate pour recueillir les données est apparue comme étant le questionnaire. Un modèle de questionnaire a donc été élaboré à partir des résultats obtenus dans l'analyse de l'écart entre les pratiques (Étape III). Soulignons que le questionnaire a été développé en respectant des principes généraux de formulation de question : questions non biaisées et basées sur les données probantes, langage clair et concis, questions unidimensionnelles et significatives pour les répondants, ordre des questions du plus général au plus spécifique, niveau de connaissances du plus facile au plus difficile, questions personnelles vers la fin (Maheu, 1999 et Lalonde, 1991). Une fois le questionnaire mis au point, ce dernier a été pré-testé auprès de trois patients et trois professionnels de l'équipe de réadaptation cardiaque du CHUS. Il a ainsi été possible de recevoir les commentaires des répondants et d'apporter des corrections au document. Le pré-test a également permis de valider la compréhension du contenu du questionnaire et ainsi d'assurer la

qualité de la collecte de données. Les modifications ont été apportées et le questionnaire a finalement été distribué auprès des patients. Plus en détails, la version finale du questionnaire est composée d'un paragraphe de mise en contexte, de 25 questions fermées à choix hiérarchiques (échelle de 1 à 5), d'une question à valeur quantitative (min d'AP/sem), d'une question d'autorisation pour l'accès aux données des dossiers patients et d'une section ouverte pour les commentaires (voir ANNEXE IX).

4.4.2 Collecte de données

La collecte de données s'est déroulée au département de réadaptation cardiaque du CHUS Hôtel-Dieu de Sherbrooke. Plus exactement, un questionnaire auto-administré a été remis à des patients alors qu'ils patientaient pour une consultation de suivi post-programme dans la salle d'attente de la réadaptation cardiaque. Les répondants ont été sélectionnés sur la base du critère qu'ils avaient participé au programme de réadaptation cardiaque du CHUS et que leur état actuel de suivi post-programme était de post- 3, 6, 12 ou 24 mois. Un total de 32 patients issus d'un échantillon de convenance a ainsi répondu au questionnaire pendant les mois d'avril, mai et juin 2015.

4.4.3 Méthode d'analyse des données

Une fois la collecte de données terminée, les réponses des questionnaires ont été compilées dans un tableau Excel. En se basant sur l'échelle de 1 à 5 utilisée dans le questionnaire (*1-pas du tout favorable à 5-extrêmement favorable* ou *1-pas du tout présent à 5-extrêmement présent*), il a été possible de valider la pertinence de certains facteurs d'adhésion et de prioriser ceux que les patients jugent les plus favorables à leur adhésion à long terme aux recommandations en matière de saines habitudes de vie dans le cadre du programme de réadaptation cardiaque du CHUS.

CHAPITRE 5: RÉSULTATS

5.1 Facteurs influençant l'adhésion aux saines habitudes de vie des patients atteints de maladies cardiovasculaires selon la littérature scientifique

Suite à une revue de la littérature scientifique, 40 articles ont été sélectionnés et un journal thématique a été réalisé (voir Annexe II). L'extraction des données a mené à l'identification d'un total de 48 thèmes représentant des facteurs influençant l'adhésion aux saines habitudes de vie chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires. Ces thèmes ont ensuite été regroupés selon 3 axes thématiques principaux, soit : la dimension organisationnelle, la dimension de l'intervention et la dimension personnelle (voir Annexe III & IV).

5.1.1 Dimension organisationnelle

La dimension organisationnelle regroupe les éléments se rattachant à la structure du programme. Plus précisément, elle comprend la prise en charge rapide et efficace pour la participation au programme, l'horaire des activités, l'accessibilité du lieu offrant les activités du programme (ex : distance, transport, stationnement), les ressources matérielles offertes (équipement), les coûts associés à la participation au programme (ex : transport, stationnement, tenue sportive, etc), l'accès à une équipe interdisciplinaire complète et l'accès à un programme de maintien dans la communauté ou à domicile.

Certains thèmes se distinguent davantage dans la littérature scientifique (voir Graphique V) dont la prise en charge rapide et efficace pour la participation au programme (17/40 articles), l'horaire des activités du programme (17/40 articles), l'accessibilité du lieu offrant les activités du programme (19/40 articles) et les coûts associés à la participation au programme (18/40 articles).

Concernant la prise en charge rapide et efficace des patients pour leur participation au programme, plusieurs auteurs font le constat d'une sous-utilisation des services de réadaptation cardiaque par manque de référence médicale (voir Annexe V, Élément #1 du tableau). Malgré les nombreux bienfaits potentiels clairement établis scientifiquement, Menezes et al. (2015) et Russel et al. (2011) estiment que moins de 30% des patients éligibles sont référés. Grace et al. (2014) affirment quant à eux que le manque de référence médicale est une des barrières principales à la

participation aux programmes de réadaptation cardiaque. Dans une enquête auprès de médecins canadiens, les raisons prédominantes expliquant le manque de référence incluaient notamment : le manque de connaissance sur le lieu du programme de réadaptation, le manque de standardisation du mode de référence, les inconvénients associés à la réalisation de la référence par le médecin, la perception de la faible qualité du programme, le manque de suivi, le manque de communication, la perception du manque de motivation du patient. Par ailleurs, une revue Cochrane de Karmali et al. (2014) cite les résultats des auteurs Pack et al. (2013) qui ont démontré qu'une prise en charge hâtive dans les 10 jours post-hospitalisation est plus efficace pour la participation et l'adhésion des patients à un programme de réadaptation cardiaque que les délais généralement observés de plus ou moins 35 jours. D'autres auteurs tels que Russel et al. (2011) se questionnent également sur ces longs délais d'attente et précisent que les programmes de réadaptation cardiaque au Canada sont surchargés avec des listes d'attentes s'étendant souvent de plusieurs semaines à plusieurs mois. Finalement, Neubeck et al. (2012) soulignent l'importance de la communication avec le patient mais aussi à l'intérieur de l'équipe de soins du programme de réadaptation cardiaque pour favoriser une prise en charge rapide et efficace. Toujours en ce sens, Jackson et al. (2005) identifient le rôle des professionnels de la santé comme des intervenants pivots essentiels pour une prise en charge qui se devrait être agressive.

Dans un autre ordre d'idées, Beswick et al. (2005) indiquent que la flexibilité de l'horaire des interventions est un facteur influençant de manière importante la participation et l'adhésion à un programme de réadaptation cardiaque. La suppression des restrictions de temps apparaît effectivement comme un élément favorable pour augmenter la participation à court et long terme. Ces auteurs offrent des pistes de solutions et suggèrent par exemple la tenue de séances avant les heures de travail et en soirée. De nombreux autres auteurs appuient également cette idée en mentionnant que les conflits d'horaire sont des obstacles significatifs (voir Annexe V, Élément #2 du tableau).

Par ailleurs, selon Jones et al. (2007) et Menezes et al. (2015), l'accessibilité du lieu offrant les activités est un autre facteur non-négligeable (voir Annexe V, Élément #3 du tableau). Certaines difficultés autant en transport en commun qu'en voiture peuvent en effet être limitantes. La trop grande distance à parcourir, le trafic routier, le manque de stationnement, l'incapacité de

conduire, la dépendance à autrui pour assurer ses déplacements ou encore les horaires d'autobus irréguliers en sont des exemples.

En terminant, les coûts associés à la participation au programme sont jugés défavorables à l'adhésion dans un grand nombre d'études (voir Annexe V, Élément #5 du tableau). Les coûts directs inhérents à la participation au programme, la perte de revenu chez les travailleurs et le manque de couverture par les assurances ont été identifiés comme des causes de non-participation et d'abandon par Kerins et al., (2011) ainsi que Menezes et al. (2015). À la recherche de solutions pour surmonter cette barrière financière, Fleg et al. (2013) proposent que des options à coût réduit tel qu'un programme à domicile ou en centre communautaire devraient être fortement considérées. D'autres auteurs parlent même de téléadaptation (Grace et al., 2014).

5.1.2 Dimension de l'intervention

La dimension de l'intervention prend en considération le contenu et l'aspect relationnel de l'ensemble des interventions offertes par l'équipe de soins du programme de réadaptation cardiaque.

Les thèmes qui y sont associés sont nombreux. Plus en détails, en voici l'énumération complète : l'évaluation adéquate des besoins de chaque patient, la fixation d'objectifs individualisés, l'adaptation des interventions pour offrir un service personnalisé, la stratification des patients à risque de non-adhésion, un plan d'action en cas de rechute, les entretiens motivationnels, l'éducation thérapeutique, le développement suffisant des connaissances des patients, le fait de favoriser l'autonomie et le sentiment de compétence des patients, la création d'une alliance thérapeutique/un lien de confiance avec les patients, donner suffisamment d'encouragements et de rétroactions, les suivis des habitudes de vie per- et post- programme (téléphoniques et autres), l'éducation et le soutien des proches, la solidarité et complicité intragroupe, les paramètres optimaux d'entraînement (durée, fréquence, intensité, type d'exercices et variété), le sentiment de sécurité, les activités ludiques (notion de plaisir), les outils d'auto-monitoring des habitudes de vie à domicile (ex : podomètre), la mesure de l'adhésion thérapeutique des patients (prise de présence aux séances, médication), un système de récompense pour l'adhésion des patients, l'évaluation régulière de la satisfaction des patients

Parmi les thèmes témoignant d'une présence plus importante dans la littérature scientifique (voir Graphique V), on retrouve : l'évaluation adéquate des besoins de chaque patient (19/40 articles), l'adaptation des interventions et le service personnalisé (22/40 articles), les entretiens motivationnels (16/40 articles) et le développement suffisant des connaissances des patients (23/40 articles).

L'évaluation adéquate des besoins de chaque patient ressort fréquemment dans la littérature scientifique (voir Annexe V, Élément #8 du tableau). L'*American Heart Association Exercise, le Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee*, le *Council on Clinical Cardiology* ainsi que l'*American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation* recommandent l'évaluation des besoins de chaque patient lors d'une rencontre initiale puis lors de suivis afin de s'assurer de satisfaire les attentes de ces derniers (Balady et al., 2007). Selon Vergès et al. (2010) les patients admis en réadaptation cardiaque devraient bénéficier d'un programme individualisé et, en ce sens, la consultation initiale est fondamentale car elle précise l'histoire de la maladie, les facteurs de risque, les facteurs pronostiques (permettant une stratification du risque du patient), l'existence de comorbidités, la motivation initiale, le retentissement psychologique de l'accident aigu, le traitement en cours, le poste de travail (si le patient est encore en activité professionnelle) ». Santaularia, N. et Jaarsma, T. (2013) mentionnent pour leur part que l'identification d'objectifs d'entraînement avec le patient et la traduction de ces derniers en un plan spécifique (où, quand et comment leur réalisation prendra place) permet de surmonter efficacement certaines barrières à l'adhésion.

Par ailleurs, l'adaptation des interventions pour offrir un service personnalisé est également énoncée dans bon nombre d'études (voir Annexe V, Élément #10 du tableau). Beswick et al. (2005) et Braverman, D.L. (2011) discutent tous deux les différences présentes chez certains groupes d'individus (femmes, aînés, minorités raciales et ethniques) et l'importance d'offrir à ces derniers des programmes adaptés pour assurer leur participation et adhésion à la réadaptation cardiaque. Ainsi, les femmes exprimeraient davantage des besoins de soutien social, d'encouragement, de choix d'activités convenant à leurs capacités physiques ou encore d'activités entre femmes exclusivement (Beswick et al., 2005; Jackson et al., 2005). Pour les aînés, il faudrait tenir compte d'une intensité d'entraînement et d'une progression plus lente ainsi

que de consignes simples et plus concises. Les individus d'origines ethniques minoritaires peuvent quant à eux parfois présenter des besoins de traduction et des contraintes particulières qu'il faut considérer (Beswick et al., 2005). Ceci dit, de manière générale Kerins et al. (2011) rapportent deux autres éléments pouvant mener à l'abandon des activités de réadaptation cardiaque. Ils discutent l'insatisfaction de certains patients en lien avec une prescription d'entraînement jugée trop facile ou difficile de même que le manque de stimulation individuelle au sein d'un groupe présentant des besoins hétérogènes. Ce dernier constat met en lumière les difficultés parfois rencontrées pour l'adaptation individuelle des interventions lors de la gestion de séances en groupe.

En ce qui a trait à l'entretien motivationnel (voir Annexe V, Élément #13 du tableau), différents auteurs signalent l'intérêt de cet outil. White et al. (2013) constatent que ce dernier est efficace pour réduire les comportements néfastes et promouvoir les changements positifs en matière de comportements de santé. Satge et al. (2013) définissent que l'objectif principal de l'entretien motivationnel est de : « faire ressortir l'ambivalence qui se traduit par un conflit intérieur entre les tendances d'un individu à vouloir changer et celles qui s'y opposent. Avec cet outil, on propose au patient de mettre en balance les inconvénients de la situation actuelle avec ses avantages ». Labrunée et al. (2012) expriment plutôt que : « (...) les professionnels doivent développer des stratégies motivationnelles pour interagir avec leur patient afin que ce dernier passe d'une situation contemplative à une attitude active ayant pour objectif de changer ses habitudes de vie ». La revue Cochrane de Karmali et al. (2014) énonce quant à elle différentes stratégies concrètes de l'ordre de l'entretien motivationnel pour tenter d'augmenter l'adhésion des patients en réadaptation cardiaque. On peut entre autres nommer : les suivis téléphoniques, les lettres motivationnelles, les visites à domicile ou encore les entretiens individuels ou en groupe.

Concernant le développement suffisant des connaissances des patients, un grand nombre d'études reconnaissent l'efficacité des programmes éducatifs dans le changement des habitudes de vie des patients cardiaques (voir Annexe V, Élément #15 du tableau). Par exemple, Coutu et al. (2004) attestent qu'une représentation adéquate de la maladie est associée à l'adoption de comportements sains. Pour D'Ivernois et al. (2004) : « (...) la compréhension de soi, de son corps

et du rapport aux autres, l'acquisition d'un minimum de culture en santé constituent une base à des constructions ultérieures quand la maladie chronique apparaît ». Fait intéressant, une majorité importante de plus de 90% des programmes de réadaptation cardiaque au Canada intègrent des séances éducatives à leur programme de réadaptation cardiaque selon Grace et al. (2014).

5.1.3 Dimension personnelle

La dimension personnelle s'intéresse quant à elle aux caractéristiques propres aux patients que ce soit l'âge, le sexe, l'ethnie et la langue maternelle, le type de maladie cardiovasculaire et sévérité, les comorbidités, les facteurs comportementaux/traits de personnalité, la santé psychologique (gestion de la dépression et anxiété), l'IMC, le revenu, le niveau d'éducation, le niveau de connaissances des patients par rapport à leur maladie et leur pouvoir d'action, l'état civil, le soutien familial et social, la conciliation de l'horaire (travail et autre), les antécédents de pratique d'exercice, le tabagisme, la motivation intrinsèque/intérêt, le stade de changement de Prochaska et l'auto-efficacité.

Les thèmes suivants apparaissent de manière plus marquée dans la littérature : la santé psychologique (19/40 articles), le niveau de connaissances des patients par rapport à leur maladie et leur pouvoir d'action (18/40 articles), le soutien familial et social (20/40 articles), la motivation intrinsèque/intérêt (21/40 articles) et l'auto-efficacité (24/40 articles).

Un grand nombre d'auteurs établissent une corrélation entre la santé psychologique des patients et l'adhésion à un programme de réadaptation cardiaque (voir Annexe V, Élément #36 du tableau). À titre d'exemple, selon Braverman, D. L. (2011) les patients atteints de dépression sont 5 fois plus à risque de décrochage lors d'un programme de réadaptation cardiaque. Il faut aussi savoir que 20 à 45% des patients développent une dépression suite à un infarctus du myocarde. Ainsi, toujours selon le même auteur, la tenue d'évaluations de routine pour identifier des situations de dépression, anxiété, colère, abus de substance, détresse ou isolement sociale est recommandée. Rappelons que des données recueillies par Grace et al. (2014) indiquent que seulement 70% des programmes de réadaptation cardiaque canadiens évaluent les facteurs psychologiques comme la présence de dépression.

D'autre part, Scotto et al. (2011) observent que les patients avec un faible niveau de connaissances sur les comportements de santé (exercice, diète, importance de l'observance de la médication) adhèrent moins aux recommandations en matière de saines habitudes de vie. Martin, A.M. et Woods, C.B (2012) font un constat semblable soulignant que le manque de compréhension des patients concernant leur maladie, les bienfaits et l'importance de la réadaptation cardiaque réduit le succès de cette dernière. (voir Annexe V, Élément #40 du tableau).

Ceci dit, le soutien familial et social des professionnels de la santé, des amis, des autres participants et des employés du programme a été démontré comme influençant positivement la participation et l'adhésion à un programme de réadaptation cardiaque (Martin, A.M. et Woods, C.B., 2012). Les auteurs Lausten et al. (2013) estiment même que les patients avec un faible soutien social devraient être mis en évidence lors de la prise en charge. Ils s'appuient sur une méta-analyse dont l'une des conclusions est que les célibataires présentent deux fois plus de risque d'abandon que les personnes en couple. L'explication de Satge et al. (2013) sur l'influence du soutien familial et social est aussi intéressante : « En matière d'activité physique, le fait d'avoir un entourage qui motive ou accompagne sera un levier intéressant ; au contraire, l'environnement pourra être un frein si la pratique d'exercice physique est contraire aux coutumes par exemple, ou si l'environnement apparaît surprotecteur et craintif face à l'activité physique ». Comme l'expliquent Coutu et al. (2004), c'est que la réalité de chacun se construit et se modifie à travers les interactions qu'il a avec son environnement. (voir Annexe V, Élément #42 du tableau).

Par ailleurs, selon Mildestvedt et al. (2008) la motivation du patient est le facteur le plus important pour assurer le succès de celui-ci dans le cadre d'un programme de réadaptation cardiaque. À ce sujet, Satge et al. (2013) rajoutent que la motivation à pratiquer une activité physique varie au cours du temps d'où l'importance de procéder à une réévaluation éducative sur une base régulière. Finalement, le American College of Sports Medicine (2010) offre plusieurs recommandations pratiques pour maintenir la motivation des patients à l'entraînement incluant: l'apprentissage des « pourquoi » et « comment » de l'exercice, la diminution des risques de blessures par un programme adapté, le soutien social, l'intégration d'activités ludiques,

l'évaluation périodique de la condition physique pour suivre les progrès individuels, la prise en note des accomplissements personnels, établir un horaire d'exercice et le fait d'écouter de la musique.

En dernier lieu, l'*Association Canadienne de Réadaptation Cardiaque* reconnaît dans ses recommandations l'importance de la capacité d'auto-gestion pour favoriser l'adhésion des patients aux programmes d'exercices en réadaptation cardiaque (Flora, P.K. et Brawley, L.R., 2013). Labrunée et al. (2012) définissent le concept d'auto-soins (synonyme d'auto-gestion) comme : « la capacité de l'individu à gérer sa maladie ». Ils appuient également l'idée qu'il s'agit d'un des facteurs prédictifs d'une bonne adhésion au traitement médical et aux changements de mode de vie nécessaires pour les patients souffrant de pathologies cardiovasculaires. Pour sa part, Sweet et al. (2014) présentent un autre concept, celui de l'auto-efficacité, comme un autre prédicateur important de l'adhésion aux changements de comportements en matière de saines habitudes de vie lors de la période post-réadaptation. Rappelons brièvement en quoi consiste l'auto-efficacité. Toujours selon les mêmes auteurs, il s'agit de: « la confiance de l'individu en ses capacités à réaliser une tâche ». Lécailler et al. (2004) abondent en ce sens et expliquent l'importance de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle comme suit: « le crédit que s'accorde le patient quant à ses possibilités de mettre en oeuvre et de réussir le changement est un facteur prédictif positif de la survenue de ce changement ».

5.2 Activités offertes actuellement aux patients du programme de réadaptation cardiaque du CHUS

Le programme de réadaptation cardiaque du CHUS comporte de nombreuses activités. Un ensemble de neuf analyses ont été réalisées afin de détailler les facteurs influençant l'adhésion aux saines habitudes de vie à l'intérieur de celles-ci (ANNEXE VI). D'une part, les analyses de documents théoriques, soit le cadre de référence et la trajectoire de soins du département, ont été complétées. D'autre part, des analyses ont été menées pour chacune des activités suivantes : la prise en charge, les modules d'enseignement, le counseling initial, les séances d'entraînement, les

rencontres théoriques per-entraînement, les évaluations de la condition physique et les suivis post 3, 6, 12 et 24 mois.

Des thèmes variés ont été soulevés dans chacune des analyses mentionnées. En regard à l'ensemble du travail effectué, les thématiques répertoriées plus fréquemment semblent être le développement des connaissances des patients, la stratification des patients à risque de non-adhésion, l'adaptation des interventions, les paramètres d'entraînement, les encouragements, la sécurité, le plaisir, la mesure de l'adhésion thérapeutique, les suivis post programme et l'évaluation de la satisfaction des patients.

5.3 Écart entre les pratiques du milieu et les facteurs influençant l'adhésion issus de la littérature scientifique

L'analyse de l'écart entre les pratiques du milieu et les facteurs issus de la littérature scientifique a été comptabilisée à l'aide d'un tableau Excel (ANNEXE VII). Rappelons que les activités du CHUS ont été regroupées sous différents volets (cadre théorique, pré-entraînement, per-entraînement et post-entraînement) et qu'un système de cotations (2 : Présent, 1 : Partiellement présent, 0 : Absent) a permis de déterminer à quel point les pratiques du milieu correspondent aux facteurs issus de la littérature scientifique. Il est possible de se fier au pointage total cumulé par un facteur donné afin d'établir l'importance générale qui lui est accordée. Par contre, il est à noter que pour déterminer la qualité d'un facteur il faut plutôt porter attention au type de cote qui lui est accordée (1 vs 2) . Autrement dit, un facteur qui se voit attribuer la cote 2 (présent) est jugé de meilleure qualité qu'un autre qui obtient la cote 1 (partiellement présent) de manière répétée.

5.3.1 Éléments présents

Au total 10 éléments ont été identifiés comme présents dans les pratiques actuelles du CHUS. Plus exactement, les éléments pour lesquels on retrouve la cotation 2 sont : la stratification des patients à risque de non-adhésion, la sécurité, les activités ludiques, la solidarité et complicité intragroupe, la mesure de l'adhésion thérapeutique, le suivi des habitudes de vie post-programme,

l'évaluation régulière de la satisfaction des patients, la considération pour la maladie cardiovasculaire et la sévérité, les comorbidités et l'IMC.

5.3.2 Éléments partiellement présents

Plusieurs éléments sont ressortis partiellement présents dans les pratiques actuelles de la réadaptation cardiaque du CHUS. Rappelons qu'il s'agit soit de facteurs présents dans les pratiques du milieu, mais qui ne correspondent pas parfaitement aux définitions de la littérature (ex : éducation thérapeutique, entretiens motivationnels, etc.), soit de facteurs qui sont appliqués dans les pratiques mais qui demandent à être évalués afin d'établir s'ils sont suffisants et s'ils répondent aux besoins des usagers (ex : accessibilité du lieu, horaire, rétroactions, encouragements, etc.). De façon plus exhaustive, il est possible d'énumérer les facteurs suivants dans cette catégorie: horaire des activités du programme, accessibilité des lieux, coûts associés à la participation au programme, intégration à un programme de maintien, évaluation des besoins, fixation d'objectifs individualisés, adaptation des interventions et services personnalisés, entretiens motivationnels, éducation thérapeutique, développement suffisant des connaissances des patients, favoriser l'autonomie et le sentiment de compétence, créer une alliance thérapeutique, donner suffisamment d'encouragements et de rétroactions, éducation et soutien des proches.

5.3.3 Éléments absents

Un seul élément est apparu comme absent dans les pratiques actuelles du CHUS. Il s'agit du système de récompense pour l'adhésion des patients. Cette omission n'est toutefois pas majeure puisque les données probantes appuyant le facteur en question sont peu abondantes. Certains éléments de cote 1 (partiellement présents) apparaissant en faible proportion sont davantage à considérer. En effet, il est possible de constater que certains facteurs d'adhésion bien documentés dans la littérature scientifique s'affichent en moindre importance dans le milieu (R.C. CHUS). On peut ici penser à la prise en charge rapide et efficace pour la participation au programme, les ressources matérielles, le suivi des habitudes de vie per-programme, le plan d'action en cas de rechute et les outils d'auto- monitoring pendant le programme d'entraînement.

5.4 Point de vue des patients sur les pratiques à prioriser

Dans le but de valider et prioriser les meilleures pratiques du point de vue des patients ayant participé au programme de réadaptation cardiaque du CHUS, 32 patients en suivi post-entraînement ont complété des questionnaires qui ont par la suite été analysés (voir ANNEXE X). Il faut savoir que le questionnaire patient est divisé en deux sections. D'une part, les questions 1 à 14 se réfèrent à des facteurs que les patients trouveraient pertinent de développer ou de recevoir comme service. Pour des fins d'interprétation, les facteurs à valeur élevée (plus grand que la moyenne des résultats, soit 3.0) sont jugés favorables à l'adhésion aux SHV et donc à prioriser. D'autre part, les questions 15-25 se réfèrent à des facteurs déjà appliqués dans le milieu, mais pour lesquels on se questionne sur la suffisance du service reçu. Pour des fins d'interprétation, les données à valeur basse (plus petit que la moyenne des résultats, soit 3.7) correspondent à des facteurs peu présents et donc à prioriser.

Au final, 12 thèmes sont apparus comme prioritaires pour les patients. Plus exactement, il s'agit de la prise en charge rapide ($3,5 \pm 1,3$ patients), l'accessibilité des lieux et coûts ($3,4 \pm 0,9$ patients), les ressources matérielles disponibles ($3,4 \pm 0,9$ patients), l'accès à une équipe interdisciplinaire ($3,6 \pm 0,9$ patients), l'accès à un programme de maintien ($3,5 \pm 1,0$ patients), l'entretien motivationnel ($3,4 \pm 0,8$ patients), la durée d'entraînement ($3,4 \pm 1,0$ patients), les outils à domicile et l'encadrement ($3,6 \pm 0,9$ patients), l'éducation et le soutien des proches des patients ($3,2 \pm 1,0$ patients), l'évaluation des besoins et la formulation des objectifs ($3,6 \pm 0,9$ patients), la rétroaction ($3,6 \pm 1,0$) et l'accès à un plan d'action en cas de rechute ($3,3 \pm 1,0$ patients).

5.5 Synthèse des résultats: Améliorations proposées au programme de réadaptation cardiovasculaire du CHUS

À la lumière de tous les résultats recueillis, les pistes d'améliorations suivantes sont proposées au programme de réadaptation cardiovasculaire du CHUS afin de réduire le problème du manque d'adhésion à long terme aux saines habitudes de vie des patients atteints de maladies cardiovasculaires et afin d'améliorer la qualité des services offerts aux patients:

1. Favoriser une prise en charge rapide aux services de réadaptation cardiaque.
2. Faciliter l'accessibilité des lieux du programme de réadaptation cardiaque.
3. Offrir des ressources matérielles supplémentaires.
4. Réaliser davantage d'entretiens motivationnels.
5. Offrir une durée d'entraînement plus longue afin d'augmenter l'engagement moteur des patients durant leurs séances d'exercices en réadaptation cardiaque.
6. Intégrer des outils à domicile permettant de mesurer les comportements de santé des patients durant leur participation au programme (ex : podomètre, accéléromètre).
7. Donner accès à une équipe interdisciplinaire complète (accès direct à d'autres professionnels de la santé tels une nutritionniste et un psychologue).
8. Développer davantage les programmes de maintien dans la communauté ou à domicile (téléadaptation) et favoriser l'intégration des patients à ceux-ci.
9. Proposer davantage de services pour l'éducation et le soutien des proches des patients.
10. Optimiser l'évaluation des besoins et la formulation des objectifs des patients.
11. Donner davantage de rétroactions aux patients quant à leurs progrès et l'atteinte de leurs objectifs.
12. Optimiser l'élaboration d'un plan d'action en cas de rechute de l'adhésion aux saines habitudes de vie.

6.1 Principaux constats au terme du projet

Le but ultime de ce projet d'innovation était d'émettre des recommandations afin de favoriser l'adhésion aux saines habitudes de vie des patients en réadaptation cardiaque au CHUS. Cinq objectifs principaux ont été poursuivis afin d'atteindre ce but.

1. Déterminer les facteurs influençant l'adhésion à long terme aux saines habitudes de vie des patients atteints de maladies cardiovasculaires (revue de la littérature scientifique)
2. Décrire les activités actuellement offertes aux patients du programme de réadaptation cardiaque du CHUS (recueil des pratiques du milieu)
3. Analyser l'écart entre les pratiques optimales (littérature scientifique) et les pratiques actuelles (réadaptation cardiaque du CHUS)
4. Valider et prioriser les meilleures pratiques du point de vue des patients ayant participé au programme de réadaptation cardiaque du CHUS
5. Élaborer des pistes d'améliorations réalistes du point de vue des principaux utilisateurs (patients, professionnels)

Plusieurs constats ressortent au terme de ce projet. Tout d'abord, les facteurs d'adhésion aux saines habitudes de vie dans un contexte de réadaptation cardiaque sont nombreux à être répertoriés dans la littérature scientifique. Certains facteurs se démarquent davantage alors que d'autres sont moins exploités par les auteurs. Plus exactement, des thèmes tels que l'adaptation des interventions et les services personnalisés (22/40 articles), le développement suffisant des connaissances des patients (23/40 articles), le soutien familial et social (20/40 articles), la motivation intrinsèque (21/40 articles) ainsi que l'auto-efficacité (24/40 articles) sont présents dans 50% et plus de la littérature scientifique analysée. À l'opposé, des facteurs tels que la mesure de l'adhésion thérapeutique (3/40 articles), un système de récompense (1/40 articles), l'évaluation régulière de la satisfaction des patients (3/40 articles) et les antécédents de pratique d'exercice (4/40 articles) sont identifiés en moindre importance dans moins de 10% des articles. Une sélection a été réalisée et les facteurs moins présents dans la littérature scientifique ont bénéficié de moins d'attention dans les analyses du présent travail. Il aurait néanmoins pu être intéressant de considérer certaines de ces avenues puisqu'il s'agit parfois d'actions simples à

appliquer qui peuvent avoir des effets positifs considérables sur l'adhésion des patients aux recommandations en matière de saines habitudes de vie.

Pour ce qui est de l'analyse des pratiques du milieu, il faut dire que le programme de réadaptation cardiaque du CHUS dispose de recueils d'informations bien détaillées par rapport à l'encadrement des patients, les interventions des professionnels de la santé, les activités offertes et les approches privilégiées. Les facteurs influençant l'adhésion des patients atteints de maladies cardiovasculaires aux saines habitudes de vie ont ainsi pu être extraits. Par contre, il est à noter que des observations professionnelles ont dû être ajoutées aux grilles d'extraction afin de compléter adéquatement les informations recueillies.

Puis, concernant la validation et priorisation des facteurs d'adhésion selon le point de vue des patients du CHUS, l'analyse met essentiellement de l'avant la bonification d'éléments reliés à l'organisation et aux interventions. En effet, certains facteurs issus de la dimension personnelle n'ont pas été retenus car pour la plupart il s'agissait de caractéristiques propres aux patients sur lesquelles le pouvoir d'action des professionnels de la santé est limité. On peut penser ici à des facteurs comme le revenu, le niveau d'éducation, le type de maladie et sévérité, l'âge, l'état civil, la conciliation avec l'horaire de travail et familiale, les antécédents d'AP, etc. Ceci dit, il est pertinent de savoir que des facteurs personnels tels que les comorbidités, l'IMC, la motivation intrinsèque, le stade de changement de Prochaska, le niveau de confiance et de conviction des patients sont déjà considérés dans les pratiques du CHUS. Une étude de plus grande envergure aurait pu approfondir davantage les barrières personnelles des patients, valider si l'utilisation de ces informations est pleinement exploitée et si des solutions peuvent être envisagées à l'intérieur du programme.

En dernier lieu, suite à la priorisation des facteurs d'adhésion selon les patients du CHUS, 12 éléments ont été retenus et ont servi à l'élaboration de recommandations. Chacune de ces recommandations mérite d'être davantage discutée et accompagnée d'explications supplémentaires en regard avec les informations décrites dans la littérature scientifique. Voici donc ce qui complétera la présente section.

1. Favoriser une prise en charge rapide et efficace pour la participation au programme

Le délai de prise en charge observé au CHUS varie actuellement entre un à douze mois. Cela concorde avec les observations de Russel et al. (2011) selon lesquelles les programmes de réadaptation cardiaque canadiens sont surchargés avec des listes d'attentes s'étendant souvent de plusieurs semaines à plusieurs mois. Évidemment, ces longs délais ne sont pas optimaux. Selon le consensus clinique du *Groupe de travail sur l'accès aux soins de la Société canadienne de cardiologie*, un délai d'attente acceptable varie de sept à 60 jours alors qu'un délai de un à 30 jours demeure une cible préférable (Dafoe et al., 2006). Néanmoins, rappelons que dans leur étude Pack et al. (2013) ont démontré qu'une prise en charge hâtive dans les 10 jours post-hospitalisation est significativement plus efficace pour la participation et l'adhésion des patients à un programme de réadaptation cardiaque comparativement à la période généralement observée de plus ou moins 35 jours.

2. Favoriser l'accessibilité du lieu offrant les activités du programme et diminuer les coûts pour les patients.

Alors que l'accessibilité et l'aspect financier sont des éléments mentionnés dans près de 50% de la littérature scientifique sélectionnée, il s'agit aussi d'une préoccupation importante pour les patients qui ont exprimé ces difficultés de manière majoritaire. Des commentaires comme le suivant sont revenus à quelques reprises lors de la compilation du questionnaire patient: « Le stationnement! Pas un problème pour les Sherbrookoïses qui ont du transport en commun. Pas le cas pour les gens de l'extérieur» (voir ANNEXE XI).

3. Offrir davantage de ressources matérielles aux patients dans le cadre du programme

Que ce soit sous forme d'équipement sportifs variés, modernes et adaptés ou de plateaux d'entraînement (infrastructures), les patients ont indiqué un besoin de ressources matérielles supplémentaires (ANNEXE X, Question 6, Score moyen : 3.4/5). Ce n'est pas un élément majeur rapporté dans la littérature scientifique, mais 9/40 articles ont tout de même mentionnés l'importance de cet aspect parmi les facteurs favorisant l'adhésion des patients.

4. Offrir davantage d'entretien motivationnel aux patients

L'entretien motivationnel ressort comme un des éléments les plus importants de l'axe de l'intervention. Plusieurs auteurs signalent l'intérêt de cet outil autant sous forme de suivis téléphoniques, lettres motivationnelles, visites à domicile ou encore entretiens individuels ou en groupe (Fleg et al., 2013; Karmali et al., 2014; Lacroix, A., 2007; Lécallier, D., & Michaud, P., 2004; Neubeck et al., 2012; Rogerson et al., 2012; Santaularia, N. et Jaarsma, T. 2013.; Satge et al., 2013; White et al., 2013). Les patients du CHUS semblent approuver puisqu'une majorité d'entre eux ont ressorti cet élément comme une priorité dans leurs réponses au questionnaire patient (ANNEXE X, Question 9, Score moyen : 3.4/5).

5. Offrir une plus grande durée d'entraînement aux patients

La durée des séances d'activités physiques actuellement offertes dans le cadre du programme de réadaptation cardiaque du CHUS est de 60 minutes à une fréquence de 2 fois par semaine. Les recommandations de l'ACSM concernant les paramètres d'entraînement chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires font état de 30 à 60 minutes d'activité physique modérée 3 à 4 fois par semaine. Au total, 5 à 6 heures d'activité physique par semaine sont recommandées pour maximiser les bénéfices (ACSM, 2010). Les périodes d'entraînement du CHUS ne combleront donc pas en totalité ces directives mais il faut savoir que les patients sont encouragés à compléter leur pratique d'activité physique de manière autonome à l'extérieur du cadre de l'hôpital. Autre élément digne d'intérêt, une étude de Ayabe et al. (2004) a souligné que l'engagement moteur réel lors des séances de réadaptation cardiaque ne correspond pas toujours à ce qui serait désiré. En effet, les auteurs ont observé que pour des séances de réadaptation physique planifiées sur une durée de 2 heures, la durée exacte de pratique d'activité physique a été estimée à seulement 45 minutes en tenant compte de périodes d'accueil, échauffement, retour au calme et appréciation lors desquelles il y avait peu d'engagement moteur. Par ailleurs, la durée de l'ensemble des activités du CHUS est de 3 mois. Selon les auteurs Boulay, P. et Prudhomme M.D. (2004), la durée traditionnelle des programmes de réadaptation cardiaque en Amérique du Nord n'est peut-être pas suffisante et les programmes avec le plus de succès ont une durée plus rapprochée du modèle européen soit 6 à 12 mois. Toujours dans la même suite d'idées, le point de vue exprimé par les patients concorde parfaitement avec ces données. Les résultats du questionnaire

démontrent en effet que les patients souhaiteraient une durée prolongée des activités (ANNEXE X, Question 11, Score moyen : 3.4/5).

6. Offrir davantage d'outils d'auto-monitoring à domicile et d'encadrement aux patients

On observe un intérêt grandissant chez les patients de même que dans la littérature scientifique pour les outils d'encadrement et d'auto-monitoring à domicile (ex : journal, podomètre, cardiofréquencemètre, technologies variées). Les auteurs Izawa et al. (2005) et White et al. (2013) affirment que l'auto-monitoring est thérapeutique en soit puisque le processus d'apprentissage de l'auto-soins permet de briser des barrières limitant l'adoption de comportements sains. Satge et al. (2013) expliquent quant à eux que : « L'ensemble de ces outils seront probablement à l'avenir regroupés et distribués au plus grand nombre via des applications de type Smartphone, qui ont l'avantage d'intégrer plusieurs outils de mesure comme le GPS, le cardiofréquencemètre, l'accéléromètre et éventuellement la prise tensionnelle, en permettant un retour vers le patient qui peut ainsi vérifier s'il a bien atteint l'objectif fixé. Ces outils innovants apparaissent séduisants de par leur aspect « nouvelle technologie » et leur côté ludique, mais leur place exacte reste tout de même à déterminer. On peut effectivement se questionner sur leur effet négatif chez certains profils de patients qui en deviendraient très dépendants. Ils semblent néanmoins d'une aide intéressante pour encourager la modification des comportements de santé et aider les patients ayant besoin d'un support motivationnel à plus long terme ». (ANNEXE X, Question 12, Score moyen : 3.3/5).

7. Favoriser le travail en équipe interdisciplinaire

Les patients du programme de réadaptation cardiaque du CHUS apprécient être pris en charge par une équipe complète et souhaiteraient même pouvoir bénéficier d'autres ressources professionnelles (ANNEXE X, Question 13, Score moyen : 3.6/5). La littérature scientifique va également dans ce sens et établit que l'accès à une équipe complète de professionnels de la santé est favorable à l'adhésion. Labrunée et al. (2012) affirment qu'une approche interdisciplinaire est plus adaptée et efficace que des interventions individuelles. Grace et al. (2014), observent quant à eux que la majorité des programmes canadiens de réadaptation cardiaque bénéficient d'une équipe multidisciplinaire composée notamment des intervenants suivants: infirmière, nutritionniste, kinésologue, cardiologue, psychologue, pharmacien.

8. Offrir un programme de maintien aux patients

Différentes études ont suggéré que le fait d'offrir un programme de maintien aux patients a un impact positif sur l'adhésion aux saines habitudes de vie. Ainsi, Beswick et al. (2005) exposent les bienfaits de programmes offerts dans la communauté comme approche alternative au milieu hospitalier. Pour Scotto et al. (2011), la fin de la réadaptation cardiaque en milieu hospitalier devrait être graduelle et devrait promouvoir une transition vers un plan concret à long terme. Cette initiative est fortement encouragée par les patients du CHUS puisqu'une majorité indique qu'il s'agit d'un élément prioritaire (ANNEXE X, Question 14, Score moyen : 3.5/5). Le programme de maintien en réadaptation cardiaque déjà existant au CHUS aurait donc avantage à être développé et l'intégration des patients y serait recommandée. Des méthodes alternatives telles que la télé-réadaptation sont également à envisager.

9. Offrir de l'éducation et du soutien aux proches des patients

L'éducation et le soutien aux proches apparaissent comme un autre élément important. Les réponses des patients indiquent que cet élément pourrait être davantage présent (ANNEXE X, Question 17, Score moyen : 3.2/5). Dans la littérature scientifique, Beswick et al. (2005) présentent une étude dans laquelle un programme de soutien pour les conjoints a eu impact positif sur l'adhésion des patients. Karam et al. (2013) mentionnent pour leur part que la participation des conjoints aux séances éducatives s'avère bénéfique et Fleg et al. (2013) discutent l'importance d'impliquer la famille dans les différentes interventions en tenant compte de leurs intérêts et craintes.

10. Mieux évaluer les besoins et formuler les objectifs des patients

Plusieurs recherches rappellent l'importance de bien cibler les besoins individuels de chaque patient et de fixer des objectifs d'entraînement avec ce dernier pour maintenir les changements d'habitudes de vie (Balady et al., 2007; Jackson et al., 2005 ; Karam et al., 2013; Mildestvedt et al., 2008). Beswick et al. (2005) et Braverman, D.L. (2011) décrivent quant à eux les besoins particuliers présents chez certains groupes d'individus (femmes, aînés, minorités ethniques). L'avis des patients de la réadaptation cardiaque du CHUS concorde avec ces informations (ANNEXE X, Question 18, Score moyen : 3.6/5)

11. Offrir davantage de rétroactions aux patients

Bien que la rétroaction fasse partie des pratiques actuelles du CHUS, il semblerait que les patients souhaiteraient en recevoir en plus grande quantité (ANNEXE X, Question 21, Score moyen : 3.6/5). Tel que mentionné par Braverman, D.L. (2011), la rétroaction positive et l'attention accordée aux patients par le personnel de l'équipe de santé jouent un rôle important pour augmenter l'adhésion à la pratique d'activité physique.

12. Prévoir un plan d'action en cas de rechute des patients

Les patients ont aussi manifesté leur intérêt pour un plan d'action en cas de rechute. Bien que cet élément soit déjà présent dans les pratiques du CHUS, nous apprenons qu'il serait bénéfique d'y accorder plus d'attention (ANNEXE X, Question 25, Score moyen : 3.3/5). Selon les recommandations de l'*American Heart Association* et l'*American Association of Cardiovascular and Pulmonary rehabilitation*, la prévention des rechutes devrait faire partie des programmes de réadaptation cardiaque (Balady et al. 2007). Pour Satge et al. (2013) : « L'idée est de rechercher des facteurs de vulnérabilité à la rechute et de pister ces éventuelles rechutes pour lesquelles il sera nécessaire de pouvoir proposer une nouvelle prise en charge. Le rôle des professionnels de santé de proximité est fondamental dans le dispositif d'alerte si la sédentarité se réinstalle».

6.2 Forces et faiblesses du projet

Ce projet présente certaines forces. L'une des principales consiste en l'adoption d'une démarche systématique et rigoureuse. Notamment, des critères précis ont été utilisés pour la sélection de la littérature scientifique et cette dernière a bénéficié d'une analyse exhaustive en plus d'être révisée une seconde fois. Ajoutons à cela que les analyses thématiques des pratiques du CHUS ont été validées par des pairs de l'équipe de la réadaptation cardiaque (Voir Annexe VI). De plus, un pré-test a été effectué pour les questionnaires patients et l'échantillon composé de 32 patients assure une certaine robustesse des résultats, le nombre de sujets étant supérieur à 30 (n>30).

Ce projet démontre également un souci d'intégration des patients et de l'équipe de professionnels de la santé. Il ne s'est pas intéressé uniquement aux données théoriques de la littérature mais a su tenir compte de la réalité du milieu en interrogeant et impliquant les principaux intéressés soit les

bénéficiaires de la réadaptation cardiaque et l'équipe de soins. Ainsi, ces démarches le rendent plus transférable et pertinent pour la pratique.

Dans un autre ordre d'idées, parmi les faiblesses observées, bien que la sélection des articles lors de la revue de la littérature ait été effectuée en s'assurant que la qualité méthodologique des articles retenus était satisfaisante, elle n'a toutefois pas été approfondie et réalisée à partir d'outils valides développés à cet effet (ex : grilles d'évaluation de la qualité méthodologique selon le type d'étude).

Puis, il faut mentionner la présence de biais du chercheur. Il s'agit de la limite principale associée aux études qualitatives et le présent travail n'y échappe pas. Malgré un important souci de justesse, il faut en effet reconnaître que certaines démarches ont été empreintes de subjectivité. Plus particulièrement, les informations extraites des articles scientifiques afin de réaliser les relevés thématiques présentaient parfois des nuances et étaient sujettes à interprétation. Ainsi, il pouvait être ambigu de distinguer sa propre compréhension des informations de celle que l'auteur souhaitait réellement transmettre.

Ensuite, il y a lieu de parler d'un biais de sélection considérant que l'échantillon de convenance était composé majoritairement d'une population de la région de Sherbrooke, en période de suivi post-réadaptation (3, 6, 12 ou 24 mois), principalement de sexe masculin et âgé en moyenne de 68 ans. On observe donc une sous-représentation d'une proportion importante de patients (ex : jeunes adultes, travailleurs, femmes) et les obstacles empêchant ces derniers de participer ou menant à leur abandon des activités de réadaptation cardiaque n'ont pas été considérés. Alors que des questions comme l'horaire ne sont pas apparues prioritaires dans le présent travail, on peut émettre l'hypothèse que des résultats différents auraient pu être obtenus si une population plus variée avait été incluse dans l'étude (voir ANNEXE XIII).

Par ailleurs, notons aussi le manque de validité externe puisque les résultats obtenus s'appliquent uniquement dans le contexte du CHUS et ne peuvent être généralisés à d'autres population et lieux.

Mentionnons également un biais du participant associé à la possibilité de désirabilité sociale et, de ce fait, la tendance du participant à fournir des réponses qu'il croit être celles que le chercheur souhaite recevoir.

En terminant, il faut énoncer le manque de profondeur des données associées à l'utilisation de l'outil qu'est le questionnaire. En effet, le questionnaire a été choisi en raison de son étendue (la possibilité de collecter un grand nombre d'informations auprès d'un grand nombre de sujets) cependant il ne permet pas d'approfondir les éléments de réponses comme l'aurait fait un focus groupe. Ceci dit, afin de tenter de remédier à cette faiblesse une section a été prévue à la fin du questionnaire pour faire place aux commentaires et permettre aux patients de s'exprimer (voir ANNEXE XI)

6.3 Perspectives futures

En ce qui a trait aux perspectives futures, l'une des pistes intéressantes serait de mieux documenter le phénomène d'adhésion aux saines habitudes de vie auprès des patients poursuivant un programme de réadaptation cardiaque. Tel que décrit par Grace et al. (2014): «Malheureusement, les données nationales sur les références et l'adhésion des patients dans un contexte de réadaptation cardiaque ne sont pas disponibles». Il s'agit d'une situation qu'il faudrait corriger afin de documenter l'efficacité des programmes et veiller à la qualité des services ainsi qu'à l'avancement continu des pratiques.

Il faudrait aussi investiguer les barrières et facilitateurs perçus par l'équipe de professionnels de santé dans leurs interventions pour dresser un portrait plus complet et réaliste de la situation. Cela n'a pu être complété dans le cadre du présent travail en raison de l'exhaustivité des démarches et du temps supplémentaire nécessaire mais cela serait une bonification très pertinente.

Finalement, ce travail vient justifier des besoins supplémentaires en termes de financement, de ressources humaines et matérielles. En effet, pour appliquer concrètement les recommandations, cela nécessiterait un certain temps, davantage d'intervenants et de financement afin d'augmenter l'accessibilité des plateaux d'entraînements, obtenir des ressources matérielles supplémentaires, restructurer les services, développer des outils autant pour les intervenants que pour les patients,

développer le programme de maintien et/ou un service de téléadaptation et favoriser l'appropriation des stratégies d'adhésion dans les pratiques de la réadaptation.

Malheureusement, les décisions essentielles pour initier toute forme de développement des pratiques appartiennent à un niveau hiérarchique supérieur dont dépendent les intervenants de l'équipe de soin. Certaines tâches ne peuvent être effectuées sans approbation préalable et sans risquer de surcharger l'horaire et la liste de tâche actuelle. Dans la mesure du possible, il serait donc souhaitable de présenter la problématique à des acteurs avec un pouvoir décisionnel de plus haut niveau pour envisager des solutions et inviter un passage à l'action.

CONCLUSION

Au terme de ce projet d'innovation, des éléments de réponse ont été formulés par rapport à la question initiale : « Comment expliquer le manque d'adhésion à long terme en matière de saines habitudes de vie des patients atteints de maladies cardiovasculaires ayant participé au programme de réadaptation cardiaque du CHUS? »

Dans un premier temps, une revue de la littérature scientifique a permis d'identifier 48 facteurs influençant l'adhésion des patients en réadaptation cardiaque. Suite à une analyse des pratiques du CHUS, 23 de ces éléments ont ensuite été retenus pour des fins d'évaluation auprès des patients. Parmi ceux-ci, 12 obstacles et facilitateurs ont finalement été priorisés par les patients du CHUS et ont servi à l'élaboration de recommandations.

Ces recommandations et l'ensemble du présent document seront transmis à l'équipe de soins de la réadaptation cardiaque du CHUS afin de partager les connaissances qu'on y trouve et dans l'espoir de permettre ultimement l'amélioration de la qualité des services ainsi que la santé à long terme des patients.

Ceci dit, il faudra voir le réalisme de certaines recommandations considérant que les ressources actuelles sont limitées dans le milieu et que des coupures importantes dans le budget du système de santé publique québécois sont prévues dans un futur rapproché.

Face à cette réalité, plusieurs questions demeurent en suspens. Alors que les hôpitaux sont surchargés et que le fardeau économique ne cesse de s'alourdir, prenons-nous les bonnes décisions? Faut-il rappeler que les interventions en prévention et promotion des *saines habitudes de vie* génèrent un retour de 5 à 6\$ pour chaque 1\$ investi? (Agence SciencePresse, 2014; ACSP, 2012; ASPC, 2010). Mais encore, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande de placer 5% du budget de santé en prévention. Au Québec, seulement 2% y est accordé et des suppressions sont encore prévues (LaPresse, 2015). Il va sans dire, certains choix de société demeurent préoccupants.

LISTE DES RÉFÉRENCES

ACPRC (2015). Association canadienne de prévention et de réadaptation cardiovasculaires. Site accessible à l'adresse: « <http://www.cacpr.ca/francais/index.cfm?languageChange=français> ». Consulté le 25 juillet 2015.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, CHUS et CSSS de l'Estrie (2011). Cadre de référence : Volet réadaptation cardiovasculaire. Sherbrooke, Programme régional de services en santé cardiovasculaire, 79p.

Agence de la Santé Publique du Canada (2009). Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada. Site accessible à l'adresse: « <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-fra.pdf> ». Consulté le 25 juillet 2015.

Agence de la Santé Publique du Canada (2010). Investir en prévention – la perspective économique. Site accessible à l'adresse: « <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/preveco-index-fra.php> ». Consulté le 25 juillet 2015.

Agence de la Santé Publique du Canada (2011). Une vie saine peut prévenir la maladie. Site accessible à l'adresse : « http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/vie_saine-healthy_living-fra.php ». Consulté le 25 juillet 2015.

Agence de la Santé Publique du Canada (2013). *Maladie cardiovasculaire*. Site accessible à l'adresse: « <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/index-fra.php> ». Consulté le 25 juillet 2015.

Agence Science Presse (2014). De jeunes médecins à la défense de la santé publique. Site accessible à l'adresse: « <http://www.sciencepresse.qc.ca/actualite/2014/12/02/jeunes-medecins-defense-sante-publique> ». Consulté le 25 juillet 2015.

AHA (2014). *American Heart Association*, Site accessible à l'adresse: « <http://www.heart.org/HEARTORG/> ». Consulté le 25 juillet 2015.

American College of Sports Medicine (2010). Exercise prescription for patients with cardiac disease. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 8th ed., p. 207–224.

Association Canadienne de Santé Publique (2012). L'intérêt économique d'investir dans la santé publique et les DSS. Site accessible à l'adresse: « www.cpha.ca/fr/programs/social-determinants/frontlinehealth/economics.aspx ». Consulté le 25 juillet 2015.

Ayabe, M., Brubaker, P., Dobrosielski, D., Miller, H., Ishi, K., Yahiro, T., & Tanaka, H. (2004). The physical activity patterns of cardiac rehabilitation program participants. *Journal Of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 24(2), p.80-86.

Balady, G. J., Williams, M. A., Ades, P. A., Bittner, V., Comoss, P., Foody, J. M., & Southard, D. (2007). Core Components of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs: 2007 Update A Scientific Statement From the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*, 115(20), 2675-2682.

Beswick, A., Rees, K., West, R., Taylor, F., Burke, M., Griebisch, I., & Ebrahim, S. (2005). Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. *Journal Of Advanced Nursing*, 49(5), p.538-555.

Blikman, M. C., Jacobsen, H. R., Eide, G. E., & Meland, E. (2014). How Important Are Social Support, Expectations and Coping Patterns during Cardiac Rehabilitation. *Rehabilitation Research And Practice*, 2014, p.1-7.

Boulay, P et Prud'homme, D. (2004). Health-care consumption and recurrent myocardial infarction after 1 year of conventional treatment versus short- and long-term cardiac rehabilitation, *Preventive Medicine*, 38, p.586-593.

Braverman, D. L. (2011). Cardiac rehabilitation: a contemporary review. *American Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation / Association Of Academic Physiologists*, 90(7), p.599-611.

Browarski, S., Stonebridge, C. et Theriault, L. (2010). La Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire : facteurs de risque et répercussions sur les coûts futurs, *Conference Board du Canada*, 38 p.

Child, A., Sanders, J., Sigel, P., & Hunter, M. S. (2010). Meeting the psychological needs of cardiac patients: an integrated stepped-care approach within a cardiac rehabilitation setting. *Br J Cardiol*, 17(4), 175-179

CHUS et CSSS de l'Estrie (2010). Trajectoire de soins et services et cheminement clinique pour la clientèle de réadaptation cardiaque des CSSS. Estrie, 16p.

Coutu, MF. et al. (2004). Une piste pour favoriser l'adhésion au plan de soins, *Revue Francophone de Clinique Comportementale et cognitive*, 9(4), p.17-24

D'Ivernois, JF. et Gagnayre, R. (2001). Mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique, *ADSP*, 36, p.11-13.

D'Ivernois, JF. et Gagnayre, R. (2011). Compétences d'adaptation à la maladie du patient: une proposition, *EDP Sciences*, 3(2), p.S201-S205.

Dafoe, W., Arthur, H., Stokes, H., Morrin, L., Beaton, L., & Canadian Cardiovascular Society Access to Care Working Group on Cardiac Rehabilitation. (2006). Universal access: but when? Treating the right patient at the right time: access to cardiac rehabilitation. *Canadian Journal of Cardiology*, 22(11), 905-911.

Dagogo-Jack, S., Egbuonu, N., & Edeoga, C. (2010). Principles and practice of non pharmacological interventions to reduce cardiometabolic risk. *Medical Principles And Practice: International Journal Of The Kuwait University, Health Science Centre*, 19(3), 167-175.

Dunlay, S. M., Witt, B. J., Allison, T. G., Hayes, S. N., Weston, S. A., Koepsell, E., & Roger, V. L. (2009). Barriers to participation in cardiac rehabilitation. *American Heart Journal*, 158(5), p.852-859.

Durstine JL et al.(2009). *American College of Sports Medecine's Exercise Management for Persons with Chronic Diseases*. 3e édition. Champaign, IL:Humankinetics.

ELIPS (2010). Comment prévenir la récidence d'un évènement cardiovasculaire : la prévention secondaire. Site accessible à l'adresse: « http://elips.hug-ge.ch/traitement_suivi_prevention.html ». Consulté le 25 juillet 2015.

Fleg, J. L., Forman, D. E., Berra, K., Bittner, V., Blumenthal, J. A., Chen, M. A., & Zieman, S. J. (2013). Secondary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease in older adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 128(22), p.2422-2446.

Flora, P. K., & Brawley, L. R. (2013). Managing Lapses in Cardiac Rehabilitation Exercise Therapy: Examination of the Problem-Solving Process. *Rehabilitation Psychology*, 58(4), p.369-376.

Fondation des maladies du cœur (2015). *Statistiques*. Site accessible à l'adresse: « <http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562179/k.9FCD/Statistiques.htm> ». Consulté le 25 juillet 2015.

Framingham Heart Study (2015). *Identifying major CVD risk factors*. Site accessible à l'adresse: « <http://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/history.php> ». Consulté le 25 juillet 2015.

Franklin, B., Swain, D., & Shephard, R. (2003). New insights in the prescription of exercise for coronary patients. *Journal Of Cardiovascular Nursing*, 18(2), p.116-123.

Goble, A. et Worcester, M. (1999). Best Practices Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention «<http://www.health.vic.gov.au/nhpa/downloads/bestintr.pdf>». Consulté le 25 juillet 2015.

Gouvernement du Québec (2014), *Saines habitudes de vie*. Site accessible à l'adresse: « <http://www.saineshabitudesdevie.gouv.qc.ca/> ». Consulté le 25 juillet 2015.

Grace, S. L., Bennett, S., Ardern, C. I., & Clark, A. M. (2014). Cardiac rehabilitation series: Canada. *Progress In Cardiovascular Diseases*, 56(5), p.530-535.

Graham IM, et al. (2011). *Rehabilitation of the patient with coronary heart disease*. In V Fuster et al., eds., *Hurst's the Heart*, 13th ed., vol. 2, pp. 1513–1530. New York: McGraw-Hill.

16)

Institut national de santé publique du Québec (2007). Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales: prévalence, morbidité et mortalité au Québec. Document accessible à l'adresse: «<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/590-maladiescoeursvasculairescerebrales.pdf>». Consulté le 25 juillet 2015.

Institut de cardiologie de Montréal (2015). Adopter de saines habitudes de vie. Site accessible à l'adresse: «<https://www.icm-mhi.org/fr/prevention/adopter-de-saines-habitudes-de-vie> ». Consulté le 25 juillet 2015.

Institut national de santé publique du Québec (2008). L'activité physique au Québec de 1995 à 2005 : gains pour tous... ou presque. Document accessible à l'adresse: «https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/897_ActivitePhysique95-2005.pdf». Consulté le 25 juillet 2015.

Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal (2015). Document accessible à l'adresse: «<http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/therapie-dapproche-cognitivo-comportementale.html>». Consulté le 25 juillet 2015.

Izawa, K. et al. (2004). Long-term exercise maintenance, physical activity, and health related quality of life after cardiac event, *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 83(12), p.884-892.

J Goble, A & Worcester, M. (1999). *Best Practices Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention* «<http://www.health.vic.gov.au/nhpa/downloads/bestintr.pdf>». Consulté le 25 juillet 2015.

Jones, M., Jolly, K., Raftery, J., Lip, G. H., & Greenfield, S. (2007). 'DNA' may not mean 'did not participate': a qualitative study of reasons for non-adherence at home-and centre-based cardiac rehabilitation. *Family Practice*, 24(4), p.343-357.

K. Pai, R., Sproule, D., McPherson, J. (2012). *Cardiac Rehabilitation Phase I: In the Hospital* «<http://www.healthlinkbc.ca/healthtopics/content.asp?hwid=hw230393#hw230393-sec>». Consulté le 25 juillet 2015.

Turk-Adawi et al. (2013). Cardiac Rehabilitation Patient and Organizational Factors: What Keeps Patients in Programs? *Journal of the American Heart Association*, 1-8. *And Prevention*, 32(1), p.32-40

Karmali, K. N., Davies, P., Taylor, F., Beswick, A., Martin, N., & Ebrahim, S. (2014). Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 6CD007131

Kerins, M., McKee, G., & Bennett, K. (2011). Contributing factors to patient non-attendance at and non-completion of Phase III cardiac rehabilitation. *European Journal Of Cardiovascular Nursing: Journal Of The Working Group On Cardiovascular Nursing Of The European Society Of Cardiology*, 10(1), p.31-36.

La Presse (3 mars 2015). Coupes en santé publique. Site accessible à l'adresse : « www.lapresse.ca/actualites/sante/201503/03/01-4848904-coupes-en-sante-publique-montreal-perdra-de-60-a-70-professionnels.php ». Consulté le 4 juillet 2015.

Laustsen, S., Hjortdal, V. E., & Petersen, A. K. (2013). Predictors for not completing exercise-based rehabilitation following cardiac surgery. *Scandinavian Cardiovascular Journal: SCJ*, 47(6), p.344-351.

Maheu (1999) et Lalonde (1991). Méthodes de collecte de données. RÉA 106, Notes de cours Rencontre II, Université de Sherbrooke, p.15.

Martin, A. M., & Woods, C. B. (2012). What Sustains Long-Term Adherence to Structured Physical Activity After a Cardiac Event?. *Journal Of Aging & Physical Activity*, 20(2), p.135-147.

Mildestvedt, T., Meland, E., & Eide, G. (2008). How important are individual counselling, expectancy beliefs and autonomy for the maintenance of exercise after cardiac rehabilitation?. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 36(8), p.832-840

Miles, M. et Huberman, A. (2003). (trad. Martine Hlady Rispal et révision sc. Jean-Jacques Bonniol). *Analyse des données qualitatives*, Paris, Éditions De Boeck, 2^e édition, 626p.

Miller, W. et Rollnick, s. (2006). (trad. Dorothee Lécallier et Philippe Michaud). *L'Entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement* [« Motivational Interviewing : Preparing People for Change »], Paris, InterEditions, coll. Techniques de développement personnel, 241 p.

Neubeck, L., Freedman, S. B., Clark, A. M., Briffa, T., Bauman, A., & Redfern, J. (2012). Participating in cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-synthesis of qualitative data. *European Journal Of PreventiveCardiology*, 19(3), p.494-503.

OMS. (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. Document accessible à l'adresse: « <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67245> ». Consulté le 25 juillet 2015.

OMS. (2007). *Prévention des maladies cardiovasculaires*. Document accessible à l'adresse: « <http://www.who.int/publications/list/cardio-pocket-guide-fr.pdf?ua=1/> ». Consulté le 25 juillet 2015.

OMS (2015). *Activité physique pour les adultes*. Document accessible à l'adresse: « http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/fr/ ». Consulté le 25 juillet 2015.

Paillé, P. et Mucchieli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, Éditions Armand Collin, Extrait du chapitre 9: « L'analyse thématique », p.191-231.

Programme de réadaptation cardiaque du CHUS (2014). *Cartable de référence*. CHUS Hôtel-Dieu, Sherbrooke, 350p.

Rogerson, M. C., Murphy, B. M., Bird, S., & Morris, T. (2012). "I don't have the heart": a qualitative study of barriers to and facilitators of physical activity for people with coronary heart disease and depressive symptoms. *The International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 9(140), p.1-9.

Santaularia, N. et Jaarsma, T. (2013). Motivational factors for exercise in cardiac patients? A literature review. *European Journal of Preventive Medicine*, 1(1), p.1-19.

Scotto, C.J. et al. (2011). Adherence to prescribed exercise and diet regimens two months post-cardiac rehabilitation. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(4), p.11-17.

Schneider, M. P. (2013). Adhésion thérapeutique du patient chronique: des concepts à la prise en charge ambulatoire. *Médecine de famille*, 386(20), 1032-1036.

Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice (2015). Directives canadiennes en matière d'activité physique. Document accessible à l'adresse: « http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_0-65plus_fr.pdf ». Consulté le 25 juillet 2015.

Statistique Canada (2011). Mortalité: Liste sommaire des causes 2008. Document accessible à l'adresse: « <http://www.statcan.gc.ca/pub/84f0209x/84f0209x2008000-fra.pdf> ». Consulté le 25 juillet 2015.

Statistique Canada (2012). Indicateur de santé 2012. Document accessible à l'adresse: « https://secure.cihi.ca/free_products/health_indicators_2012_fr.pdf ». Consulté le 25 juillet 2015.

Sweet, S. et al. (2014). Testing a longitudinal integrated self-efficacy and self-determination theory model for physical activity post-cardiac rehabilitation. *Health Psychology Research*, 2(1008), p.30-37.

Vergès, B. (2010). Attitude pratique: Réadaptation à l'effort du coronarien en phase II, *Cardio & Sport*, 8, p.31-38.

Warburton, D., Nicol, C., & Bredin, S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), p.801-809.

White, N. et al. (2013). Tool guide for lifestyle behavior change in a cardiovascular risk reduction program. *Psychology Research and Behavioral Management*, 6, p.55-63.

WIKIPÉDIA (2013). *Prévention secondaire*, Document accessible à l'adresse: « http://fr.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A9vention_secondaire#cite_ref-Orha_2-0 », Consulté le 25 juillet 2015.

WIKIPÉDIA (2014). *Éducation thérapeutique du patient*. Document accessible à l'adresse: « http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89ducation_th%C3%A9rapeutique_du_patient », Consulté le 25 juillet 2015.

World Health Organisation, (2003). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action.209 p.

ANNEXES

Annexe I : Structure organisationnelle du service de réadaptation cardiaque du CHUS.....	p.50
Annexe II : Relevés thématiques des facteurs répertoriés dans la littérature scientifique influençant l'adhésion aux recommandations en matière de saines habitudes de vie chez les patients en réadaptation cardiaque.....	p.51
Annexe III : Liste de facteurs répertoriés dans la littérature scientifique influençant l'adhésion aux recommandations en matière de saines habitudes de vie chez les patients en réadaptation cardiaque.....	p.82
Annexe IV : Tableau des facteurs répertoriés dans la littérature scientifique influençant l'adhésion aux recommandations en matière de saines habitudes de vie chez les patients en réadaptation cardiaque.....	p.84
Annexe V : Graphique des facteurs répertoriés dans la littérature scientifique influençant l'adhésion aux recommandations en matière de saines habitudes de vie chez les patients en réadaptation cardiaque.....	p.91
Annexe VI : Grilles d'extraction et relevés thématiques des facteurs répertoriés dans les pratiques de la réadaptation cardiaque du CHUS influençant l'adhésion des patients aux recommandations en matière de saines habitudes de vie.....	p.92
Annexe VII : Tableau d'analyse de l'écart entre les facteurs influençant l'adhésion aux saines habitudes de vie chez les patients en réadaptation cardiaque dans la littérature scientifique et les pratiques actuelles du milieu (R.C. CHUS).....	p.146
Annexe VIII : Liste des facteurs retenus pour des fins de validation et priorisation auprès des patients de la réadaptation cardiaque du CHUS.....	p.149
Annexe IX : Aperçu du questionnaire distribué aux patients en réadaptation cardiaque au CHUS.....	p.150
Annexe X : Tableau des réponses au questionnaire patient.....	p.152
Annexe XI : Commentaires obtenus au questionnaire patient.....	p.154
Annexe XII : Graphique des réponses au questionnaire patient.....	p.155
Annexe XIII : Sommaire descriptif des répondants au questionnaire patient.....	p.157
Annexe XIV : Recommandations finales issues de l'analyse patient.....	p.158