

Normes opérationnelles

Programmes de réadaptation cardiovasculaire pour les patients externes

Soins pour les adultes.

Janvier 2026

Préface de la direction de Santé Ontario

La réadaptation cardiovasculaire est l'une des interventions les plus efficaces que nous ayons pour améliorer la survie, la capacité fonctionnelle et la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire. Ces nouvelles normes sont conçues pour soutenir chaque programme de réadaptation cardiovasculaire en Ontario afin de fournir des soins qui sont à la fois accessibles et de la plus haute qualité. Nous reconnaissons que les programmes offerts dans l'ensemble de la province fonctionnent dans des contextes différents, avec des ressources et des populations participantes variées. Ces normes visent à établir des fondements clairs et fondés sur des données probantes sur lesquels tous les programmes peuvent s'appuyer, tout en permettant d'avoir une souplesse dans la manière dont elles sont respectées.

Nous tenons à reconnaître la communauté de réadaptation cardiovasculaire, plus de 60 sites particuliers et les équipes de soins de santé dévouées qui y travaillent, pour leur engagement continu à fournir des soins de haute qualité à chaque participant. Au moyen de votre engagement continu, nous nous efforçons d'offrir les meilleurs soins possibles aux personnes que nous desservons.

Meilleures salutations,

*Harindra Wijesundera, M.D., Ph.D.
Chef provincial en cardiologie, Santé Ontario*

*Cathy Cattaruzza, vice-présidente des soins aigus
et hospitaliers de CorHealth, Santé Ontario*

Avant-propos des coprésidents

Nous sommes très reconnaissants à Santé Ontario de reconnaître et de promouvoir l'importance des programmes de prévention et de réadaptation systématiques en tant que composante essentielle du continuum de soins cardiovasculaires dans la province de l'Ontario. Ces normes ne sont qu'un élément d'une vue d'ensemble beaucoup plus vaste : le travail continu pour s'assurer que chaque personne ayant besoin de réadaptation cardiovasculaire en Ontario puisse y avoir accès et que chaque programme offre des soins de la plus haute qualité possible.

Ces normes sont soutenues par une stratégie provinciale de mesure qui nous permettra de suivre les résultats des participants et de guider l'amélioration continue de la qualité. Ensemble, ces efforts nous aideront à atteindre nos deux principaux objectifs : faire en sorte que plus de personnes aient accès à la réadaptation cardiovasculaire et garantir que les soins qu'elles reçoivent respectent les normes les plus élevées.

Les membres du groupe de travail ont défini ce à quoi devraient ressembler des soins cardiovasculaires de haute qualité d'un programme de réadaptation en Ontario. De nombreux bénévoles professionnels enthousiastes ont contribué des centaines d'heures précieuses au cours des derniers mois à une production d'idées judicieuses, à des discussions animées et à des débats, puis à une rédaction et une révision minutieuses pour arriver à ce document final. Nous sommes profondément reconnaissants de leurs contributions. Nous tenons également à remercier les membres du comité secondaire pour examen pour leur expertise et leurs idées.

Nous sommes fiers de ce que nous avons construit ensemble et confiants dans ce que nous pouvons accomplir par la suite.

Cordialement, les coprésidents,

Paul Oh, M.D., M.Sc, FRCPC

Kyle Baysarowich, SMD, R.Kin

Table des matières

Préface de la direction de Santé Ontario.....	2
Avant-propos des coprésidents.....	3
Réadaptation cardiovasculaire pour les patients externes.....	5
Admissibilité des participants	5
Portée et but.....	6
Mesures locales d'amélioration de la qualité.....	7
Résumé des normes	8
Normes détaillées	11
Section 1 : Sécurité des participants.....	11
Norme n° 1 : Intervention d'urgence.....	11
Norme n° 2 : Évaluation des risques.....	12
Norme n° 3 : Supervision sécuritaire des exercices	13
Section 2 : Structure du programme et responsabilisation	15
Norme n° 4 : Équité et inclusion	15
Norme n° 5 : Direction et structure de l'équipe.....	16
Norme n° 6 : Évaluation de l'admissibilité au programme	17
Norme n° 7 : Le premier contact	18
Norme n° 8 : Admission et plan de soins	19
Norme n° 9 : Communication avec le fournisseur responsable	21
Norme n° 10 : Plan d'obtention du congé	22
Section 3 : Réduction des risques cardiovasculaires.....	23
Norme n° 11 : Éducation sur les facteurs de risque cardiovasculaire modifiables	23
Norme n° 12 : Prescription d'exercice	24
Norme n° 13 : Besoins nutritionnels.....	25
Norme n° 14 : Le tabagisme	26
Norme n° 15 : Santé psychosociale	27
Norme n° 16 : Utilisation appropriée des médicaments.....	29
Section 4 : Mesure et amélioration de la qualité.....	30
Norme n° 17 : Stratégie de mesure	30
Annexe 1 : Glossaire.....	32
Annexe 2 : Élaboration	33
Annexe 3 : Remerciements	34
Références	36

Réadaptation cardiovasculaire pour les patients externes

Les programmes de réadaptation cardiovasculaire offrent des soins fondés sur des données probantes par l'intermédiaire d'une approche interprofessionnelle. Les programmes visent à réduire les facteurs de risque cardiovasculaire modifiables et à améliorer la santé globale au moyen de l'élaboration de stratégies d'autogestion. Habituellement offerts sur une période de 12 semaines ou plus, ces programmes offrent un soutien structuré aux participants et à leurs familles. Les participants reçoivent des interventions ciblées et personnalisées, qui peuvent inclure de l'exercice, un soutien psychosocial, des conseils en nutrition et en abandon du tabagisme, un changement de comportement et un soutien à l'établissement d'objectifs. La prestation des soins peut se faire sur place, virtuellement ou par une combinaison des deux approches afin de mieux répondre aux besoins des participants.

Admissibilité des participants

Les personnes à haut risque de maladie cardiovasculaire ou celles ayant une maladie cardiovasculaire diagnostiquée ont tiré parti de la réadaptation cardiovasculaire. Il peut y avoir une certaine variation dans le niveau de risque cardiovasculaire et les diagnostics de référence des participants acceptés dans les programmes dans l'ensemble de la province. Les programmes locaux devraient clairement communiquer leurs critères d'admissibilité individuels aux participants, aux aidants et aux fournisseurs de soins référents. Habituellement, les programmes de réadaptation cardiovasculaire offrent des soins aux personnes présentant les maladies, événements ou procédures qui suivent : ¹⁻¹³

- maladie coronarienne :
 - infarctus du myocarde;
 - revascularisation des artères coronaires (p. ex., après une intervention coronarienne percutanée ou un pontage aortocoronarien);
 - athérosclérose stable;
 - autres maladies coronariennes (p. ex., angine microvasculaire, angine vasospastique, ischémie sans coronaropathie obstructive, infarctus du myocarde sans maladie coronarienne obstructive, dissection spontanée de l'artère coronaire);
- insuffisance cardiaque :
 - insuffisance cardiaque chronique (classe I à III de la New York Heart Association [NYHA]) avec fraction d'éjection réduite ou préservée;
 - cardiomyopathie;

- valvulopathie :
 - intervention valvulaire post-chirurgicale;
 - intervention valvulaire après une intervention percutanée;
- dispositifs cardiovasculaires :
 - après l’implantation de dispositifs cardiaques (p. ex., stimulateur cardiaque, défibrillateur cardiovertible implantable (DCI), dispositif d’assistance ventriculaire);
- myocardite;
- maladie cardiaque congénitale;
- greffe de cœur;
- arythmie (p. ex., fibrillation auriculaire);
- plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire, mais sans maladie cardiaque.

Des données probantes soutiennent également les avantages de la réadaptation cardiovasculaire pour les personnes atteintes de maladie artérielle périphérique (MAP) et de maladie cérébrovasculaire; ces groupes peuvent être acceptés dans certains programmes de réadaptation cardiaque dans l’ensemble de la province. Cependant, certains aspects des soins peuvent nécessiter une adaptation pour répondre aux besoins uniques de ces populations. Ce document est principalement axé sur les participants ayant des maladies cardiaques; par conséquent, des directives particulières pour les populations atteintes de MAP et de maladies cérébrovasculaires ne sont pas incluses dans ces normes.

Portée et but

Ces normes s’appliquent au niveau du programme plutôt qu’au niveau des sites ou des lieux de prestation particuliers. Un seul programme de réadaptation cardiovasculaire peut fonctionner sur plusieurs sites ou utiliser un modèle hybride de soins virtuels et en personne, avec des personnes et des ressources réparties sur différents lieux; dans de tels cas, les normes doivent être interprétées comme s’appliquant au programme dans son ensemble. Ces normes renvoient aux soins fournis aux participants admissibles âgés de 18 ans et plus qui reçoivent des soins dans un programme pour patients externes.

Ces normes fournissent un aperçu des attentes pour les programmes de réadaptation cardiovasculaire pour les patients externes en Ontario. Elles font parties de l’objectif élargi de Santé Ontario de s’assurer que la réadaptation cardiovasculaire soit facilement accessible et offerte efficacement par une équipe interprofessionnelle axée sur des évaluations entraînant des soins personnalisés qui améliorent les résultats des participants. L’objectif de ces normes est de s’assurer que les programmes comprennent quels soins ils devraient offrir, en se fondant sur des données probantes et un consensus d’experts.

Mesures locales d'amélioration de la qualité

Les programmes peuvent utiliser les sections « ***Comment peut-on mesurer la réussite du programme*** » comme un outil pour évaluer les progrès vers l'atteinte de chaque norme et pour soutenir les activités locales d'amélioration de la qualité.

Résumé des normes

Les normes sont réparties en quatre sections clés : *Sécurité des participants*, couvrant la préparation aux urgences et la prestation sécuritaire des programmes; *Structure du programme et responsabilisation*, décrivant les éléments fondamentaux pour des soins équitables et coordonnés; *Réduction du risque cardiovasculaire*, détaillant le contenu clinique de base pour aborder les facteurs de risque modifiables et *Mesure et amélioration de la qualité*, axée sur la collecte de données normalisées pour favoriser la surveillance et l'amélioration du système.

Section 1 : Sécurité des participants

Norme n° 1 : Intervention d'urgence : Les programmes ont des politiques et des procédures d'intervention d'urgence documentées, ainsi que des défibrillateurs externes sur place qui sont rapidement accessibles au cours de la réanimation cardiopulmonaire.

Norme n° 2 : Évaluation des risques : Une évaluation des risques est effectuée pour chaque participant avant qu'il ne prenne part au programme d'exercice. Les résultats de l'évaluation des risques sont communiqués au participant et à son équipe de soins pour promouvoir une participation sécuritaire aux exercices.

Norme n° 3 : Supervision sécuritaire des exercices : Les programmes offrent des cours d'exercice supervisés et disposent d'un processus pour déterminer un modèle de supervision sécuritaire pendant ces cours.

Section 2 : Structure du programme et responsabilisation

Norme n° 4 : Équité et inclusion : Les programmes adaptent les services pour augmenter l'accès et la rétention, et améliorer l'efficacité des soins pour les populations méritant l'équité.

Norme n° 5 : Direction et structure de l'équipe : Les programmes ont une direction composée d'un responsable de programme désigné et d'un directeur médical. Les programmes ont également des membres de l'équipe interprofessionnelle, soit par le biais de l'embauche interne, soit par des renvois à des fournisseurs externes.

Norme n° 6 : Évaluation de l'admissibilité au programme : Les programmes ont des critères d'admissibilité clairement documentés utilisés pour filtrer les aiguillages des participants. Les programmes notifient le professionnel de la santé référent si le participant est jugé inadmissible.

Norme n° 7 : Premier contact : Les participants admissibles sont contactés dans les deux semaines suivant l'aiguillage pour confirmer leur intérêt à participer et planifier une évaluation d'admission.

Norme n° 8 : Admission et plan de soins : Les programmes effectuent des évaluations d'admission pour tous les participants, qui débutent dans les six semaines suivant l'aiguillage ou dès que le participant est disponible. Les renseignements recueillis au cours de l'évaluation d'admission sont utilisés pour élaborer le plan de soins personnalisé.

Norme n° 9 : Communication avec le fournisseur responsable : Les programmes communiquent des renseignements pertinents au fournisseur de soins responsable du participant.

Norme n° 10 : Plan d'obtention du congé : Les programmes communiquent un plan d'obtention du congé avec tous les participants dans un délai d'un mois suivant l'achèvement du programme.

Section 3 : Réduction des risques cardiovasculaires

Norme n° 11 : Éducation sur les facteurs de risque cardiovasculaire modifiables : Les programmes offrent à tous les participants une éducation sur les facteurs de risque cardiovasculaire modifiables.

Norme n° 12 : Prescription d'exercice : Les programmes garantissent que tous les participants reçoivent des prescriptions d'exercice personnalisées et qu'ils sont soutenus dans leur progression tout au long de la durée du programme.

Norme n° 13 : Besoins nutritionnels : Les programmes dépistent tous les participants pour leurs besoins nutritionnels et leur fournissent des documents éducatifs élaborés par un diététiste autorisé. Les participants ayant des problèmes nutritionnels complexes supplémentaires sont aiguillés vers un diététiste autorisé pour une évaluation et une consultation personnalisées.

Norme n° 14 : Tabagisme : Les programmes évaluent chaque participant en matière de tabagisme. Les utilisateurs actuels se voient offrir des interventions d'abandon du tabagisme soit dans le cadre du programme, soit par le biais d'un aiguillage.

Norme n° 15 : Santé psychosociale : Les programmes dépistent tous les participants pour des symptômes de dépression et des préoccupations liées à l'anxiété. Les participants qui obtiennent un résultat positif au dépistage se voient offrir des mesures de soutien, des ressources et, si nécessaire, des soins d'un professionnel spécialisé en santé mentale pour une évaluation et un traitement supplémentaires.

Norme n° 16 : Utilisation appropriée des médicaments : Les programmes interrogent tous les participants sur leurs connaissances et leurs préoccupations concernant la prise de médicaments d'ordonnance, et une éducation est offerte au besoin. Les participants sont encouragés à signaler les problèmes et les changements liés aux médicaments à l'équipe du programme. Si des préoccupations concernant les médicaments complexes sont cernés, les participants sont soutenus afin qu'ils communiquent avec un professionnel de la santé approprié.

Section 4 : Mesure et amélioration de la qualité

Norme n° 17 : Stratégie de mesure : Les programmes participent à la stratégie provinciale de mesure pour la réadaptation cardiovasculaire en collectant et en présentant des données fondées sur l'ensemble minimal de données défini.

Normes détaillées

Section 1 : Sécurité des participants

Les programmes priorisent la sécurité des participants en garantissant la préparation aux urgences et en rendant la participation aux exercices aussi sécuritaire que possible pour les participants. Ces normes fonctionnent ensemble pour réduire au minimum les événements indésirables et promouvoir une participation sécuritaire aux activités du programme, qu'elles soient offertes sur place ou virtuellement.

Norme n° 1 : Intervention d'urgence

Les programmes ont des politiques et des procédures d'intervention d'urgence documentées, ainsi que des défibrillateurs externes sur place qui sont rapidement accessibles au cours de la réanimation cardiopulmonaire.

Sources : American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2021¹⁴

Définitions :

Politique et procédures d'intervention d'urgence : Les composantes comprennent :

- un processus pour s'assurer que le personnel est formé et tient ses compétences en réanimation cardiopulmonaire (RCP) à jour, y compris l'utilisation de défibrillateurs externes (p. ex., des certifications documentées pour chaque membre du personnel, des simulations de codes et des exercices de mise en œuvre des protocoles d'intervention d'urgence);
- un processus pour documenter et gérer les ordonnances de ne pas réanimer (NPR);
- un protocole pour inspecter et entretenir régulièrement l'équipement d'urgence, y compris les défibrillateurs;
- un protocole pour décider si des services d'urgence externes sont nécessaires;
- si le programme offre des soins virtuels, la politique et les procédures d'intervention d'urgence comprennent :
 - des considérations en matière de sécurité pour les participants recevant des soins virtuels,
 - un processus pour contacter les personnes-ressources en cas d'urgence si un événement indésirable se produit pendant une séance virtuelle,
 - des protocoles pour traiter un événement indésirable survenant au cours d'une séance virtuelle, y compris la manière et le moment impliquer les services d'urgence externes.

Défibrillateur externe : Un dispositif externe utilisé pour administrer des chocs et inverser la fibrillation ventriculaire. Il existe des défibrillateurs externes manuels et des défibrillateurs externes automatisés (DEA).

Appareil rapidement accessible : Le défibrillateur externe doit être rapidement accessible dans toutes les zones où le programme fournit des soins. Cela peut nécessiter plusieurs défibrillateurs externes en fonction de la taille et de la configuration de l'établissement. Les programmes opérant sur plusieurs sites doivent s'assurer que cette norme est respectée à chaque emplacement.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- Le programme a une politique et des procédures d'intervention d'urgence documentées sur lesquelles tout le personnel est formé.
- Il y a des défibrillateurs externes facilement accessibles dans chaque emplacement.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- La présence d'un plan d'intervention d'urgence consigné.
- La présence de défibrillateurs externes sur place.

Norme n° 2 : Évaluation des risques

Une évaluation des risques est effectuée pour chaque participant avant qu'il ne prenne part au programme d'exercice. Les résultats de l'évaluation des risques sont communiqués au participant et à son équipe de soins pour promouvoir une participation sécuritaire aux exercices.

Sources : American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2021¹⁴ | The British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2023¹⁵

Définitions :

Évaluation des risques : Tous les participants reçoivent une prescription d'exercice personnalisée (voir la norme n° 12 pour obtenir la définition de la **prescription d'exercice**). Avant de commencer leur prescription, les participants sont évalués pour connaître leur risque de développer une complication grave (p. ex., une chute, un arrêt cardiaque, une arythmie) pendant l'exercice. Les renseignements sont recueillis à partir de diverses sources (p. ex., des dossiers médicaux, des notes de référence, des évaluations d'admission, des évaluations physiques) et les domaines suivants sont évalués au cours de la détermination du risque total d'un participant pendant l'exercice :

- considérations cardiovasculaires – comme la présence d’ischémie, d’arythmies, d’insuffisance cardiaque et d’hypertension ou d’hypotension ainsi que d’une fréquence cardiaque élevée ou basse;
- considérations en matière de chutes – y compris l’équilibre, la mobilité, le modèle de démarche, l’utilisation d’aides à la mobilité, les affections articulaires et la fragilisation;
- facteurs généraux pouvant influencer la participation à l’exercice – p. ex., perte de vision ou d’audition, hypoglycémie ou hyperglycémie, changements dans les capacités cognitives ou la mémoire, hernies, maladies musculo-squelettiques et problèmes de pieds.

Comment savoir si l’on respecte cette norme?

- Chaque participant effectue une évaluation des risques documentée avant de commencer les exercices.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Le pourcentage de participants au traitement par l’exercice ayant effectué une évaluation des risques.

Norme n° 3 : Supervision sécuritaire des exercices

Les programmes offrent des cours d’exercice supervisés et disposent d’une politique ou d’une procédure pour déterminer un modèle de supervision sécuritaire pendant ces cours.

Sources : American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2021¹⁴ | The British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2023¹⁵

Définitions :

Modèle de supervision sécuritaire : Les programmes ont un processus documenté pour s’assurer que les participants effectuent les exercices d’une manière qui permet au personnel de traiter adéquatement les complications graves potentielles qui peuvent survenir pendant les cours. Les programmes ont une politique ou une procédure documentée pour démontrer que les éléments suivants se produisent au cours des séances d’exercice :

- le rapport personnel-participant est ajusté pour correspondre au niveau de risque des participants, garantissant que les personnes à risque plus élevé bénéficient d’une plus grande surveillance;

- des stratégies sont utilisées pour regrouper efficacement les participants en fonction de leur état fonctionnel;
- d'autres facteurs, y compris l'espace de programme, la disponibilité d'une assistance rapide et le modèle de livraison (virtuel par rapport à sur place), sont pris en compte dans les décisions de dotation en personnel;
- le personnel peut facilement accéder aux renseignements des participants et connaît les risques et les maladies connus.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- Le programme a un processus documenté pour déterminer les ratios de personnel par rapport aux participants et les modèles de supervision pendant l'exercice.
- Les participants sont surveillés de manière appropriée, avec un ajustement du personnel en fonction du niveau de risque et de l'état clinique.
- Des facteurs clés comme l'espace, l'accès d'urgence et le modèle de prestation (virtuel ou sur place) sont pris en compte dans les décisions de dotation.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Le programme a une politique ou une procédure documentée de supervision sécuritaire des exercices.

Section 2 : Structure du programme et responsabilisation

Cette section définit les éléments fondamentaux du programme nécessaires pour garantir que les services de réadaptation cardiovasculaire soient équitables, accessibles, axés sur le participant et bien coordonnés tout au long du continuum de soins. Ensemble, ces normes passent de la personne que le programme dessert à la façon dont il est dirigé et doté, et à la manière dont les participants le commencent, en font l'expérience et le terminent garantissant un parcours cohérent et de haute qualité au participant.

Norme n° 4 : Équité et inclusion

Les programmes adaptent les services pour augmenter l'accès et la rétention, et améliorer l'efficacité des soins pour les populations méritant l'équité.

Sources : American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2021¹⁴ | National Institute for Health and Care Excellence, 2020³ | Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2017 (mise à jour en 2021)¹⁶

Définitions :

Populations méritant l'équité : Des groupes qui font face à des obstacles disproportionnés à l'accès aux soins des programmes de réadaptation cardiovasculaire. Cela inclut les personnes qui s'identifient comme étant des femmes, les groupes racialisés (p. ex., les populations noires, autochtones, latino-américaines et sud-asiatiques), les adultes âgés, les jeunes adultes, les personnes à faible statut socio-économique, celles vivant dans des zones rurales ou éloignées, et celles ayant des handicaps physiques^{3,14,16-18}.

Cette norme est conforme au [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme de Santé Ontario](#). Consulter le cadre pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon de cerner et de surmonter les obstacles dans les soins¹⁹.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- On a déterminé les populations méritant l'équité (selon la définition ci-dessus) qui sont les plus pertinentes pour la zone desservie du programme.
- On examine les données de participation et d'achèvement au moins une fois par année pour déceler des tendances ou des lacunes.
- On documente les obstacles cernés et les stratégies pour y remédier.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Le dossier écrit (politique, plan, notes de réunion) décrivant les adaptations pour soutenir les populations méritant l'équité.
- Le pourcentage de participants provenant de groupes méritant l'équité (les plus pertinents pour la zone desservie du programme) qui terminent le programme.
- Le nombre et type d'adaptations mises en œuvre au cours de la dernière année (p. ex., heures prolongées, documents traduits, aide au transport).
- Les données probantes sur l'examen annuel des données de participation et d'achèvement par au moins une variable liée à l'équité (p. ex., âge, code postal, sexe et genre).
- La documentation de la participation du personnel à des formations ou à des séances d'éducation liées à l'équité au cours des deux dernières années.

Norme n° 5 : Direction et structure de l'équipe

Les programmes ont une direction composée d'un responsable de programme désigné et d'un directeur médical. Les programmes ont également des membres de l'équipe interprofessionnelle, soit par le biais de l'embauche interne, soit par des renvois à des fournisseurs externes.

Sources : American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2021¹⁴ | The British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2023¹⁵

Définitions :

Responsable du programme : Un professionnel de la santé qui est responsable de la gestion de tous les aspects de l'administration du programme, y compris les ressources financières et humaines, la prestation, la coordination, la qualité et la sécurité.

Directeur médical : Un médecin qui fournit une vision et un leadership au programme, des consultations cliniques et soutient la prise de décisions médicales¹⁴. Le médecin n'est pas tenu d'être sur place, mais doit être disponible et accessible pour des consultations médicales à tout moment pendant lequel des services sont fournis aux participants des programmes.

Équipe interprofessionnelle : Les programmes veillent à ce que les participants aient accès, selon les indications cliniques, aux professionnels de la santé suivants, soit dans le cadre de leur équipe interne, soit par le biais d'un processus de recommandation :

- un professionnel de la santé mentale (p. ex., psychologue, psychiatre, travailleur social);
- un diététiste autorisé;

- un kinésologue, physiothérapeute ou physiologiste du sport;
- une infirmière autorisée.

Remarque : Les participants inscrits au programme travaillent souvent également avec un fournisseur de soins primaires et un pharmacien dans la communauté. On s'attend à ce que les participants puissent accéder à ces mesures de soutien. Le programme peut aider les participants à se connecter avec ces fournisseurs au besoin.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- Le programme a un responsable de programme.
- Le programme a accès à un directeur médical.
- Le programme a accès à tous les membres requis de l'équipe interprofessionnelle.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Le programme a accès à tous les membres de l'équipe interprofessionnelle requis, soit par le biais du personnel interne, soit par des références (voir l'équipe interprofessionnelle ci-dessus) (oui/non).

Norme n° 6 : Évaluation de l'admissibilité au programme

Les programmes ont des critères d'admissibilité clairement documentés utilisés pour filtrer les aiguillages des participants. Les programmes notifient le professionnel de la santé référent si le participant est jugé inadmissible.

Sources : Consensus

Définitions :

Critères d'admissibilité : Les participants à haut risque de maladie cardiovasculaire ou celles ayant une maladie cardiovasculaire diagnostiquée, ont obtenu des bénéfices au moyen de la réadaptation cardiovasculaire. Cependant, les programmes ne sont pas censés accepter chaque sous-type de participant au sein de cette catégorie élargie. Les programmes ont des critères d'admissibilité individuels qui sont déterminés par la capacité du programme, les considérations en matière de sécurité des participants, la disponibilité des ressources spécialisées et l'harmonisation avec les pratiques exemplaires et les lignes directrices cliniques. Les programmes peuvent clairement communiquer leurs critères d'admissibilité individuels et expliquer la raison pour laquelle certains types de participants peuvent ne pas être acceptés dans leur programme particulier.

Dépistage : Évaluer l'état clinique et les antécédents médicaux du participant pour déterminer son admissibilité à la participation au programme.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- Le programme a clairement documenté les critères d'admissibilité.
- Chaque participant aiguillé au programme est évalué pour son admissibilité.
- Si un participant ne peut pas être accueilli, la raison est consignée et le professionnel de la santé référent est informé dès que possible.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Les données probantes sur les critères d'admissibilité consignés.
- Le pourcentage de patients qui sont évalués comme étant éligibles (au moyen de tous les aiguillages).
- Le pourcentage de patients qui participent au programme (au moyen de tous les aiguillages).
- Le pourcentage de patients qui sont évalués comme étant inéligibles (au moyen de tous les aiguillages) :
 - avec une raison d'inadmissibilité consignée;
 - avec la documentation stipulant que le professionnel de la santé référent a été informé.

Norme n° 7 : Le premier contact

Les participants admissibles sont contactés dans les deux semaines suivant l'aiguillage pour confirmer leur intérêt à participer et planifier une évaluation d'admission.

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2020³ | The British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2023¹⁵

Définitions :

Participants admissibles : Les programmes ont des critères d'admissibilité individuels qui sont déterminés par la capacité du programme, les considérations en matière de sécurité des participants, la disponibilité des ressources spécialisées et l'harmonisation avec les pratiques exemplaires et les lignes directrices cliniques. Consulter la norme n° 6 pour obtenir une définition complète des **critères d'admissibilité**.

Dans les deux semaines suivant l'aiguillage : Si un aiguillage est envoyé au programme avant l'obtention du congé du participant d'un établissement de soins actifs, alors la période de deux semaines peut commencer à partir du jour réel d'obtention du congé.

Évaluation d'admission : Les programmes effectuent les évaluations d'admission dans les six semaines suivant la réception des aiguillages. L'évaluation d'admission peut être réalisée au cours de plusieurs interactions et peut impliquer des contributions et une évaluation de plusieurs professionnels de la santé. Consulter la norme n° 8 pour obtenir une définition complète des *critères d'admission*.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- On communique avec les participants admissibles dans les deux semaines suivant la réception de leur aiguillage.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Pourcentage de participants admissibles contactés dans les deux semaines suivant l'aiguillage.

Norme n° 8 : Admission et plan de soins

Les programmes effectuent des évaluations d'admission pour tous les participants, qui débutent dans les six semaines suivant l'aiguillage ou dès que le participant est disponible. Les renseignements recueillis au cours de l'évaluation d'admission sont utilisés pour élaborer le plan de soins personnalisé.

Sources : American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2021¹⁴ | American Heart Association/American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2024²⁰ | European Society of Cardiology, 2020²¹ | Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2017 (mise à jour en 2021)¹⁶ | The British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2023¹⁵

Définitions :

Évaluation d'admission : L'évaluation d'admission peut être réalisée au cours de plusieurs interactions et peut impliquer des contributions et une évaluation de plusieurs professionnels de la santé. Les réunions avec le participant peuvent se dérouler virtuellement, en personne ou par une combinaison des deux méthodes, avec des renseignements supplémentaires recueillis à partir de leur aiguillage et de leurs dossiers médicaux. L'évaluation d'admission comprend l'examen ou l'évaluation des éléments suivants :

- les antécédents médicaux incluant des facteurs de risques cardiovasculaires, des résultats de laboratoire (si disponibles) et des résultats d'imagerie médicale (si disponibles);
- l'examen physique incluant les signes vitaux (pour les participants évalués sur place);

- les modèles d'activité physique et d'exercice;
- les renseignements démographiques, y compris les déterminants sociaux de la santé et les obstacles à l'accès aux soins;
- la consommation de substances (drogues [y compris le cannabis] et alcool);
- les renseignements sociaux et psychosociaux;
- les médicaments.

Plan de soins personnalisé : Les plans de soins sont élaborés par l'équipe de soins de santé en partenariat avec le participant et sa famille au moyen des principes d'autogestion et d'apprentissage des adultes qui intègrent des concepts de changement de comportement¹⁴. Chaque plan de soins aborde les composants essentiels suivants :

- l'éducation (voir la norme n° 11);
- l'exercice (voir la norme n° 12);
- la nutrition (voir la norme n° 13);
- le tabagisme (voir norme n° 14);
- la santé psychologique et psychosociale (voir la norme n° 15);
- l'examen des médicaments (voir norme n° 16).

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- Les évaluations d'admission sont offertes dans les six semaines suivant l'aiguillage.
- Chaque participant a un plan de soins personnalisé.
- Tous les plans de soins incluent des objectifs de santé et de traitement propres aux participants.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Le pourcentage de participants dont les évaluations d'admission commencent dans les six semaines suivant l'aiguillage.
- Le pourcentage de participants qui ont effectué une évaluation d'admission.
- Le pourcentage de participants ayant des plans de soins personnalisés consignés.

Norme n° 9 : Communication avec le fournisseur responsable

Les programmes communiquent des renseignements pertinents au fournisseur de soins responsable du participant.

Sources : American Heart Association/American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2024²⁰

Définitions :

Renseignements pertinents : Les programmes partagent les plans d'obtention du congé avec le fournisseur responsable du participant dans un délai d'un mois suivant l'achèvement du programme (voir la norme n° 9 pour la définition du *plan d'obtention du congé*). Les programmes peuvent également communiquer des renseignements supplémentaires et, par exemple, les renseignements antérieurs recueillis au cours de l'évaluation d'admission peuvent être utiles à échanger. Ils peuvent également communiquer des renseignements cliniques urgents, par exemple, si un participant a arrêté de prendre un médicament important ou s'il a des préoccupations en matière de santé importantes.

Fournisseur responsable (FR) : Le professionnel de la santé responsable de superviser les soins continus du participant et qui doit rester informé des progrès et des résultats du participant. Le FR pourrait être le fournisseur de soins primaires du participant, un cardiologue ou un autre spécialiste participant à ses soins cardiovasculaires. Dans certains cas, un FR peut ne pas encore être assigné et le programme peut aider le participant à indiquer un fournisseur approprié pour une communication et un suivi continus. Dans certains cas, le programme peut communiquer des renseignements à d'autres fournisseurs.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- Les plans d'obtention du congé sont communiqués au FR désigné.
- Les participants qui n'ont pas de FR reçoivent de l'aide pour en trouver un.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Le pourcentage de participants ayant un FR désigné consigné dans leur dossier.

Norme n° 10 : Plan d'obtention du congé

Les programmes communiquent un plan d'obtention du congé avec tous les participants dans un délai d'un mois suivant l'achèvement du programme.

Sources : The British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2023¹⁵

Définitions :

Plan d'obtention du congé : Le plan d'obtention du congé comprend les éléments suivants :

- une stratégie à domicile pour connaître le moment de demander de l'aide et la personne à contacter;
- un examen des objectifs des participants (en notant les progrès réalisés);
- une comparaison des facteurs de risque cardiovasculaire des participants avant et après l'achèvement du programme;
- l'orientation pour les stratégies de réduction des facteurs de risque cardiovasculaire actuels et à long terme;
- les stratégies d'autogestion.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- Le programme dispose d'un système en place pour s'assurer que chaque participant reçoit un plan d'obtention du congé à la fin du programme.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Le pourcentage de participants ayant reçu des plans d'obtention du congé à la fin du programme.

Section 3 : Réduction des risques cardiovasculaires

Ces normes décrivent les domaines d'intérêts cliniques essentiels de la réadaptation cardiovasculaire qui traitent des facteurs de risque modifiables des participants et soutiennent l'autogestion à long terme. Ensemble, ces normes garantissent que les programmes adoptent une approche holistique, intégrant les domaines physique, comportemental, nutritionnel, psychologique et pharmacologique dans un plan de soins coordonné et axé sur le participant qui favorise des améliorations durables de la santé au-delà de la durée du programme.

Norme n° 11 : Éducation sur les facteurs de risque cardiovasculaire modifiables

Les programmes offrent à tous les participants une éducation sur les facteurs de risque cardiovasculaire modifiables.

Sources : American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2021¹⁴ | American Heart Association /American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2024²⁰ | European Society of Cardiology, 2020²¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2020³ | Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2017 (mise à jour en 2021)¹⁶ | The British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2023¹⁵

Définitions

Éducation : Le contenu est fondé sur des données probantes, élaboré par des experts en la matière, c.-à-d. des professionnels de la santé et des personnes ayant une expérience vécue ainsi que leurs familles, et est fondé sur des principes d'apprentissage pour adultes. L'éducation est dispensée par l'équipe (voir la norme n° 5 pour la définition d'*équipe interprofessionnelle*) par le biais de divers formats, y compris des documents écrits, des séances en direct et du contenu enregistré.

Facteurs de risque cardiovasculaire modifiables : Les facteurs de risque qui peuvent être positivement influencés par des changements de mode de vie et de comportement, l'éducation des participants ou la gestion clinique. Ceci inclut, notamment, l'hypertension, la dyslipidémie, le tabagisme, l'inactivité physique, la nutrition, l'obésité, le diabète de type 2 et des facteurs psychosociaux comme le stress, la dépression et l'isolement social.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- Tous les participants reçoivent une éducation sur les facteurs de risque modifiables.
- Le contenu est élaboré ou examiné par des experts en la matière.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Le pourcentage de participants ayant reçu une éducation sur les facteurs de risque modifiables.
- L'amélioration signalée par les participants de leurs connaissances sur les facteurs de risque et leur gestion (avant et après l'enquête).

Norme n° 12 : Prescription d'exercice

Les programmes garantissent que tous les participants reçoivent des prescriptions d'exercice personnalisées et qu'ils sont soutenus dans leur progression tout au long de la durée du programme.

Sources : American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2021¹⁴ | American Heart Association /American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2024²⁰ | European Society of Cardiology, 2020²¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2020³ | Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2017 (mise à jour en 2021)¹⁶ | The British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2023¹⁵

Définitions :

Prescription d'exercice personnalisée : La prescription d'exercice est élaborée et mise en œuvre par le biais d'un partenariat entre les professionnels de la santé au sein du programme et le participant, et inclut la prise en compte des stratégies de gestion du comportement. On détermine une prescription d'exercice au moyen de l'évaluation des résultats des éléments suivants :

- les renseignements provenant de l'évaluation d'admission (voir la norme n° 8);
- les résultats de l'évaluation des risques (voir la norme n° 2);
- l'évaluation de la capacité fonctionnelle (p. ex., le test de marche de six minutes ou le test d'exercices gradués);
- les objectifs de santé personnelle et de conditionnement physique;
- les modèles d'activité physique et d'exercice, en particulier :
 - l'activité physique actuelle, les habitudes d'exercice et les périodes d'inactivité,
 - les symptômes ressentis pendant l'activité physique et l'exercice,
 - les capacités et les limites physiques,
 - les obstacles affectant l'activité physique et l'exercice quotidiens.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- Chaque participant reçoit une prescription d'exercice personnalisée.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Le pourcentage de participants ayant des prescriptions d'exercice personnalisées.
- Le pourcentage de participants ayant des améliorations documentées de leur capacité d'exercice.

Norme n° 13 : Besoins nutritionnels

Les programmes dépistent tous les participants pour leurs besoins nutritionnels et leur fournissent des documents éducatifs élaborés par un diététiste autorisé. Les participants ayant des problèmes nutritionnels complexes supplémentaires sont aiguillés vers un diététiste autorisé pour une évaluation et une consultation personnalisées.

Sources : American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2021¹⁴ | American Heart Association /American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2024²⁰ | European Society of Cardiology, 2020²¹ | The British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2023¹⁵

Définitions :

Diététiste autorisé : Ce clinicien peut être membre du programme ou être recruté par recommandation, et de préférence, il a également des connaissances sur les maladies cardiovasculaires. Cette personne évaluera les besoins nutritionnels personnels et fournira des conseils nutritionnels adaptés aux participants aiguillés.

Questions nutritionnelles complexes supplémentaires : Les participants sont évalués sur leurs connaissances en matière de nutrition saine pour le cœur ainsi que sur d'autres indicateurs de référence déterminés par le programme, par exemple, la malnutrition, la perte de poids involontaire, le diabète (selon le programme) et les participants qui ne respectent pas les objectifs recommandés pour les lipides, le glucose ou la pression artérielle. Les participants identifiés comme nécessitant une évaluation ou un counseling personnalisé sont aiguillés vers un diététiste autorisé.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- Les participants reçoivent une éducation sur une alimentation saine élaborée par des diététistes autorisés et des séances de nutrition structurées dans le cadre de leur programme de réadaptation cardiovasculaire.

- On évalue les besoins nutritionnels de tous les participants à l'aide d'un outil validé.
- Les participants qui présentent des problèmes nutritionnels supplémentaires sont aiguillés vers un diététiste autorisé.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Le pourcentage de participants ayant reçu une éducation nutritionnelle élaborée par un diététiste autorisé.
- Le pourcentage de participants qui ont reçu un dépistage de leurs besoins nutritionnels.
- Le pourcentage de participants pour lesquels on a dépisté des problèmes nutritionnels supplémentaires qui ont été aiguillés à un diététiste autorisé.

Norme n° 14 : Le tabagisme

Les programmes évaluent chaque participant en matière de tabagisme. Les utilisateurs actuels se voient offrir des interventions d'abandon du tabagisme soit dans le cadre du programme, soit par le biais d'un aiguillage.

Sources : American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2021¹⁴ | American Heart Association/American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2024²⁰ | European Society of Cardiology, 2020²¹ | Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2017 (mise à jour en 2021)¹⁶ | The British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2023¹⁵

Définitions :

Évaluer : L'évaluation du tabagisme comprend des questions sur²² :

- la situation actuelle;
- les antécédents et le type de tabagisme (p. ex., cigarettes, cigarettes électroniques);
- les tentatives d'abandon antérieures;
- la motivation et la confiance nécessaire pour arrêter;
- l'exposition à la fumée secondaire.

Interventions d'abandon du tabagisme : ²² Les participants à la réadaptation cardiovasculaire qui fument devraient se voir offrir des interventions d'abandon du tabagisme. Une gamme d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques est disponible (en fonction de la préparation à l'abandon) pour aider les gens à cesser de fumer du tabac. Les options comprennent, notamment, ce qui suit :

- le soutien comportemental;
- le counseling intensif;
- l'entrevue motivationnelle;
- des produits de thérapie de remplacement de la nicotine;
- la pharmacothérapie.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- Tous les participants ont un dépistage du tabagisme.
- Les participants qui fument reçoivent des ressources, du soutien et des aiguillages vers des programmes d'abandon du tabagisme.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Le pourcentage de participants qui sont évalués pour le tabagisme.
- Le pourcentage de participants qui fument actuellement et qui se voient offrir des interventions d'abandon du tabagisme.

Norme n° 15 : Santé psychosociale

Les programmes dépistent tous les participants pour des symptômes de dépression et des préoccupations liées à l'anxiété. Les participants qui obtiennent un résultat positif au dépistage se voient offrir des mesures de soutien, des ressources et, si nécessaire, des soins d'un professionnel spécialisé en santé mentale pour une évaluation et un traitement supplémentaires.

Sources : American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2021¹⁴ | American Heart Association / American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2024²⁰ | European Society of Cardiology, 2020²¹ | Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2017 (mise à jour en 2021)¹⁶ | The British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2023¹⁵

Définitions :

Dépistage : Les participants ont un dépistage des symptômes de dépression et d'anxiété à l'aide d'outils validés²¹. Ceux qui présentent des symptômes dépassant le cadre du programme sont orientés vers une évaluation et un traitement spécialisés^{20,23-25}.

Professionnel de la santé ayant une expertise en santé mentale : Un professionnel de la santé ayant une formation en santé mentale et en problèmes psychosociaux peut être un psychologue, un psychiatre, un psychothérapeute, un travailleur social, un fournisseur de soins primaires (médecin de famille ou infirmière praticienne) ou un ergothérapeute. Ce clinicien devrait de préférence avoir des connaissances sur les maladies cardiovasculaires. Ce clinicien peut être membre du programme ou être recruté par recommandation.

Les adultes ayant des préoccupations liées à la dépression ou à l'anxiété peuvent accéder à la thérapie cognitivo-comportementale et à des services connexes par le biais du [Programme de psychothérapie structurée de l'Ontario \(PSO\)](#). Le PSO est un programme financé par des fonds publics, offert par le Centre d'excellence pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances, qui ne nécessite pas de facturation au Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO). Les clients peuvent être aiguillés par un clinicien ou ils peuvent s'aiguiller eux-mêmes.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- Tous les participants ont un dépistage des symptômes liés à l'anxiété et à la dépression.
- Les participants présentant des symptômes se voient offrir des mesures de soutien et des ressources.
- Les participants présentant des symptômes dépassant le cadre du programme reçoivent des aiguillages pour une évaluation et un traitement spécialisés.
- Les participants ont accès à des professionnels de la santé ayant une expertise en santé mentale (soit au sein du programme, soit par aiguillage).

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Le pourcentage de participants qui ont effectué un dépistage des symptômes de dépression et des préoccupations liées à l'anxiété.
- Le pourcentage de participants qui obtiennent un résultat positif au dépistage et qui se voient offrir des mesures de soutien et des ressources.

Norme n° 16 : Utilisation appropriée des médicaments

Les programmes interrogent tous les participants sur leurs connaissances et leurs préoccupations concernant la prise de médicaments d'ordonnance, et une éducation est offerte au besoin. Les participants sont encouragés à signaler les problèmes et les changements liés aux médicaments au programme. Si des préoccupations concernant les médicaments complexes sont cernées, les participants sont soutenus afin qu'ils communiquent avec un professionnel de la santé approprié.

Sources : The British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2023¹⁵

Définitions :

Éducation : Cette éducation devrait aborder les médicaments cardiovasculaires courants en mettant l'accent sur leur utilisation, la surveillance des symptômes et les objectifs de traitement. (Voir la norme n° 11 pour obtenir une définition détaillée de *l'éducation*)

Préoccupations concernant les médicaments complexes : Toute préoccupation signalée par un participant ou cernée cliniquement qui dépasse la portée de l'équipe du programme. Par exemple, les effets secondaires ou les interactions, les problèmes d'adhérence au traitement, les limitations physiques et cognitives affectant la capacité à prendre des médicaments, les préoccupations nécessitant un examen ou un ajustement des médicaments.

Professionnel de la santé approprié : Un fournisseur responsable (FR) d'un participant (voir la norme n° 9 pour obtenir une définition de *fournisseur responsable*), un pharmacien ou un autre professionnel de la santé ayant une expertise en pharmacothérapie.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- Les participants reçoivent une formation sur les médicaments courants.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Pourcentage de participants ayant reçu une éducation sur les médicaments.

Section 4 : Mesure et amélioration de la qualité

Cette section se concentre sur l'assurance que les programmes de réadaptation cardiovasculaire contribuent à une stratégie de mesure unifiée à l'échelle provinciale en collectant et en présentant un ensemble de données minimales normalisées. L'objectif est de soutenir la surveillance du système, d'orienter l'amélioration de la qualité, d'améliorer la transparence et de guider la prise de décision fondée sur des données probantes au niveau des programmes, au niveau régional et au niveau provincial.

Norme n° 17 : Stratégie de mesure

Les programmes participent à la stratégie provinciale de mesure pour la réadaptation cardiovasculaire en collectant et en présentant des données fondées sur l'ensemble minimal de données défini.

Sources : American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2021¹⁴ | American Heart Association /American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2024²⁰ | European Society of Cardiology, 2020²¹ | The British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2023¹⁵

Définitions :

Stratégie provinciale de mesure : Une approche coordonnée à l'échelle provinciale pour la collecte et l'analyse de données normalisées provenant des programmes de réadaptation cardiovasculaire. L'objectif est de soutenir la surveillance des systèmes, de favoriser l'amélioration de la qualité locale, d'améliorer la transparence et d'orienter la prise de décision tant au niveau des programmes qu'au niveau régional.

Ensemble minimal de données : Un ensemble d'indicateurs standardisés et d'éléments de données collectés par tous les programmes de réadaptation cardiovasculaire. Cela peut inclure les données démographiques des participants, l'utilisation du programme, les résultats cliniques et les résultats signalés par les participants. Les composants particuliers sont définis au niveau provincial en collaboration avec les principaux intervenants.

Comment savoir si l'on respecte cette norme?

- Le programme recueille tous les éléments de données de l'ensemble minimal de données actuel.
- Le programme présente des données dans les délais et formats requis.

Comment peut-on mesurer la réussite du programme?

- Le statut de participation dans la stratégie de mesure provinciale (oui/non).

Annexe 1 : Glossaire

Terme	Définition
Aidant	Une personne identifiée par le participant qui fournit un soutien non rémunéré, ce qui peut inclure de l'aide pour les activités quotidiennes, un soutien émotionnel ou de l'aide à la gestion des soins de santé.
Domicile	Le lieu de résidence habituel d'une personne. Cela peut inclure des résidences personnelles, des résidences pour retraités, des établissements d'aide à la vie autonome, des foyers de soins de longue durée, des centres de soins palliatifs et des refuges.
Équipe de soins	Des professionnels réglementés, comme des infirmières, des infirmières praticiennes, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des médecins, des physiothérapeutes, des kinésiothérapeutes, des psychologues, des cardiologues, des thérapeutes et des travailleurs sociaux, ainsi que des personnes exerçant des professions non réglementées, comme le personnel administratif, les physiologistes d'exercice clinique, le personnel récréatif, le personnel de soins spirituels et les bénévoles.
Famille	Les personnes les plus proches d'une personne en termes de connaissances, de soins et d'affection; cela peut inclure la famille biologique, la famille par le mariage ou la famille de choix et les amis. La personne définit sa famille et les personnes qui participeront à ses soins.
Fournisseur de soins primaires	Un médecin de famille (également appelé médecin de soins primaires) ou infirmière praticienne.
Participant	Un adulte (âgé de 18 ans et plus) inscrit à un programme de réadaptation cardiovasculaire. Les participants peuvent avoir une maladie cardiovasculaire diagnostiquée ou être à haut risque d'en développer une.
Politique	Une déclaration officielle qui établit des attentes et une direction sur un sujet particulier.
Procédure	Une description détaillée des étapes nécessaires pour mettre en œuvre une politique.
Processus	Une série d'activités ou de tâches liées qui, ensemble, atteignent un résultat défini.
Programme	Un programme de réadaptation cardiovasculaire unique peut fonctionner sur plusieurs sites ou utiliser un modèle de soins virtuels et en personne avec des personnes et des ressources réparties sur différents lieux.
Soins ambulatoires	Les soins ambulatoires désignent les soins fournis à un participant qui n'est pas admis à l'hôpital. Le participant continue de vivre à domicile et reçoit des services selon un horaire planifié, soit en se rendant dans un hôpital ou un milieu communautaire sans occuper un lit d'hôpital, soit en participant à distance par le biais de services virtuels ou à domicile.

Annexe 2 : Élaboration

Élaboration de ces normes

Les normes sont une mise à jour des *Normes pour la prestation de réadaptation cardiovasculaire en Ontario*²⁶ de 2014 du Cardiac Care Network. Cette mise à jour harmonise la norme avec les données cliniques les plus récentes et avec la pratique actuelle en Ontario.

Ces normes ont été élaborées par un groupe de travail d'experts en collaboration avec Santé Ontario. Le Groupe de travail était coprésidé par le D^r Paul Oh et Kyle Baysarowich qui ont déterminé le processus d'élaboration, y compris la méthodologie pour la sélection des données probantes et la stratégie de sélection des membres.

Les membres ont été choisis par les coprésidents par le biais d'un appel ouvert au moyen d'une matrice de compétences pour garantir une représentation dans les rôles cliniques, l'expérience vécue, les régions géographiques et les perspectives du système de santé. Dirigé par les coprésidents, le groupe de travail a défini le champ d'application, sélectionné les principales sources de données probantes, et rédigé et finalisé les normes en fonction des meilleures données probantes disponibles et du consensus des experts.

Dans le cadre du processus d'examen secondaire, les examinateurs ont été invités à évaluer les normes révisées en termes de clarté, de faisabilité, d'équité et d'harmonisation avec les données probantes et la pratique clinique. On les a encouragés à cerner les lacunes, les incohérences ou le contenu peu clair, tout en tenant compte de l'équité et de l'applicabilité dans l'ensemble de la province.

Annexe 3 : Remerciements

Groupe de travail

Santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs contributions généreuses et volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme (titres au moment de l'élaboration initiale) :

Paul Oh (coprésident)

Interniste, directeur médical et scientifique principal, Réseau universitaire de santé et professeur associé de médecine, Université de Toronto

Kyle Baysarowich (coprésident)

Kinesiologue diplômé, conseiller clinique principal, Santé Ontario

Carly Bell

Kinesiologue diplômée, directeur des opérations, Hôtel-Dieu Grace Healthcare

Debbie Childerhose

Physiothérapeute, coordonnatrice de programme, Women's College Hospital

Janna Dauphin

Gestionnaire de programme, services de réadaptation de Providence Care

Trudy Hall

Personne ayant une expérience vécue

Jennifer Harris

Physiothérapeute, gestionnaire de programme, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa

Ashlay Huitema

Cardiologue, St. Joseph's Health Care London et professeure associée de médecine (cardiologie), Université Western.

Michelle Jacobs

Kinésiologue diplômée et physiologiste de l'exercice clinique, équipe Santé familiale à Kincardine et équipe Santé familiale à Hanover

Lauren Jenkinson

Kinesiologue diplômé, coordonnatrice régionale, Centre régional de santé Royal Victoria

Renée Konidis

Kinesiologue diplômée, gestionnaire de programme, University Health Network

Charissa Levy

Ergothérapeute, directrice générale, Alliance des soins de réadaptation/GTA Rehab Network

Angelique O'Donnell

Infirmière autorisée, clinicienne en chef, Horizon Santé-Nord

Adam Pierce

Kinesiologue diplômé, directeur régional, Réseau de santé de Scarborough

Veronica Rouse

Diététiste autorisée, Réseau universitaire de santé

Nick Serafini

Kinesiologue diplômé, équipe Santé familiale d'Upper Grand

Morgan Waddell

Physiothérapeute, services de réhabilitation de Providence Care

Heather Tulloch

Psychologue et scientifique, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa

Comité d'examen secondaire

Santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs contributions généreuses et volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme (titres au moment de l'élaboration initiale) :

Danielle Barry-Hickey

Kinesiologue diplômée, coordonnatrice de service, Réseau universitaire de santé

Wanda Firth

Diététiste autorisée, Hearts and Health in Motion et gestionnaire, programme de réhabilitation cardiaque REDUCE-IT, Santé Nouvelle-Écosse (Nouvelle-Écosse)

Jill Kuzmich

Infirmière autorisée, gestionnaire, Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay

Mireille Landry

Physiothérapeute, Women's College Hospital

Julie Matthews

Kinésiologue diplômée, gestionnaire clinique, Centre régional de santé Royal Victoria

Clare Peddle

Travailleuse sociale autorisée, Institut de réadaptation de Toronto, Centre Rumsey

Neville Suskin

Cardiologue, directeur médical, London Health Science Centre et professeur de médecine (cardiologie), Université Western.

Tyler Threlfall

Physiologiste de l'exercice clinique, gestionnaire de programme, TotalCardiology Rehabilitation (Alberta)

Lynn Woods

Infirmière autorisée, gestionnaire des soins aux patients, Santé Mackenzie

Colin Yeung

Cardiologue, directeur médical, Autorité sanitaire de la Saskatchewan et professeur adjoint, Université de la Saskatchewan (Saskatchewan)

Brianna Yuill

Kinesiologue diplômée, équipe Santé familiale à Kincardine

Références

- (1) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 147: Management of Chronic Heart Failure Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2016.
- (2) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 151: Management of Stable Angina. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2018.
- (3) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NG185: Acute Coronary Syndromes. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2020.
- (4) American College of Cardiology/ American Heart Association/Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. Guideline for Coronary Artery Revascularization. Washington (DC): American College of Cardiology/American Heart Association/Society for Cardiovascular Angiography and Interventions; 2021.
- (5) German Society of Rehabilitation Sciences/German Society of Cardiology/Austrian Society of Cardiology/Swiss Society of Cardiology. Cardiac rehabilitation in German-speaking countries of Europe: evidence-based guidelines from Germany, Austria and Switzerland. Part 1. Berlin: German Society of Rehabilitation Sciences/German Society of Cardiology/Austrian Society of Cardiology/Swiss Society of Cardiology; 2021.
- (6) American Heart Association/American College of Cardiology/ Heart Failure Society of America. Guideline for the Management of Heart Failure. Washington (DC): American Heart Association/American College of Cardiology/ Heart Failure Society of America; 2022.
- (7) European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. Sophia Antipolis (FR): European Society of Cardiology; 2023.
- (8) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NG106: Chronic Heart Failure in Adults: Diagnosis and Management London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2024.
- (9) American College of Cardiology/ American Heart Association/ American College of Emergency Physicians/National Association of EMS Physicians/Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes. Washington (DC): American College of Cardiology/ American Heart Association/ American College of Emergency Physicians/National Association of EMS Physicians/Society for Cardiovascular Angiography and Interventions; 2025.
- (10) American Heart Association/American College of Cardiology/American Society of Echocardiography/ American College of Chest Physicians/Society for Academic Emergency Medicine/Society of Cardiovascular Computed Tomography/Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain. Washington (DC): American Heart Association/American College of Cardiology/American Society of Echocardiography/ American College of Chest Physicians/Society for Academic Emergency Medicine/Society of Cardiovascular Computed Tomography/Society for Cardiovascular Magnetic Resonance; 2021.
- (11) Japanese Circulation Society et Japanese Association of Cardiac Rehabilitation. Guideline on Rehabilitation in Patients With Cardiovascular Disease. Tokyo: Japanese Circulation Society et Japanese Association of Cardiac Rehabilitation; 2021.

- (12) American Heart Association/American College of Cardiology/American College of Chest Physicians/American Society for Preventive Cardiology/National Lipid Association/ Preventive Cardiovascular Nurses Association. Guideline for the Management of Patients with Chronic Coronary Disease. Washington (DC): American Heart Association/American College of Cardiology/American College of Chest Physicians/American Society for Preventive Cardiology/National Lipid Association/ Preventive Cardiovascular Nurses Association; 2023.
- (13) National Heart Foundation of Australia Cardiac Society of Australia New Zealand. Australian clinical guidelines for the management of acute coronary syndromes. Melbourne: National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand (NHFA/CSANZ); 2016.
- (14) American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR). Guidelines for Cardiac Rehabilitation Programs: 6th Edition. Champaign, IL: American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR); 2021.
- (15) British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. The BACPR standards and core components for cardiovascular disease prevention and rehabilitation 3rd edition 2023. London: British Cardiovascular Society; 2023.
- (16) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 150: Cardiac Rehabilitation: A National Clinical Guideline: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2017.
- (17) International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (ICCPR). Women-Focused Cardiovascular Rehabilitation: An International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation clinical practice guideline. Toronto (Ontario): International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (ICCPR); 2022.
- (18) A. Carew Tofani, Taylor E., Pritchard I., Jackson J., Xu A. et Kotera Y. Ethnic Minorities' Experiences of Cardiac Rehabilitation: A Scoping Review. Healthcare (Basel, Switzerland). 2023;11(5):757.
- (19) Santé Ontario. Cadre en matière d'équité, d'inclusion, de diversité et d'anti-racisme de Santé Ontario. Toronto (Ontario) : Santé Ontario; 2020.
- (20) American Heart Association /American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Core Components of Cardiac Rehabilitation Programs: 2024 Update: A Scientific Statement From the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation: American Heart Association /American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; 2024.
- (21) European Society of Cardiology (ESC). Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. Mise à jour en 2020 update. Sophia Antipolis (FR): European Society of Cardiology (ESC); 2021.
- (22) Santé Ontario. Maladie pulmonaire obstructive chronique : Soins dans la collectivité destinés aux adultes. Toronto (Ontario) : Santé Ontario; 2021.
- (23) Santé Ontario. La dépression clinique : Soins aux adultes et aux adolescents. Toronto (Ontario) : Santé Ontario; 2021.
- (24) M. Vigore, Sattin D., Maestri R., Bussotti M., Ranucci L., Parma C. et coll. Beyond the heart: The role of psychological factors and coping strategies in cardiovascular rehabilitation. Int J Cardiol. 2025;428:133144.

- (25) Santé Ontario. Troubles anxieux : Soins dans tous les milieux. Toronto (Ontario) : Santé Ontario; 2021.
- (26) Cardiac Care Network. Standards for the Provision of Cardiovascular Rehabilitation in Ontario. Toronto (Ontario): Cardiac Care Network (CCN); 2014.

Avez-vous besoin de ces renseignements dans un format accessible? 1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@ontariohealth.ca.
Document available in English, please contact info@ontariohealth.ca