
ASSOCIATION CANADIENNE DE RÉADAPTATION CARDIAQUE (CACR) –
SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGUE (CCS)
UN EXPOSÉ DE PRINCIPE AIGUILLAGE SYSTÉMATISÉ

Aiguillage systématisé des patients hospitalisés vers la réadaptation cardiaque
Un exposé de principe conjoint de l'Association canadienne de réadaptation
cardiaque et de la Société canadienne de cardiologie

Approuvé par le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario

Imprimé en *CJC* 2011;27:192-199 et sur le web *JCRP*, mars/avril 2011 volume 31, n° 2

Sherry L. Grace, Ph. D. (présidente) et Caroline Chessex, M.D., FRCPC (co-présidente)

Groupe de rédaction principal : Heather Arthur, Sammy Chan, Cleo Cyr, William Dafoe, Martin Juneau,
Paul Oh et Neville Suskin

Groupe de rédaction secondaire : Paul Poirier, Rob Stevenson et Jim Stone

Introduction

La Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et Plan d'action, qui a été publiée en février 2009 à la suite d'une consultation nationale auprès des intervenants, de recherches approfondies et d'un examen des politiques, propose un continuum de soins pour les patients atteints de maladie cardiovasculaire au Canada¹. La réadaptation cardiaque (RC) se définit comme une composante essentielle de ces soins et constitue un moyen critique pour la mise en œuvre de stratégies de prévention des maladies cardiovasculaires (MCV) et la réduction du risque de MCV². La RC est un programme complet de prise en charge de la maladie chronique en consultation externe conçu pour enrichir et maintenir la santé cardiovasculaire par l'intermédiaire de soins individualisés fournis en collaboration interprofessionnelle. Les programmes de RC garantissent une évaluation médicale adaptée, des programmes structurés d'exercice physique, une sensibilisation du patient et de la famille ainsi que la mise en œuvre de stratégies complètes de prise en charge des facteurs de risque de MCV.²

Les données scientifiques examinées par les pairs, dont des essais cliniques comparatifs randomisés, des évaluations systématiques rigoureuses et des méta-analyses, appuient toujours le fait que la RC, suivant le traitement initial d'un trouble cardiaque, permet de réduire davantage la mortalité d'environ 25 %^{2, 3}. L'ampleur des bienfaits obtenus de la participation à un programme de RC est comparable à celle d'autres traitements pour maladies cardiaques standard, y compris le traitement aux statines⁴ et à l'aspirine⁵ ainsi que les interventions coronariennes percutanées (ICP)^{6, 7}. Grâce aux effets métaboliques et physiologiques de l'exercice, à la promotion de l'observance thérapeutique, au renoncement au tabac, à l'amélioration de l'alimentation et de la santé mentale, la RC constitue un outil complet pour le traitement d'une athérosclérose pathologique qui ne peut être modifiée uniquement à l'aide d'une intervention chirurgicale ou percutanée⁸⁻¹¹. La RC est une approche en consultation externe très rentable, qui assure un rendement du capital investi continu pour les soins en consultation interne et entraîne une diminution

des taux de réhospitalisation, de morbidité et de mortalité¹²⁻¹⁴, le rapport différentiel coût-utilité étant de 9 200 \$ par année de vie sans invalidité après la première année de RC¹⁵. La participation à la RC favorise également : la communication soutenue parmi les fournisseurs de soins permettant d'obtenir une rétroaction importante sur l'observance thérapeutique du patient relativement aux médicaments prescrits et sa réponse à ces derniers; l'adoption de comportements contribuant à l'activité physique et à d'autres facteurs de protection; la promotion de la continuité des soins et de l'élaboration de stratégies de prise en charge personnelle des patients.¹⁶

Compte tenu du volume imposant de données probantes sur les bienfaits de ces programmes, de nombreuses lignes directrices nationales sur les pratiques cliniques (p. ex. canadiennes, américaines et australiennes) encouragent l'aiguillage des patients cardiaques admissibles vers la RC^{2, 17, 18}. Malheureusement, dans l'ensemble, seulement 30 % des patients cardiaques hospitalisés admissibles participent à des programmes de RC¹⁸⁻²⁰. Aux États-Unis, on a calculé que le taux global de participation à la RC était de 18,7 %²¹. Au Canada, plus précisément en Ontario, les données recueillies en 2001 indiquaient un taux de participation à la RC de 22 %²²; selon un sondage provincial exhaustif plus récent, 34 % des patients à risque élevé faisant l'objet d'une prévention secondaire (c.-à-d. patients atteints d'un syndrome coronarien aigu, ayant subi un pontage aortocoronarien, une ICP, une chirurgie de remplacement de valves ou souffrant d'une insuffisance cardiaque) participaient à un programme de RC²⁰. En 2008, au Nouveau-Brunswick, 18,6 % des patients admissibles participaient à un programme de RC²³. Au Royaume-Uni, 28,6 % des patients admissibles étaient inscrits à un programme de RC en 2004, malgré un objectif national visant un taux d'inscription de 85 % à des programmes de ce genre²⁴. Même si l'efficacité de ces programmes de RC a été démontrée, de nombreux facteurs expliquent la sous-utilisation de ces programmes. Ces facteurs sont notamment liés au système de santé, aux fournisseurs, aux programmes et

aux patients. Malgré tout, il est étonnant d'apprendre que la raison la plus souvent évoquée par les patients qui ne participent pas à ces programmes est l'absence d'aiguillage vers la RC^{25, 26}.

L'aiguillage se définit comme une communication officielle entre le fournisseur de soins de santé, le programme de RC et le patient, qui recommande l'évaluation et la participation du patient à un programme de réadaptation postcardiaque précoce pour patients en consultation externe. Ce processus comprend la communication au patient de tous les renseignements nécessaires pour promouvoir l'inscription à un programme de RC²⁷. Ce processus comporte également la communication entre le fournisseur de soins de santé ou le système de soins de santé et le programme de RC, qui comprend l'information sur l'aiguillage du patient. Le fournisseur de soins de santé principal devrait également faire partie de cette communication de sorte à pouvoir assurer la coordination des soins. Le sommaire du congé de l'hôpital pourrait être présenté de façon à contenir les renseignements sur le patient qui doivent être transmis au programme de RC visé (tests, traitements et antécédents cardiovasculaires du patient par exemple). La confidentialité de toute communication doit être protégée comme il se doit, tel qu'il est indiqué dans la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

Conformément aux lignes directrices nationales actuelles sur la RC, la mesure de rendement de l'aiguillage vers la RC chez les patients hospitalisés correspond au quotient du nombre de patients ayant subi un événement cardiaque admissible dirigés vers la RC (numérateur) par le nombre de patients ayant subi un événement admissible moins le nombre de patients ayant subi un événement admissible qui satisfont aux critères d'exclusion de l'aiguillage vers la RC (dénominateur). Les critères d'exclusion de la RC sont liés à la fois au patient (p. ex. soins de longue durée après le congé) et à l'état médical (p. ex. démence profonde)².

Ce sont généralement les bureaux de médecins, les unités d'hôpitaux et les services de consultation externe qui dirigent les patients à la RC²². Il a été établi que la période entre l'hospitalisation et l'accès aux services de RC est nettement plus courte lorsque l'aiguillage est effectué par l'unité de l'hôpital²⁸; une telle approche permet d'assurer un ciblage uniforme et universel des patients admissibles. Par conséquent, cet exposé de principe porte sur les stratégies visant à optimiser l'aiguillage des patients hospitalisés vers la RC.

Objectifs et méthodes

L'objectif de cet exposé de principe consiste à faire la synthèse des données et à formuler des recommandations sur les stratégies visant à accroître la participation aux programmes de RC. Des recherches documentaires détaillées dans les bases de données Scopus, MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, PubMed et Cochrane Library ont été réalisées pour répertorier les

articles pertinents évalués par les pairs. La stratégie de recherche dans chacune des bases de données englobait quatre thèmes : 1) maladies cardiovasculaires, 2) réadaptation, 3) aiguillage et 4) participation. Pour faire partie de la revue de la documentation, les articles devaient satisfaire aux critères suivants : i) étude observationnelle primaire ou secondaire (transversale ou de cohorte) ou étude interventionnelle (randomisée ou non) évaluant l'incidence d'une stratégie d'aiguillage sur la participation aux programmes de RC; ii) participants étant des patients cardiaques admissibles à la RC; iii) article ou résumé publié dans une revue avec comité de lecture; iv) article publié en anglais. Les articles étaient exclus si le taux d'inscription à la RC n'était pas mentionné et si on ne réussissait pas à joindre les auteurs pour obtenir ces données. On a obtenu les articles originaux des résumés pertinents. Deux évaluateurs ont analysé indépendamment les articles à inclure dans la revue à l'aide d'un formulaire normalisé. Les divergences ont été résolues par discussion et consensus avec l'auteur principal.

Cette stratégie a permis d'ajouter un article supplémentaire³² à ceux répertoriés dans le cadre des trois revues de la documentations publiées précédemment²⁹⁻³¹. Dans l'ensemble, 14 articles ont été analysés conformément au système GRADE³³. Les articles ont été analysés du point de vue de la qualité, et un tableau résumant les résultats, classés par stratégie d'aiguillage, a été créé. Pour synthétiser les taux d'inscription par stratégie d'aiguillage, une méta-analyse a été réalisée à l'aide du logiciel compréhensif méta-analyse V2. Ce processus a permis d'établir la qualité globale des données et la force de la recommandation. Le groupe de rédaction secondaire a passé en revue les documents obtenus, qui ont été publiés en vue d'obtenir les commentaires du public, puis ils ont été soumis au comité des lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie (SCC), au conseil d'administration de l'ACRC et au conseil de la SCC aux fins d'approbation.

Stratégies d'aiguillage à la RC

La pratique « habituelle » en matière d'aiguillage consiste à ce que le médecin engage la discussion sur l'aiguillage, puis à ce qu'il se procure un formulaire à cet effet, le remplisse, le signe et le transmette à un établissement offrant des services de RC²⁷. Les stratégies d'aiguillage ont été conçues pour accroître le taux de participation des patients cardiaques hospitalisés admissibles à la RC. Elles sont recommandées dans les lignes directrices du American College of Cardiology et de l'American Heart Association, qui indiquent que les cliniciens doivent envisager d'établir un processus qui favorise l'aiguillage des patients pour qui la RC serait indiquée... En outre, il est important que les fournisseurs de soins de santé et les équipes de RC auxquels le patient a été dirigé communiquent de façon à favoriser la participation du patient (p. e100)³⁵. Les patients cardiaques cibles se définissent comme ceux souffrant d'angine stable chronique ou d'insuffisance cardiaque, atteints d'un

syndrome coronarien aigu ou ayant subi une ICP, un pontage aortocoronarien, une chirurgie de remplacement de valves ou une greffe de cœur². Les autres patients cardiaques peuvent être évalués au cas par cas. Par exemple, des patients atteints de cardiopathie congénitale chez l'adulte ou d'arythmie cardiaque ont bénéficié de la RC.

Ces stratégies systématiques peuvent se définir comme « la mise en place de consignes d'aiguillage vers la RC en fonction des diagnostics jugés admissibles selon les lignes directrices cliniques »³⁶. Dans la documentation, ces stratégies « systématiques » sont mises en œuvre manuellement dans les consignes de congé ou les dossiers médicaux électroniques. Ces approches permettent d'assurer un aiguillage quasi-universel des patients et conviennent particulièrement dans le cas de l'aiguillage direct aux programmes de RC offerts au sein même de l'établissement.

Parmi les autres stratégies d'aiguillage³⁷, notons la stratégie de « liaison », dans le cadre de laquelle un fournisseur de soins de santé ou un pair mentor discute avec le patient au chevet de ce dernier à propos de la RC et recommande l'aiguillage, tout en laissant place au dialogue sur la nature et les bienfaits de ces programmes ainsi que sur les éventuels obstacles à la participation. La revue de la documentation a également permis de relever d'autres stratégies, telles que la diffusion de documents pédagogiques ou de lettres de motivation aux patients, ces documents ayant pour but d'accroître la participation à la RC.

Incidence des stratégies d'aiguillage sur la participation aux programmes de RC

Une personne qui est dirigée à la RC doit assister à la séance de présentation, puis elle doit participer au programme. Les taux de participation rapportés dans les études analysées selon les différentes stratégies d'aiguillage étaient les suivants : aiguillage habituel, de 6 à 32 %; aiguillage systématique, de 19 à 54 %; liaison, de 35 à 56 %; combinaison de ces trois dernières méthodes, de 53 à 78 %; et, enfin, une stratégie systématique ou de liaison combinée à une lettre sur la RC destinée au patient (c.-à-d. autre) a donné un taux de participation allant de 58 à 86 %.

La figure 1 présente un graphique en forêt (Forest plot) qui affiche le taux de participation par stratégie d'aiguillage découlant de la synthèse avec rendement quantitatif. Les estimations par ordre décroissant sont : 73 % (IC 95 %, de 39 à 92 %) pour les lettres aux patients (c.-à-d. « autres » stratégies); 66 % (IC 95 %, de 54 à 77 %) pour les stratégies systématique et de liaison combinées; 45 % (IC 95 %, de 33 à 57 %) pour la stratégie systématique seule; 44 % (IC 95 %, de 35 à 53 %) pour la stratégie de liaison seule. À l'heure actuelle, les données sur les lettres aux patients sont rares et manquent d'uniformité, mais il s'agit tout de même d'un filon de recherche prometteur. De plus, un essai comparatif randomisé à ce sujet est actuellement en cours³⁸.

Par conséquent, nous recommandons que toutes les unités de cardiologie des hôpitaux au Canada adoptent et mettent en œuvre des stratégies d'aiguillage systématique, y compris l'entretien avec le patient à son chevet (systématique + liaison) pour les groupes de patients qui bénéficieraient de la RC, et ce, afin de veiller à ce que les patients s'inscrivent à la RC, y participent et jouissent des bienfaits qui s'ensuivent. Cette approche combinée a été jugée la plus efficace, car elle permet un aiguillage quasi-universel des patients, tout en engageant le patient dans le continuum des soins des maladies chroniques. Le tableau 1 présente un résumé des recommandations. La force des recommandations a été cotée comme « forte » selon les bienfaits nets démontrés et la transposition des données probantes dans la pratique.

Ces recommandations s'appuient sur les résultats de l'étude observationnelle comparative multicentrique « Cardiac Rehabilitation care Continuity through Automatic Referral Evaluation » (CRCARE)³⁹, qui indiquent que les taux d'inscription peuvent atteindre leur plus haut niveau, soit plus de 70 %, suivant un aiguillage systématique en combinaison avec une stratégie de liaison. Cette combinaison des stratégies systématique et de liaison a permis d'obtenir un nombre d'aiguillages vers la RC huit fois plus élevé par rapport aux approches standard, après correction pour le service de recrutement des hôpitaux⁴⁰. La prise d'un rendez-vous pour l'inscription à la RC avant le congé du patient hospitalisé de même que la prestation précoce des services de RC aux patients en consultation externe ont également entraîné des taux de participation à la RC beaucoup plus élevés⁴¹. Les dernières stratégies requièrent des études plus approfondies.

Lacunes et limitations méthodologiques

Même si, dans l'ensemble, les résultats étaient plutôt uniformes, directs et entraînaient des bienfaits nets, la qualité globale des données est faible en raison de la conception et de l'hétérogénéité des études. Seules quatre des quatorze études étaient des essais cliniques comparatifs randomisés : deux évaluaient l'incidence des lettres aux patients après la stratégie de liaison⁴² et l'aiguillage systématique⁴³, et les deux autres portaient sur l'entretien de liaison infirmière-patient^{44, 45}. Aucun essai clinique comparatif randomisé n'examinait l'incidence de l'aiguillage systématique contre celui de l'aiguillage habituel pour le recours à la RC.

On a noté une assez large fourchette de taux de participation parmi les stratégies d'aiguillage. Cet écart pourrait s'expliquer par les différentes caractéristiques cliniques et socio-démographiques des patients, les caractéristiques et la capacité des programmes de RC, les différences dans la façon dont les unités d'hôpitaux mettent en œuvre les stratégies d'aiguillage et d'autres variabilités non mesurées. Par exemple, on n'a pas comparé l'incidence d'un congé normal par rapport à celle d'une consigne électronique pour l'aiguille

« systématique » à la RC, ni l'incidence de l'aiguillage de « liaison » au chevet du patient par un médecin, une infirmière ou un professionnel de la santé connexe par rapport à la liaison par un pair. Il s'agit là des domaines prioritaires pour les prochaines recherches. Une recherche plus approfondie doit également être menée sur l'éventualité de réduire les inégalités quant à l'accès à la RC grâce aux stratégies d'aiguillage systématiques. Enfin, une évaluation économique exhaustive des coûts et des répercussions de la RC, notamment en ce qui concerne les stratégies d'aiguillage systématiques des patients hospitalisés, s'impose.

Amélioration de l'aiguillage vers la RC

En 2000, le cadre de service national pour les coronaropathies a été publié au Royaume-Uni. Ce cadre établissait un taux d'aiguillage cible vers la RC⁴⁶, qui n'a toutefois pas été atteint²⁴. Ce premier et unique objectif publié était de 85 %. Le groupe de rédaction appuie cet objectif. Or, du point de vue clinique, il convient davantage d'établir un objectif pour la participation à la RC, étant donné que ce dernier est un déterminant plus important de la morbidité et de la mortalité chez les patients. À la lumière des données probantes²⁹, nous recommandons un premier objectif de 70 % pour la participation à la RC des patients cardiaques hospitalisés admissibles. Cet objectif s'est avéré réalisable au moyen de la mise en œuvre des pratiques exemplaires en matière d'aiguillage vers la RC et tient compte du fait que certains patients peuvent décider de ne pas participer à la RC, même après y avoir été dirigés.

Nous devons prendre des mesures immédiates pour nous attaquer au faible taux d'utilisation de la RC au Canada, et ce, en employant des stratégies d'aiguillage qui se sont montrées efficaces pour l'augmentation de la participation des patients. Il existe plusieurs outils qui soutiennent la modification de la pratique en matière d'aiguillage vers la RC et qui promeuvent la participation des patients à la RC. En Ontario, le Réseau de soins cardiaques utilise l'outil Liste de contrôle fondée sur les lignes directrices pour le syndrome coronarien aigu de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, qui comprend l'aiguillage vers la RC (http://www.ccpnetwork.ca/GWG/en_toolkit.php). Cet outil est inspiré de l'outil « Get with the Guidelines » de l'American Heart Association (<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1165>), qui permet d'augmenter considérablement le taux d'aiguillage vers la RC au fil du temps selon des études multicentriques d'envergure⁴⁷. De façon plus générale, l'American Association of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention a publié des mesures de rendement pour l'aiguillage vers la RC qui s'appliquent à tous les groupes de patients admissibles²⁷ et qui comprennent des consignes relatives à l'aiguillage, un aperçu du processus d'aiguillage ainsi qu'un texte proposés pour la description de la RC.

La mise en œuvre des stratégies d'aiguillage

selon les pratiques exemplaires peut être mesurée de manière comparative à l'aide des mesures de rendement publiées dans la 3^e édition du livre « Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Cardiovascular Disease Prevention »². Le répertoire des programmes offerts au Canada en matière de réadaptation cardiaque (<http://www.cacr.ca/resources/registry.cfm>) est une plateforme qui a été créée récemment pour effectuer le suivi et la comparaison de l'efficacité des changements apportés à l'amélioration de la qualité en vue d'atteindre l'objectif de participation de 70 %. La figure 2 présente un organigramme visant à faciliter la mise en œuvre des stratégies d'aiguillage vers la RC. Voici certaines méthodes éprouvées pour promouvoir le changement des pratiques dans le domaine des soins de santé : mise en place de cycles PEÉA (planifier, exécuter, étudier, agir) courts, rapides et fréquents, surveillance et prise de mesures, communication de petits essais de changements quotidiens à des groupes d'employés, élaboration d'une politique qui désigne le responsable de chacune des étapes du processus d'aiguillage et le moment où elles doivent être exécutées, sensibilisation du personnel et des résidents à l'importance de l'aiguillage vers la RC dans le cadre de réunions de services « juste-à-temps » et mise en place de pratiques professionnelles et de conseils de la qualité au sein des établissements. Ces activités doivent être entreprises avec l'aval de la haute direction et après avoir reçu un mandat clair de leur part, ainsi qu'avec le soutien de champions de la médecine.

Incidence sur les politiques

La mise en œuvre globale des stratégies d'aiguillage vers la RC selon les pratiques exemplaires contenues dans les présentes pourrait avoir une incidence positive importante sur la santé publique. Si le taux de participation à la RC passait d'environ 30 % à 70 %, cela se traduirait par une augmentation de 40 % des patients cardiaques admissibles qui bénéficieraient d'une diminution de 25 % du taux de mortalité^{3, 48}. On peut s'attendre à ce qu'une telle augmentation de la participation donne lieu à une réduction importante des coûts découlant, notamment, de la réduction des taux de réhospitalisation^{13, 49}.

Il y a toutefois plusieurs conséquences à la mise en œuvre des stratégies systématiques et de liaison visant à augmenter le nombre de participants aux programmes de RC. Il faudra que les programmes auxquels sont dirigés les patients soient disponibles. Les responsables des programmes de RC existants devront se pencher sur la façon de gérer ce nombre accru d'aiguillages. Malheureusement, malgré le système de santé publique en place au Canada, le financement ainsi que la disponibilité des services de RC sont très inégaux d'une province à l'autre et même d'une région à l'autre. Nous préconisons qu'un comité mixte ACRC-SCC procède à

un examen de la disponibilité des programmes de RC et de leur financement à l'échelle nationale en vue de stimuler le soutien de l'accessibilité à la RC dans toutes les régions de chacune des provinces du Canada.

En ce qui concerne ce dernier point, il se peut que les programmes de RC ne disposent pas d'un nombre suffisant d'employés, ni du financement nécessaire, pour absorber une telle augmentation du nombre de patients aiguillés et du nombre total de patients. Il serait alors indiqué de financer davantage ces programmes pour permettre l'embauche d'employés supplémentaires et le recours à un plus grand nombre d'installations de plus grandes dimensions. La figure 3 présente d'autres stratégies pour faire face aux contraintes éventuelles relatives à la capacité des programmes de RC.

Le dernier point à considérer est le coût lié à l'aiguillage. Bien que la mise en œuvre d'une stratégie d'aiguillage systématique demande beaucoup de temps ainsi que des coûts de démarrages importants, particulièrement dans le cas des consignes de congé électroniques, les coûts nécessaires au maintien de ce système ne seraient pas élevés. Cependant, les coûts associés à l'aiguillage de liaison seraient plus importants en raison des honoraires à verser aux professionnelles de la santé. Étant donné que de nombreux établissements utilisent déjà ce modèle, il pourrait être mis en place dans un contexte élargi, en l'incorporant, par exemple, à la charge de travail des infirmières enseignantes. La remise de brochures d'information au patient, qui s'avère une méthode prometteuse dans le cadre de l'aiguillage à la RC, pourrait être une technique à coût modique à employer pour réaliser le volet de liaison au chevet du patient. Il convient d'étudier la rentabilité de ces stratégies d'aiguillage, bien que nous soyons d'avis que les bienfaits nets pour la santé associés à ces stratégies d'aiguillages en valent le coup^{12, 50, 51}.

Conclusions

Malgré les bienfaits éprouvés de la RC³, seulement 34 % des patients admissibles sont dirigés vers des programmes de CR⁵², et, au bout du compte, seuls 20 % des patients y participent²¹. Ces faits vont à l'encontre des lignes directrices cliniques fondées sur les preuves, qui recommandent la RC comme une norme de soins dans la prise en charge des maladies cardiovasculaires²⁷. À la lumière des données synthétisées tout au long de cet exposé, nous conseillons fortement, pour parvenir à accroître la participation à la RC, de mettre en œuvre une combinaison des stratégies d'aiguillage systématique et de liaison dans toutes les unités d'hôpitaux qui traitent des groupes de patients chez qui la RC s'est montrée bénéfique. En effet, il est possible d'atteindre un taux de participation supérieur à 70 %. La mise en œuvre de ces stratégies d'aiguillage à plus grande échelle se traduirait éventuellement par une incidence on ne peut plus positive sur la santé publique. Les décideurs et les fournisseurs ont dès lors l'occasion de renforcer la capacité de la prise en charge de la maladie chronique au Canada.

Conflit d'intérêts :

Les membres de ce groupe ont procédé à l'élaboration et à la rédaction du présent manuscrit de manière bénévole et en toute indépendance éditoriale.

Remerciements :

Nous tenons à remercier Shannon Gravely-Witte, Ph. D.(c), qui a réalisé la revue de la documentation et a effectué l'évaluation de la qualité conformément au système GRADE, ainsi qu'Yvonne Leung, Ph. D.(c), qui a réalisé la méta-analyse. Sherry L. Grace a reçu la bourse de nouvelle chercheuse des IRSC (n° MSH-80489). Les auteurs tiennent également à remercier Marilyn Thomas, Carolyn Pullen, D^{re} Michelle Graham et D^r Michael McDonald pour le soutien qu'ils nous ont offert tout au long de la préparation de ce document.

Références

1. H. M. Arthur et coll., « The Canadian Heart Health Strategy and Action Plan: Cardiac rehabilitation as an exemplar of chronic disease management », *Journal canadien de cardiologie*, vol. 26 (2010), p. 37-41.
2. J. A. Stone, H. M. Arthur, N. Suskin (éditeurs), *Canadian guidelines for cardiac rehabilitation and cardiovascular disease prevention: Translating knowledge into action* (3^e édition), Association canadienne de réadaptation cardiaque, Winnipeg (Manitoba), 2009. Sur Internet à l'adresse : <http://www.cacr.ca/resources/guidelines.cfm>.
3. R. S. Taylor et coll., « Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials », *American Journal of Medicine*, vol. 116 (2004), p. 682-692.
4. J. C. LaRosa, J. He, S. Vupputuri, « Effect of statins on risk of coronary disease: A meta-analysis of randomized controlled trials », *Journal of the American Medical Association*, vol. 282 (1999), p. 2340-2346.
5. Antithrombotic Trialists' Collaboration, « Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients », *British Medical Journal*, vol. 324 (2002), p. 71-86.
6. W. E. Boden et coll., « Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease », *The New England Journal of Medicine*, vol. 356 (2007), p. 1503-1516.
7. R. Hambrecht et coll., « Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease: A randomized trial », *Circulation*, vol. 109 (2004), p. 1371-1378.
8. N. K. Wenger, « Current status of cardiac rehabilitation », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 51 (2008), p. 1619-1631.
9. C. K. Chow et coll., « Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes », *Circulation*, vol. 121 (2010), p. 750-758.
10. A. M. Clark et coll., « Meta-analysis: Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease », *Annals of Internal Medicine*, vol. 143 (2005), p. 659-672.
11. K. Kotseva et coll., « Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: A comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight european countries », *Lancet*, vol. 373 (2009), p. 929.
12. N. Oldridge et coll., « Economic evaluation of cardiac rehabilitation soon after acute myocardial infarction », *American Journal of Cardiology*, vol. 72 (1993), p. 154-161.
13. L. Theriault, C. Stonebridge et S. Browarski. *La Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire : Facteurs de risque et répercussions sur les coûts futurs*. Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010.
14. S. Papadakis et coll., « Economic evaluation of cardiac rehabilitation: A systematic review », *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, vol. 12 (2005), p. 513-520.
15. A. Brown et coll., *Étude méthodique de l'utilité clinique et économique de la réadaptation cardiovasculaire axée sur l'exercice physique au regard de la coronopathie*, Ottawa, Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, 2003, Rapport technologique n° 34.
16. D. L. Riley, D. E. Stewart et S. L. Grace, « Continuity of cardiac care: Cardiac rehabilitation participation and other correlates », *International Journal of Cardiology*, vol. 119, n° 3 (2007), p. 326-333.
17. J. M. O. Arnold et coll., « Canadian cardiovascular society consensus conference recommendations on heart failure 2006: Diagnosis and management », *Journal canadien de cardiologie*, vol. 22 (2006), p. 23-45.
18. W. Dafoe et coll., « Canadian Cardiovascular Society Access to Care Working Group on Cardiac Rehabilitation. Universal access: But when? treating the right patient at the right time: Access to cardiac rehabilitation », *Journal canadien de cardiologie*, vol. 22 (2006), p. 905-911.
19. B. J. Witt et coll., « Cardiac rehabilitation after myocardial infarction in the community », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 44 (2004), p. 988-996.
20. E. Candido et coll., « Needs-based regional planning of secondary cardiac prevention services in Ontario », *Journal canadien de cardiologie* (sous presse).
21. J. A. Suaya et coll., « Use of cardiac rehabilitation by medicare beneficiaries after myocardial infarction or coronary bypass surgery », *Circulation*, vol. 116 (2007), p. 1653-1662.
22. T. Swabey et coll., « The Ontario cardiac rehabilitation pilot project », *Journal canadien de cardiologie*, vol. 20 (2004), p. 957-961.
23. Réadaptation cardiaque du Nouveau-Brunswick. Rapport annuel au Comité consultatif des services de cardiologie du Nouveau-Brunswick, Saint John, Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick, 2008.

24. H. J. Bethell et coll., « The rise and fall of cardiac rehabilitation in the United Kingdom since 1998 », *Journal of Public Health (Oxford)*, vol. 29 (2007), p. 57-61.
25. S.K. Pasquali et coll., « Testing an intervention to increase cardiac rehabilitation enrollment after coronary artery bypass grafting », *The American Journal of Cardiology*, vol. 88 (2001), p. 1415-1416, A6.
26. S. L. Grace et coll., « Cardiac rehabilitation II: Referral and participation », *General Hospital Psychiatry*, vol. 24 (2002), p. 127-134.
27. R. J. Thomas et coll., « AACVPR/ACC/AHA 2007 performance measures on cardiac rehabilitation for referral to and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention services », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 50 (2007), p. 1400-1433.
28. S. L. Grace et coll., « A prospective comparison of cardiac rehabilitation enrollment following automatic vs usual referral », *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 39 (2007), p. 239-245.
29. S. Gravelly-Witte et coll., « Effects of cardiac rehabilitation referral strategies on referral and enrollment rates », *Nature Reviews Cardiology*, vol. 7 (2010), p. 87-96.
30. H. M. Arthur, « Enhancing secondary prevention of cardiovascular disease through increased referral to cardiac rehabilitation », *Journal of Clinical Outcomes Management*, vol. 13 (2006), p. 572-577.
31. A.D. Beswick et coll., « Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: Literature review », *Journal of Advance Nursing*, vol. 49 (2005), p. 538-555.
32. E. Mueller et coll., « Effect of a computerized referral at hospital discharge on cardiac rehabilitation participation rates », *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, vol. 29 (2009), p. 365-369.
33. G.H. Guyatt et coll., « GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations », *British Medical Journal*, vol. 336 (2008), p. 924-926.
34. Biostat Inc. *Comprehensive meta-analysis* (en ligne), New Jersey (États-Unis), 2006 [2] (consulté en 2009). Sur Internet à l'adresse : http://www.meta-analysis.com/pages/why_do.html.
35. J. L. Anderson et coll., « ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients with Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) Developed in Collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons Endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 50 (2007), p. e1-e157.
36. J. P. Fischer, « Automatic referral to cardiac rehabilitation », *Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 23 (2008), p. 474-479.
37. S.L. Grace et coll., « Referral to and discharge from cardiac rehabilitation: Key informant views on continuity of care », présenté à l'occasion de la journée annuelle de la recherche du University Health Network, Toronto (Ontario), 2003.
38. S. M. Mosleh, A. Kiger et N. Campbell, « Improving uptake of cardiac rehabilitation: Using theoretical modelling to design an intervention », *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 8 (2009), p. 161-168.
39. S. L. Grace et coll., « Potential of innovative cardiac rehabilitation techniques to increase utilization rates: Preliminary results of the CRCARE study », *Journal canadien de cardiologie*, vol. 24 (octobre 2008), p. 195E.
40. S. L. Grace et coll., « Effect of cardiac rehabilitation referral strategies on utilization rates: A prospective, controlled study », *Archives of Internal Medicine* (sous presse).
41. S. L. Grace et coll., « Effectiveness of inpatient and outpatient strategies in increasing referral and utilization of cardiac rehabilitation: A prospective, multi-site study », *Canadian Medical Association Journal* (en cours de révision).
42. S. J. Wyer et coll., « Increasing attendance at a cardiac rehabilitation programme: An intervention study using the theory of planned behaviour », *Coronary Health Care*, vol. 5 (2001), p. 154-159.
43. N. Suskin et coll., « Improving cardiac rehabilitation (CR) participation in women and men, the CR participation study », *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, Québec, Assemblée annuelle et symposium de l'Association canadienne de réadaptation cardiaque, vol. 27, n°5 (2007), p. 342.
44. D. L. Carroll, S. H. Rankin et B. A. Cooper. « The effects of a collaborative peer advisor/advanced practice nurse intervention: Cardiac rehabilitation participation and rehospitalization in older adults after a cardiac event », *Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 22 (2007), p. 313-319.

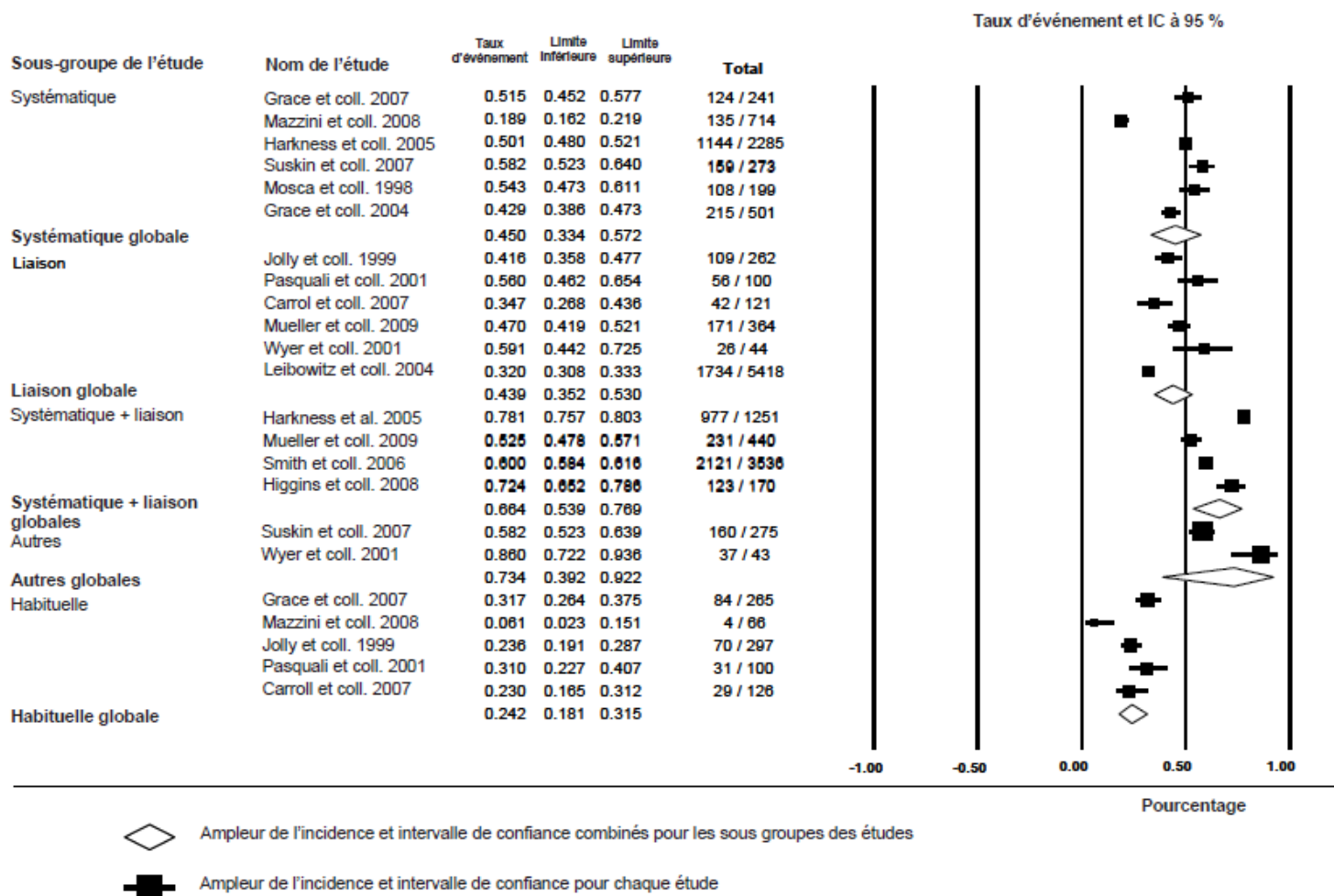
45. K. Jolly et coll., « Randomised controlled trial of follow up care in general practice of patients with myocardial infarction and angina: Final results of the Southampton heart integrated care project (SHIP) », *British Medical Journal*, vol. 318 (1999), p. 706-711.
46. Ministère britannique de la Santé. « Cardiac rehabilitation », *Coronary heart disease: national service framework for coronary heart disease - modern standards and service models*, chapitre 7, numéro de produit 16611 (consulté le 22 décembre 2009). Sur Internet à l'adresse : http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4057524.pdf.
47. K. A. LaBresh et coll., « Improved treatment of hospitalized coronary artery disease patients with the get with the guidelines program », *Critical Pathways in Cardiology*, vol. 6 (2007), p. 98-105.
R. S. Taylor et coll., « Mortality reductions in patients receiving exercise-based cardiac rehabilitation: How much can be attributed to cardiovascular risk factor improvements? », *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, vol. 13 (2006), p. 369-374.
48. Cardiac Care Network. *The Ontario cardiac rehabilitation pilot project: Report and recommendations*, Toronto (Ontario), Cardiac Care Network, 2002. Sur Internet à l'adresse : <http://www.ccn.on.ca/pdfs/Rehab-Pilot-Project-Sep2002.pdf>.
49. S. Papadakis et coll., « Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation program delivery models in patients at varying cardiac risk, reason for referral, and sex », *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, vol. 15 (2008), p. 347-353.
50. I. Lowensteyn et coll., « The cost-effectiveness of exercise training for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease », *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, vol. 20 (2000), p. 147-155.
51. O. Cortes et H. M. Arthur, « Determinants of referral to cardiac rehabilitation programs in patients with coronary artery disease: A systematic review », *American Heart Journal*, vol. 151 (2006), p. 249-256.
52. Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et Plan d'action, *Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et Plan d'action : Pour un Canada au coeur qui bat*, Ottawa, présenté au ministre de la Santé, 2009.

Tableau 1. RECOMMANDATIONS DE L'ACRC ET DE LA SCC SUR LES STRATÉGIES D'AIGUILLAGE SYSTÉMATISÉ POUR LA RÉADAPTATION CARDIAQUE

	QUALITÉ DES DONNÉES	FORCE DE LA RECOMMANDATION
Nous recommandons la mise en œuvre de stratégies d'aiguillage systématique (systématique) à l'aide de consignes de congé explicites pour les patients hospitalisés qui sont atteints d'une affection cardiaque pour laquelle un aiguillage accru vers la RC est indiqué.	Faible	Forte
Nous recommandons que les stratégies d'aiguillage systématique pour les patients hospitalisés soient renforcées par un entretien au chevet du patient (systématique + liaison) afin d'optimiser la participation à la RC.	Faible	Forte
Nous recommandons que les stratégies d'aiguillage systématique pour les patients hospitalisés soient renforcées par une lettre de motivation (autre) afin d'optimiser la participation à la RC.	Faible	Forte
Nous recommandons d'appliquer à tous les patients cardiaques hospitalisés les lignes directrices « Get with the Guidelines » de l'AHA, selon leur adaptation canadienne de l'Université d'Ottawa, sous la forme de l'outil Liste de contrôle fondée sur les lignes directrices pour le syndrome coronarien aigu de l'Institut de cardiologie (systématique + liaison).	Faible	Forte
Nous recommandons de procéder à un examen de la situation des besoins, du financement et du soutien en matière de RC à l'échelle nationale.	Conditionnelle	Très faible

AHA = American Heart Association; RC = Réadaptation cardiaque

Figure 1. Graphique en forêt (Forest plot) de l'incidence d'une stratégie d'aiguillage sur la participation aux programmes de RC



Hétérogénéité :

Systématique : $Q = 225,32$, $df = 5$, $p < 0,0001$; $I^2 = 97,78$

Liaison : $Q = 74,45$, $df = 5$, $p < 0,0001$; $I^2 = 93,28$

Systématique + liaison : $Q = 157,22$, $df = 3$, $p < 0,0001$; $I^2 = 98,10$

Autre : $Q = 10,63$, $df = 1$, $p < 0,001$; $I^2 = 90,59$

Habituel : $Q = 17,91$, $df = 4$, $p < 0,001$; $I^2 = 77,66$

Figure 2. Processus de développement pour l'aiguillage systématisé des patients hospitalisés vers la réadaptation cardiaque

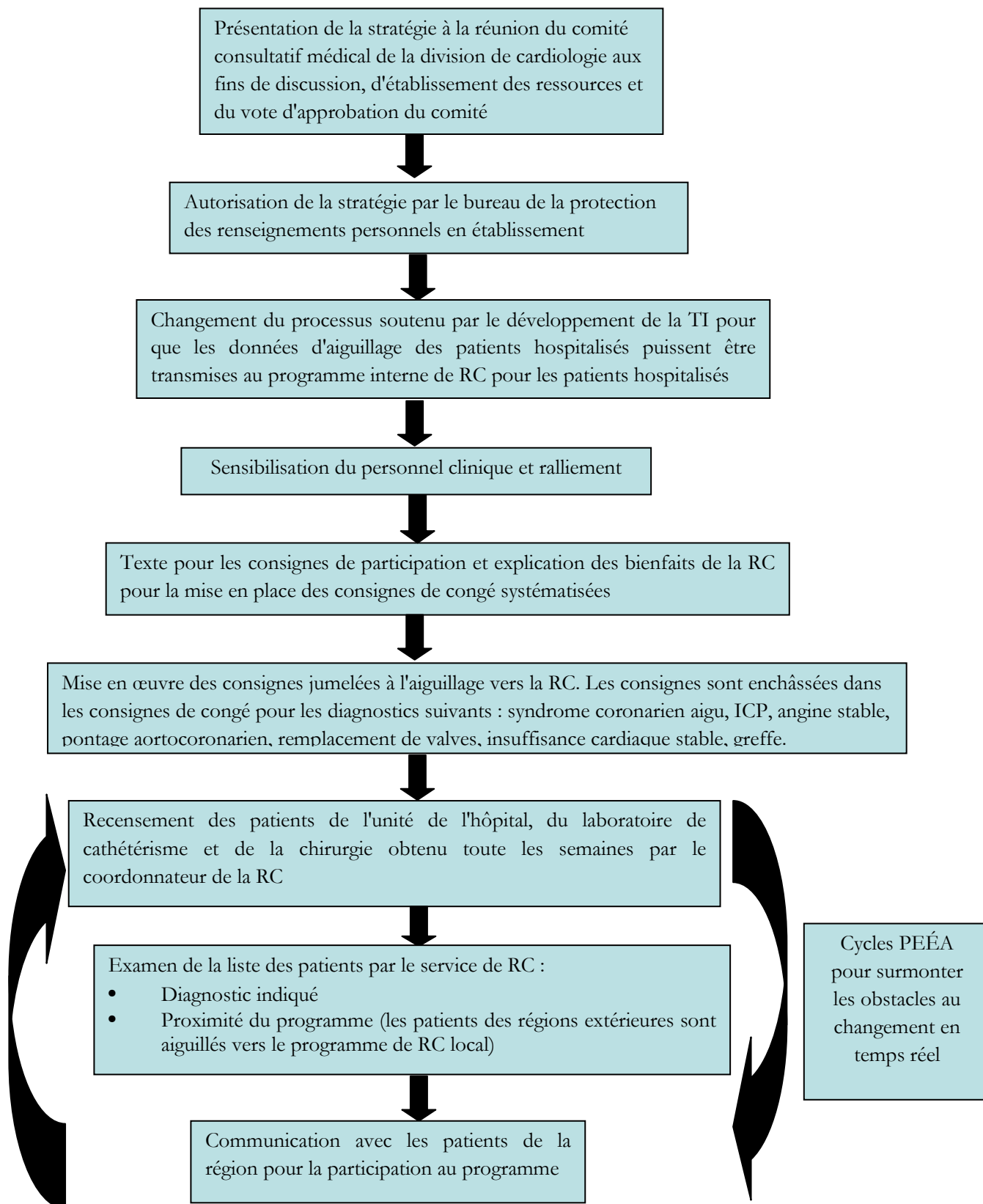


Figure 3. Stratégies visant à absorber l'augmentation de la demande de services de RC suivant la mise en œuvre de l'aiguillage systématique et de liaison

- Appui de la demande de financement.
- Adaptation de la durée des programmes selon les besoins et le risque des patients.
- Aiguillage vers des programmes de RC communautaires ou à domicile, lorsque la stratification des risques justifie un aiguillage de ce genre.
- Collaboration avec d'autres programmes pour réorienter l'aiguillage à des services situés plus près du domicile des patients.
- Mise en place de l'aiguillage systématique pour un diagnostic admissible à la fois.
- Détermination des meilleurs candidats pour les différents types de programmes.
- Examen de modèles de prestation de programmes novateurs (p. ex. télémédecine).
- Examen de modèles communautaires sécuritaires qui tirent parti des ressources communautaires et optimisent l'expertise des professionnels de la RC.