

# LE CONTINUUM D'INTERVENTION

## « MALADIES CARDIOVASCULAIRES »

---

Les maladies cardiovasculaires (MCV) qui incluent les maladies cardiaques, les maladies vasculaires dont l'hypertension, de même que les maladies cérébrovasculaires, arrivent au premier rang des coûts associés à la maladie. Au Québec, en 1998, le coût total des maladies cardiovasculaires était de l'ordre de 4,6 milliards de dollars, soit 13 % de l'ensemble des dépenses consacrées à la maladie<sup>1</sup>.

Selon un consensus d'experts de la Direction de santé publique de la Montérégie (avril 2005), la prévalence, dans la population générale, des maladies cardiovasculaires telles que définies précédemment, est estimée de 25 %, ce qui représente 335 529 cas probables en Montérégie pour l'année 2004. La prévalence augmente avec l'âge à partir de 45 ans. Les hommes sont plus atteints que les femmes.

On sait que la plupart des maladies cardiovasculaires découlent des effets de plusieurs facteurs de risque. Les facteurs de risque non modifiables sont l'âge, le sexe et l'hérédité alors que les facteurs de risque modifiables sont l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hypertrophie ventriculaire gauche, le tabagisme, la sédentarité, la dyslipidémie, les mauvaises habitudes alimentaires, le diabète sucré et le stress.

En ce qui concerne les indicateurs de santé, le taux de mortalité par MCV (1994-1998) pour la Montérégie est de 268,8 par 100 000 de population. Le taux de mortalité est plus élevé chez les hommes et chez les groupes de personnes plus âgées<sup>2</sup>. Le taux moyen d'années de vie perdues en raison d'un décès causé par MCV est de 11,1 années par 1 000 personnes en Montérégie.

Le tableau suivant illustre la typologie des services du continuum en fonction des dimensions **PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR**.

---

<sup>1</sup> SANTÉ CANADA. *Le fardeau économique de la maladie au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2002.

<sup>2</sup> SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE. *Conférence consensuelle sur l'évaluation et le traitement des cardiopathies ischémiques chroniques*, Ottawa, Société canadienne de cardiologie, 1997.

## TYPLOGIE DES SERVICES

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Information et sensibilisation</li> <li>▪ Interventions multistratégiques de promotion et de prévention du tabagisme</li> <li>▪ Interventions médicales préventives</li> <li>▪ Pratiques cliniques préventives</li> <li>▪ Services d'immunisation (influenza, pneumocoque)</li> <li>▪ Promotion de la qualité de l'air intérieur et extérieur</li> <li>▪ Promotion de la qualité de l'air dans l'environnement de travail</li> <li>▪ Mobilisation des réseaux de l'intersectoriel</li> <li>▪ Recherche de cas et interventions précoces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostic, traitement et suivi (médecins de famille)</li> <li>▪ Activités de cessation tabagique</li> <li>▪ Services médicaux et diagnostiques spécialisés (accès)</li> <li>▪ Suivi systématique multidisciplinaire (cas modérés et sévères)</li> <li>▪ Clinique d'enseignement et de suivi de clientèle</li> <li>▪ Diagnostic des conditions comorbides</li> <li>▪ Services d'urgence et d'hospitalisation</li> <li>▪ Services pharmaceutiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Info-Santé</li> <li>▪ Services psychosociaux auprès de la personne et de ses proches</li> <li>▪ Soutien d'ordre pratique et psychosocial</li> <li>▪ Clinique d'enseignement et de suivi de clientèle</li> <li>▪ Suivi intégré par une équipe multidisciplinaire (clientèle atteinte de façon modérée et sévère)</li> <li>▪ Services d'adaptation et de réadaptation</li> <li>▪ Services pharmaceutiques</li> <li>▪ Services de soins de fin de vie</li> </ul>

## DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION

Entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour des chantiers régionaux sur les continuums d'intervention. Chaque équipe de travail associé à un continuum devait, dans un premier temps, définir les caractéristiques de ce continuum en termes de besoins de la population visée, d'interventions à déployer au niveau de la prévention, du traitement et du soutien et enfin, du réseautage actuel. Dans une seconde étape, les équipes de travail ont procédé à l'identification de zones d'inadéquation entre les besoins de la population montérégienne et les services offerts. Les résultats de cette démarche ont été soumis à l'attention d'un certain nombre d'experts et de partenaires du réseau, ce qui a permis de bonifier le matériel proposé. La troisième phase du travail a consisté à traduire les zones d'inadéquation retenues en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Ces pistes d'action ont été formulées, dans la mesure du possible, à partir des grands objectifs d'accessibilité, de continuité des services et de qualité, énoncés par le MSSS<sup>3</sup>. Le texte qui suit présente les pistes d'action identifiées pour le continuum d'intervention « Maladies cardiovasculaires ».

Les pistes d'action sont présentées en fonction des trois grands niveaux d'intervention que sont le **PRÉVENIR - GUÉRIR - SOUTENIR**. Certaines pistes relèvent de plusieurs niveaux d'intervention à la fois. Dans ces cas, pour éviter les répétitions, nous les avons classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes qui concernent le continuum dans son ensemble ont été mises arbitrairement dans la section **GUÉRIR**. Enfin, certaines pistes ont été regroupées, soit parce qu'elles sont interreliées ou parce qu'elles s'adressent à un même sous-groupe de la clientèle.

### A) PRÉVENIR<sup>4</sup>

Les pistes d'action au niveau de la prévention directement en lien avec ce continuum sont :

1. L'implantation d'un programme intégré, multistratégique et intersectoriel de type 0-5-30 Combinaison prévention<sup>5</sup>.

Un programme intégrateur et multistratégique, le Programme 0-5-30 combinaison prévention, est actuellement en développement. Il vise à agir tant sur le tabagisme que sur la qualité de l'alimentation et la pratique régulière d'activités physiques, et ce, dans différents milieux de vie.

<sup>3</sup> Dans la formulation des pistes d'action, le terme « accessibilité » fait référence à des services déjà offerts mais dont l'accès pose certains problèmes alors que le terme « disponibilité » a été employé pour les services ou activités à mettre en place.

<sup>4</sup> La plupart des actions du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et des Plans d'action locaux ciblent l'ensemble de la population et agissent sur un ensemble de problèmes de santé et de bien-être. Pour cette raison, elles se retrouvent dans le continuum « Interventions universelles ». Nous vous référons à ce continuum afin de compléter l'information que vous retrouvez dans ce continuum spécifique.

<sup>5</sup> À noter que cette piste d'action se retrouve également dans les continuums d'intervention « Diabète » et « Lutte contre le cancer » ainsi que dans le continuum « Interventions universelles ».

2. La qualité des interventions multistratégiques de prévention du tabagisme.

La réduction du tabagisme dépend d'interventions à multiples facettes pour prévenir l'initiation au tabagisme chez les jeunes (milieu scolaire), aider les fumeurs à cesser et soutenir les non-fumeurs dans leurs démarches pour obtenir un environnement sans fumée.

3. L'intensification du soutien aux campagnes sociétales de promotion de saines habitudes de vie (cessation du tabagisme, saine alimentation et activité physique).

Afin d'agir sur la norme sociale ainsi que sur les connaissances et attitudes des personnes, des campagnes nationales de promotion visant l'adoption de saines habitudes de vie dont le non-tabagisme, l'activité physique et la saine alimentation sont en cours. Des actions régionales et locales de renforcement sont nécessaires pour favoriser l'efficacité de ces campagnes.

Concernant le non-tabagisme plus spécifiquement, un concours national J'arrête, j'y gagne a lieu depuis 5 ans. Dans le cadre du concours, plusieurs activités se réalisent dans différents milieux de vie, dont les écoles et les entreprises. Un défi national sur le même modèle, le Défi 5/30 visant la consommation de cinq fruits et légumes par jour et la pratique de 30 minutes d'activités physique par jour, a été lancé en 2005 et devrait se renouveler au cours des prochaines années.

4. La systématisation de l'identification des facteurs de risque (questionnaire, examen physique, tests complémentaires) en vue de leur stratification.

L'identification des facteurs de risque de MCV devrait faire partie du questionnaire médical et du dossier afin d'agir précocement sur ces facteurs de risque (ex : HTA, dyslipidémie, diabète, etc.).

5. L'intensification de la promotion d'un environnement sans fumée.

Des problèmes de santé peuvent être causés par la fumée secondaire de tabac. Une loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics est en processus d'application au Québec. Beaucoup de travail de promotion reste à faire pour atteindre l'objectif visé.

6. L'amélioration de l'application des pratiques cliniques préventives dont l'efficacité est reconnue.

L'application des pratiques cliniques préventives dont l'efficacité est démontrée, en particulier la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'hypertension artérielle, le counselling alimentaire, l'arrêt tabagique et la pratique régulière de l'activité physique devrait être systématisée.

7. L'accessibilité aux services de cessation tabagique.

Des centres d'abandon du tabac sont implantés dans tous les CLSC. Une formation sur l'intervention minimale ou brève en counselling antitabagique est disponible.

Des programmes comprenant un volet de cessation du tabac sont aussi actuellement implantés dans plusieurs territoires (programmes d'éducation en prévention du tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire, par exemple, Gang allumée).

De plus, dans le cadre d'École en santé, l'adoption de saines habitudes de vie est visée. Cette approche amorce actuellement son implantation en Montérégie.

## B) GUÉRIR

Le niveau d'intervention **GUÉRIR** comprend les services reliés à l'accueil des clientèles, au dépistage, à l'évaluation et à l'établissement du diagnostic, ainsi qu'au traitement ou à l'intervention psychosociale. Les pistes d'action plus spécifiquement reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

8. La clarification de la hiérarchisation des services.

Afin d'utiliser les ressources médicales de façon optimale, les omnipraticiens devraient assurer le suivi régulier des patients et les référer aux spécialistes lorsque requis.

9. L'amélioration de la continuité des services à l'aide d'outils de partage d'information.

Il serait souhaitable que le dossier puisse suivre le patient afin d'éviter la répétition d'actes médicaux et assurer une qualité de prise en charge. Un dossier informatique est à promouvoir pour un meilleur partage d'informations interétablissements.

10. L'intensification des mesures de promotion de la qualité de l'air extérieur.

Les épisodes de niveau élevé de pollution atmosphérique, souvent appelés épisodes de smog, sont associés à une augmentation de la morbidité et de la mortalité reliée aux maladies cardiorespiratoires. Afin de réduire les risques de complications chez les populations vulnérables, le Programme Info-smog a débuté il y a quelques années avec l'objectif de limiter leur niveau d'exposition lors d'épisodes de smog. Les avis d'Environnement Canada sur les épisodes de smog sont transmis, depuis 2002, à certains CLSC. De plus, différentes sources d'émissions atmosphériques industrielles pouvant présenter un risque pour la santé des personnes exposées font l'objet d'interventions de la part des équipes de la Direction de santé publique.

11. L'application des guides de pratique de traitement.

Afin d'améliorer la qualité des services, il faudrait promouvoir à l'intérieur des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et du Département régional de médecine générale, le développement des meilleures pratiques selon les consensus établis en insistant sur le traitement des facteurs de risque (HTA, tabagisme, diabète, dyslipidémie, obésité). De plus, les patients devraient être suivis par les omnipraticiens dans les cabinets privés, dans les groupes de médecine familiale (GMF) ou en CLSC selon les recommandations des groupes d'experts.

12. L'amélioration des délais de réponse des services ambulanciers.

13. L'accessibilité rapide aux services spécialisés (diagnostic et traitement).

Les interventions précoces déterminent souvent l'issue de la maladie, puisque des interventions rapides permettent d'éviter l'infarctus (recanalisation en hémodynamie chez les patients qui se présentent dans les premières heures d'un infarctus) et les AVC (lyse du caillot par médicament pour un patient qui se présente avec AVC thrombotique, dans les premières heures). C'est donc dire toute l'importance d'avoir accès rapidement à des services ambulanciers ainsi qu'à des plateaux techniques de soins spécialisés (médecins spécialistes, trombolysse, coronarographie, dilatation coronarienne et angioplastie).

14. L'accessibilité aux médecins de famille.

L'accessibilité aux médecins de famille est actuellement déficiente. Des mécanismes de référence sont à mettre en place pour faciliter la prise en charge rapide et le suivi des patients atteints ou à risque de maladies cardiovasculaires.

## C) SOUTENIR

De façon générale, le niveau d'intervention **SOUTENIR** comprend les services de soutien d'ordre pratique ou psychosocial, les services d'adaptation et de réadaptation ainsi que les soins palliatifs et de fin de vie. Les pistes d'action reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

15. La disponibilité de services intégrés pour les insuffisants cardiaques.

Il serait souhaitable de développer ou de consolider dans chaque CSSS, des programmes de suivi et de services intégrés pour les insuffisants cardiaques les plus à risque.

16. La disponibilité d'un programme d'enseignement et de réadaptation cardiaque par une équipe multidisciplinaire et un intervenant-pivot.

Le programme d'enseignement et de réadaptation est formé d'un ensemble de services à long terme, ayant pour but de limiter les effets physiologiques et psychologiques de la maladie cardiaque, de diminuer le risque de mort subite ou d'un deuxième infarctus, de contrôler les symptômes cardiaques, de stabiliser ou de faire régresser l'athérosclérose et d'améliorer l'état psychosocial et professionnel de certains patients. Il comprend l'évaluation médicale, la pratique d'activités physiques prescrites, la modification des facteurs de risque, l'éducation et le counselling<sup>6</sup>. La réadaptation cardiaque réduit la mortalité et la morbidité des MCV de façon efficiente<sup>7</sup>. Il serait donc souhaitable de développer ou de consolider dans chaque CSSS, des programmes d'enseignement et de réadaptation cardiaque reposant sur une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière, diététiste, pharmacien, psychologue, travailleur social, inhalothérapeute, physiothérapeute) et un intervenant-pivot avec une approche clinique favorisant l'autonomie du patient, en lien avec le médecin de famille.

17. L'application des guides de pratique des soins de fin de vie.

Les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires doivent avoir accès à des soins de fin de vie si nécessaire (accompagnement, soutien psychologique au patient et à la famille, soulagement de la douleur, etc.) Ces services sont à développer, dans chaque territoire local, quel que soit le milieu d'intervention (établissement ou domicile).

<sup>6</sup> U.S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SCIENCES. « Cardiac Rehabilitation, Clinical practice Guideline, number 17 », Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, National heart, Lung and Blood Institute, *AHCPR*, Publication no. 96-0672, october 1995.

<sup>7</sup> U.S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SCIENCES. « Cardiac Rehabilitation, Clinical practice Guideline, number 17 », Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, National heart, Lung and Blood Institute, *AHCPR*, Publication no. 96-0672, october 1995.

18. L'accessibilité aux soins palliatifs (pour insuffisants cardiaques).

Les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires doivent avoir accès, si nécessaire, à des services de fin de vie. Ces services sont à développer dans chaque territoire local, quel que soit le milieu de soins (CH, CLSC, CHSLD, organismes communautaires, maisons de soins palliatifs).

La référence et le transfert du patient hospitalisé vers les soins de fin de vie doivent se planifier entre les intervenants des différents sites ou milieux. Les intervenants de soins de fin de vie doivent être formés et aptes à répondre à toutes les situations de traitement et de soutien du patient et de la famille.

Les médecins et les professionnels ont besoin d'une meilleure formation pour les aider à cibler, parmi leurs patients atteints de MCV, ceux qui risquent davantage de mourir dans un avenir rapproché et qui, par conséquent, bénéficieraient le plus de discussions opportunes sur les enjeux de fin de vie.

Une formation devrait être disponible pour outiller les médecins et tous les professionnels aux questions de fin de vie éventuellement soulevés par leurs patients ou leurs proches.

19. L'amélioration des services de soutien à domicile (pour insuffisants cardiaques).

Afin d'assurer un soutien d'ordre pratique ou psychosocial aux personnes avec une insuffisance cardiaque, des services à domicile devraient être développés en lien avec les organismes communautaires et les associations qui ont développé des expertises et des réseaux de soutien avec cette clientèle.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé de 1998*, Montréal, MSSS, Collection la santé et le bien-être, 2000.

SANTÉ CANADA. *Le fardeau économique de la maladie au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2002.

SAUVAGEAU, Yves. *Le portrait de santé : La Montérégie et ses territoires de CLSC*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux Montérégie, 2003.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE. *Conférence consensuelle sur l'évaluation et le traitement des cardiopathies ischémiques chroniques*, Ottawa, Société canadienne de cardiologie, 1997.

U.S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SCIENCES. « Cardiac Rehabilitation, Clinical Practice Guideline : number 17 », Washington, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, National Heart, Lung and Blood Institute, *AHCPR*, Publication no. 96-0672, october 1995.