

\$1.4 million attribué à la réadaptation cardiaque!

La réadaptation cardiaque au Nouveau-Brunswick : une province où ça bouge!

Contexte

L'incidence des maladies cardiovasculaires (MCV) au Nouveau-Brunswick est supérieure à la moyenne nationale, comme le sont les taux d'admission pour l'infarctus aigu du myocarde (17 %) et l'angine (42 %)ⁱ. En juin 2006, le Comité consultatif sur les services en cardiologie du Nouveau-Brunswick a mandaté le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick pour la réalisation d'un examen des programmes de réadaptation cardiaque dans toute la province. Ce mandat était corroboré par des données dans les écrits indiquant que la participation à un programme de réadaptation cardiaque engendre une réduction des taux de mortalité et d'hospitalisation pour soins cardiologiques de l'ordre de 20 à 30 %ⁱⁱ.

Sous la direction de la conseillère provinciale pour le mieux-être et la réadaptation cardiaques du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick, les spécialistes de la réadaptation cardiaque des huit régions régionales de la santé (RRS) de la province ont formé un groupe de travail dont la mission a été de recueillir des données par l'intermédiaire de sondages, de groupes de discussion, de réunions de groupes en face-à-face, de courriels et de téléconférences sur une période de six mois (de juin à décembre 2006). Ce processus a eu pour résultat la rédaction d'un rapport conjoint et d'une proposition de recherche dans lesquels on définit la situation actuelle et les possibilités futures en matière de réadaptation cardiaque et de prévention secondaire dans la province du Nouveau-Brunswick.

L'Association canadienne de réadaptation cardiaque définit la réadaptation cardiaque comme « l'amélioration et le maintien de la santé cardiovasculaire par des programmes individualisés conçus pour maximiser l'état physique, psychologique, social, professionnel et émotionnel de la personne. Ce processus comprend la promotion et la prestation de services de prévention secondaire par la détermination et la modification des facteurs de risque dans le but d'empêcher la progression de la maladie et la récurrence des événements cardiaques »ⁱⁱ. Au Nouveau-Brunswick, il est clair qu'il existe des écarts à combler. Dans le rapport conjoint, on a déterminé les possibilités d'amélioration, mis en évidence des considérations spéciales et proposé des secteurs de financement prioritaires. Les écarts en matière de soins de réadaptation cardiaque comprenaient le manque d'accès aux programmes, le manque de matériel et d'espace, la pénurie de personnel interdisciplinaire formé et la nécessité d'un registre de données provinciales.

Faits saillants de la proposition

Critères d'admissibilité des patients

À l'aide de l'outil de déclaration pour la complexité des groupes de maladies analogues (*Complexity Case Mixed Groupings*) du progiciel *3M Health Data Management (HDM)*, on a obtenu des données afin d'établir une base de référence pour mieux déterminer le nombre de

patients ayant besoin de programmes de réadaptation cardiaque aux fins de prévention secondaire. On a déterminé que pour l'année financière 2005-2006, un total de 8 051 patients chez qui l'on avait diagnostiqué une maladie cardiovasculaire avant la sortie de l'hôpital étaient admissibles à un programme de réadaptation cardiaque. Malheureusement, seulement 10 % de ces patients ont été admis à un tel programme durant cette même période. Le taux d'inscription variait de 0 à 23 % dans les diverses régions régionales de la santé et la majorité des inscriptions avaient lieu dans les milieux urbains plutôt que ruraux.

Le groupe de travail sur l'accès aux soins de réadaptation cardiaque au Canada de la Société canadienne de cardiologie a déterminé que la norme de diligence pour tous les patients atteints d'une MCV est d'avoir accès aux composantes de base de la réadaptation cardiaque dans un délai souhaitable de 1 à 30 jours et un délai acceptable de 7 à 60 joursⁱⁱⁱ. Conscient de l'énormité de la tâche à accomplir (c.-à-d. élargir les services de réadaptation cardiaque au Nouveau-Brunswick) et de la nécessité d'améliorer l'accès aux soins dans les délais souhaitables, on a proposé une démarche par étape destinée à faciliter une croissance modérée mais constante en matière de prestation régionale des services au cours des cinq à sept prochaines années. On a également fait des mises en garde particulières pour chaque région, tout en indiquant qu'on s'attendait à ce que les régions continuent de multiplier les services offerts et de les étendre vers les régions à la fois urbaines et rurales sans imposer de frais aux patients.

On a déterminé que l'équipe interdisciplinaire de base d'un programme de réadaptation cardiaque doit comprendre des médecins, des infirmières, des physiothérapeutes et des kinésithérapeutes (ou une combinaison des deux), des diététistes, des psychologues et du personnel administratif. Les services d'un personnel périphérique composé de pharmaciens, d'ergothérapeutes et de travailleurs sociaux sont aussi essentiels et bénéfiques pour les programmes de réadaptation cardiaque.

Secteurs de financement prioritaires

Selon les données combinées de chacune des huit régions régionales de la santé, on a déterminé que les coûts réels par patient pour la participation à un programme de réadaptation cardiaque traditionnel de 12 semaines avec suivi d'un an par gestion de cas sont de 1 745 \$. Conjointement, on a préparé une feuille de calcul des coûts sur une base individuelle et, en fonction des données recueillies à l'aide de plusieurs processus itératifs, on a déterminé huit secteurs de financement prioritaires. Le Comité consultatif sur les services en cardiologie du Nouveau-Brunswick a alors présenté au ministère de la Santé un document exhaustif intitulé *La réadaptation cardiaque au Nouveau-Brunswick : rapport préparé en collaboration qui traite de la situation actuelle et des possibilités futures en matière de prévention secondaire*.

Les représentants du ministère de la Santé ont soigneusement examiné la proposition et, au grand plaisir de toutes les parties concernées, ont alloué la somme de 1,4 million de dollars pour les services de réadaptation cardiaque à l'échelle provinciale. Les secteurs prioritaires ont soit été appuyés en partie ou en totalité, soit été recommandés aux fins d'examen lors de futurs processus budgétaires (voir le tableau 1). Chaque RRS a reçu des fonds pour accroître sa prestation de services de l'ordre de 5 à 10 % en suivant une démarche fondée sur les preuves et coordonnée à l'échelle provinciale. À titre de première province canadienne à réaliser un tel exploit, le

Nouveau-Brunswick a été reconnu lors de l'assemblée générale annuelle de l'Association canadienne de réadaptation cardiaque en octobre 2007.

Orientations futures

Après avoir présenté leur proposition, les membres du groupe de travail provincial sur la réadaptation cardiaque ont continué à organiser des réunions de partage des connaissances et ont par conséquent récemment officialisé leur processus de groupe. En septembre 2007, ils ont établi leur mandat et créé un organisme intitulé *Réadaptation cardiaque Nouveau-Brunswick (RCNB)*. Relevant du Comité consultatif sur les services en cardiologie du Nouveau-Brunswick, RCNB est une association professionnelle vouée à la prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires. Ses membres seront des chefs de file en matière de développement innovateur de la réadaptation cardiaque dans la province. Parmi les stratégies en cours de préparation, mentionnons les pratiques innovatrices de gestion de cas, les programmes d'exercice à domicile, la télésanté, les applications Web et les processus d'autogestion.

Dans les lignes directrices de 2004 de l'Association canadienne de réadaptation cardiaque, on reconnaît la réadaptation cardiaque comme modèle de gestion des maladies chroniquesⁱⁱ. Il faut donc accorder la priorité à l'enseignement professionnel par une équipe interdisciplinaire qui fait appel à un modèle de réadaptation cardiaque par gestion de cas et à l'autogestion par le patient afin de modifier le style de vie à l'aide de processus de modification du comportement et d'encadrement.

Sommaire

Dans le contexte actuel de séjours de courte durée à l'hôpital, les soins actifs ne permettent pas de combler entièrement les besoins des patients atteints d'une maladie cardiovasculaire. Afin de réduire les taux de mortalité, de morbidité et de réadmission, et d'améliorer la qualité de vie des personnes qui vivent avec une maladie cardiovasculaire au Nouveau-Brunswick, il est essentiel d'adopter une approche interdisciplinaire coordonnée. Les services de réadaptation cardiaque sont des mécanismes efficaces pour la prestation de soins conçus pour stabiliser et réduire au minimum l'aggravation des processus morbides de l'athérosclérose. Au Nouveau-Brunswick, le fait que seulement 10 % des patients admissibles ont pu accéder aux programmes existants en 2006 témoigne de la nécessité d'accroître l'accès à la réadaptation cardiaque comme modèle de soins pour les maladies chroniques.

Bien que la capacité des régies régionales de la santé à fournir des services de consultation externe en réadaptation cardiaque varie, il est important que l'on ait reconnu la réadaptation cardiaque comme norme de diligence au Nouveau-Brunswick. Il est vrai qu'il existe encore des écarts à combler, mais les stratégies actuellement élaborées par les régies régionales de la santé en collaboration avec *Réadaptation cardiaque Nouveau-Brunswick*, le *Comité consultatif sur les services en cardiologie du Nouveau-Brunswick* et le *ministère de la Santé* auront pour résultat un accès accru aux soins pour les patients qui vivent avec une maladie du cœur. Restez à l'écoute pour les prochaines mises à jour, car effectivement, ça bouge au Nouveau-Brunswick!

Références

- i. Tableau des données provinciales et régionales sur la santé : survol des données du *Canadian Cardiology Atlas* (2006). Récupéré le 18 décembre 2006 du site www.ccort.ca.
- ii Stone J.A. et Arthur H.M. Association canadienne de réadaptation cardiaque (2004). *Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Cardiovascular Disease Prevention: Enhancing the Science, Refining the Art*. Deuxième édition.
- iii Dafoe, W., Arthur, H., Stokes, H., Morrin, L., et Beaton, L. (2006). Universal Access: But When? Treating the right patient at the right time: Access to cardiac rehabilitation. *Journal canadien de cardiologie*, 22(11). Pour le groupe de travail sur l'accès aux soins de la Société canadienne de cardiologie.

Tableau 1 : Secteurs de financement prioritaires

Secteurs de financement prioritaires recommandés	Financement accordé (total de 1,4 million de dollars)
1. Coordonnateur régional pour chaque RRS (avec ressources matérielles)	Financement accordé
2. Fonds pour permettre aux professionnels de la santé de lancer et d'élargir des programmes	Financement pour permettre une augmentation des programmes de l'ordre de 5 % dans les régions présentement dotées de programmes et de 10 % dans les régions sans programmes
3. Coût des gros équipements requis pour appuyer les nouveaux programmes et permettre l'élargissement des programmes existants	Financement partiel
4. Fonds annuels pour le perfectionnement professionnel	Financement partiel et périodique
5. Systèmes de télémétrie pour quatre établissements particuliers	Financement réparti sur plusieurs années
6. Coût des ressources matérielles pour permettre au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick de préparer un programme de formation par module à l'intention des professionnels de la santé	Financement accordé
7. Fonds pour l'établissement d'une base de données provinciale sur la réadaptation cardiaque	Évaluation approfondie requise
8. Fonds pour la saisie de données dans la base de données provinciale	Évaluation approfondie requise
Autres besoins signalés	
1. Explorer les possibilités de financement d'un barème tarifaire propre aux programmes de réadaptation cardiaque pour les médecins	Référé au processus approprié
2. Envisager l'attribution de contrats à titre d'employés provinciaux aux kinésiothérapeutes	À être examiné par les responsables des ressources humaines en santé. Embaucher des kinésiothérapeutes en tant qu'employés exclus des négociations ne présente aucun obstacle