

## Expérience d'un suivi systématique post hospitalisation chez une clientèle ayant subi un Syndrome Coronarien Aigu

Françoise Charchar<sup>a</sup>, inf., M.Sc., Sylvie Le May<sup>b</sup>, inf., Ph.D. et Louis Bolduc<sup>c</sup>, inf. M.Sc.

<sup>a</sup> Assistante Infirmière Chef aux soins intensifs, Centre Hospitalier St-Eustache, St-Eustache, Québec

<sup>b</sup> Inf., Professeur adjoint, Faculté des Sciences Infirmières, Université de Montréal et Chercheur postdoctoral, ; École des sciences Infirmières, Université Mc Gill, Québec

<sup>c</sup> Conseiller en qualité des soins, Direction des soins infirmiers, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal, Québec

---

Le syndrome coronarien Aigu (SCA) constitue un problème de santé majeur par la fréquence des difficultés d'adaptation se manifestant entre autres par des exacerbations de symptômes, des récurrences et de l'infidélité au traitement. De plus, la période de réadaptation représente une phase très stressante affectant la qualité de vie de la personne/famille. Ce stage avait pour but d'assurer un suivi avec une clientèle coronarienne afin de l'aider à maintenir une adaptation positive à long terme et de faciliter l'accès aux services adéquats pour optimiser la réadaptation. Le suivi post-hospitalisation est composé de 5 rencontres bi-hebdomadaires d'une durée de 30 à 90 minutes/séance auprès de 9 femmes et 9 hommes victimes de SCA. Lors du suivi, l'infirmière prodiguait des interventions personnalisées et planifiées selon les besoins d'apprentissage de la personne/famille. De plus, un outil d'entrevue est utilisé lors des rencontres afin d'évaluer l'état clinique, les signes vitaux de la personne, ainsi que les facteurs de risque. L'index de la qualité de vie (IQV) a servi pour évaluer la qualité de vie après le suivi. Les résultats démontrent que les participants vivent une période difficile post-SCA et ont besoin d'une personne ressource. On note une amélioration des connaissances de ces personnes concernant les modifications du mode de vie et des facteurs de risque, le retour au travail et la gestion du stress. Les résultats de l'IQV démontrent aussi que les participants sont en général satisfaits de leur qualité de vie. Finalement, aucun patient n'a été réhospitalisé pour une récurrence de sa maladie.

**Mots-clés :** syndrome coronarien aigu, réadaptation cardiaque, suivi systématique, pratique avancée

---

Les maladies cardiovasculaires (MCV) demeurent la principale cause de morbidité et de mortalité au Québec et au Canada (Santé Canada, 2000), l'infarctus du myocarde et l'angine de poitrine, connus sous le nom du syndrome coronarien aigu (SCA), se situe en tête de liste (Fondation des maladies du cœur du Canada – [FMCC], 2003). De plus, le nombre d'hospitalisations pour infarctus du myocarde (IM) au Canada augmente depuis 1980 et devrait s'accroître au cours du XXI<sup>e</sup> siècle en raison du vieillissement de la population (FMCC, 2003).

Le SCA constitue également un problème de santé majeur pour ceux et celles qui en souffrent,

car il exige une importante adaptation à la maladie. Cependant, peu d'attention est accordée à la période de réadaptation post-SCA, qui représente une phase extrêmement troublante pour le client et sa famille (Salisbury, 1997 ; Svendsen, 2004 ; Van Horn *et al.*, 2002). Les activités quotidiennes de la personne ayant subi un SCA sont interrompues, celles du conjoint sont perturbées, et il se produit une rupture dans leur mode de vie habituel. De plus, les clients et leur conjoint ne possèdent pas toujours les connaissances et les ressources nécessaires pour faire face à ce problème de santé pendant la période de réadaptation.

*Correspondance :* Françoise Charchar, 8130 Des Ormes, St-Augustin (Mirabel), J7N 1T8. Tél : (450) 473 6811 poste 2135, Courriel : charcharf@hotmail.com.

Les auteurs aimeraient remercier la direction des soins infirmiers de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de même que tous les participants et leur famille, qui ont rendu ce stage possible.

Durant la phase d'hospitalisation, les infirmières doivent composer avec une charge de travail élevée pouvant occasionner un manque au niveau de l'information partagée avec la clientèle. En outre, le patient n'est pas toujours prêt (*readiness*) à recevoir l'information pertinente concernant son état de santé (Robinson, 1999). Ces situations peuvent entraîner une augmentation de l'anxiété et de la tension pour le client et pour sa famille, lors du retour à domicile. En général, le seul soutien dont ils disposent durant la réadaptation se limite au suivi médical prévu trois mois après la sortie de l'hôpital. C'est alors que plusieurs clients peuvent vivre une tension importante pouvant dégénérer jusqu'à une situation de crise. Selon Robertson et Kayhko (2001), l'anxiété et la tension reliées au manque d'information concernant la maladie et les précautions à prendre peuvent entraîner une réadmission chez la plupart des clients cardiaques.

Il est donc raisonnable de penser qu'un suivi systématique de cette clientèle (SSC) permettrait de faciliter ainsi l'apprentissage de comportements de santé en vue de favoriser une adaptation positive à long terme et une prise en charge de sa santé, ainsi que d'améliorer le déroulement de cette période. De plus, le SSC permettrait aussi d'offrir des soins basés sur une approche de promotion de la santé, de prévention secondaire et tertiaire, afin d'éviter les récives, les réadmissions par le service d'urgence et de maximiser l'utilisation des ressources appropriées et disponibles. Il est alors possible de coordonner les soins et d'aider le patient à modifier ses habitudes de vie. Cependant, malgré l'impact du SCA et la pertinence d'un SSC, il existe peu de programmes de SSC post-SCA au Québec. Par exemple, à Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont offre un suivi des clients coronariens seulement durant leur hospitalisation, et un suivi d'insuffisance cardiaque en mode ambulatoire qui est en voie d'élaboration. À l'Institut de Cardiologie de Montréal, il existe seulement un suivi post-hospitalisation des clients d'insuffisance cardiaque et un suivi post-chirurgie cardiaque. À l'extérieur de Montréal, soit au Centre Hospitalier Beauce-Etchemin (CHBE), il existe un programme « Surveillance cardio à domicile », qui a été implanté en juin 1995. Le but de ce programme est d'offrir un nouveau mode de visites médicales de deuxième ligne à domicile. De même, à Laval, le Centre Hospitalier Ambulatoire Régional de Laval (CHARL) a inauguré ce genre de programme en 1999 ayant pour but d'optimiser la prévention secondaire et tertiaire des clients ayant subi un des événements suivants : un infarctus du myocarde (IM), un pontage, une maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS) ou une insuffisance cardiaque.

Cet article présente les résultats d'un stage de SSC post-SCA effectué dans le cadre des exigences de la maîtrise en sciences infirmières (option infirmière clinicienne spécialisée) ayant eu pour but de sensibiliser les professionnels de la santé à l'importance d'implanter un tel programme destiné à cette clientèle. Les objectifs du stage étaient d'établir un programme de suivi systématique post-hospitalisation favorisant le processus d'adaptation et de développement des clients ayant subi un SCA ainsi que celui de leur famille face à la maladie, de prodiguer des interventions thérapeutiques basées sur le modèle conceptuel de McGill et sur le modèle d'élargissement du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée, et finalement, d'évaluer l'impact des interventions thérapeutiques auprès des participants à ce programme de suivi au niveau de leur apprentissage, de leur qualité de vie et de leur satisfaction face aux soins reçus

### Revue des écrits

#### *Le suivi systématique de clientèle (SSC)*

Le SSC est une forme de prestation de soins apparue au début du XIX<sup>e</sup> siècle au Royaume-Uni sous le nom de « soins infirmiers par cas » (*case nursing*) (Bergeron, 1995). Il a été utilisé aux États-Unis dans les années 1970 pour les soins psychiatriques et communautaires (Bergeron, 1995). En 1985, ce type de soins est mis en application en milieu hospitalier américain pour les soins aigus. Ce n'est qu'en 1990 que le suivi systématique est répandu dans tous les secteurs de la santé (Carpentier, 1998). Au Québec, ce programme a vu le jour lors de la publication du « projet de politique en santé mentale » (Nadeau, 1989) du gouvernement, lequel affirme que chaque personne a droit à un plan de services personnalisés coordonnés par une « personne pivot ». En général, le SSC constitue un processus de collaboration au cours duquel le professionnel de la santé planifie, coordonne, surveille et assure la continuité des soins, tout en évaluant les soins et les services offerts au client et à sa famille, de la pré à la post-hospitalisation (Carpentier, 1998 ; OIIQ, 1999). Il permet de diminuer la fragmentation des soins, d'engager la famille, d'aider le client et sa famille à définir leurs besoins, de simplifier leur accès aux ressources pertinentes et de favoriser une collaboration interprofessionnelle (Bergeron, 1995 ; OIIQ, 1999). Le SSC repose également sur l'identification des besoins de la clientèle et sur l'atteinte des résultats tout au long du continuum de soins. Il peut être effectué à domicile ou par téléphone, en clinique externe, dans les hôpitaux de jour, ou il peut être intégré à un programme de réadaptation (Carpentier, 1998). L'efficacité du

SSC, concernant l'amélioration de la qualité des soins, a été évaluée dans plusieurs champs de pratique, tant au niveau des services préventifs (la grossesse à risque chez les adolescentes) qu'aux services de soins aigus (les problèmes mentaux comme la schizophrénie, la leucémie et les maladies cardiovasculaires) (Dougherty *et al.*, 2000).

Plusieurs auteurs ont démontré les bienfaits du suivi systématique de clientèles coronariennes (SSCC) sur la qualité de vie, sur les soins du client et de sa famille (Chouinard *et al.*, 2004) ainsi que sur le coût des soins de santé (Robertson & Kayhko, 2001). En effet, le SSCC réduirait l'incidence d'une récurrence d'un syndrome coronarien aigu (Robertson & Kayhko, 2001), les taux de mortalité et de morbidité (Denollet & Brutsaert, 2001), la fréquence et la durée d'une réhospitalisation (Robertson & Kayhko, 2001 ; Robinson, 1999) ainsi que le niveau d'anxiété et de stress du client et des membres de sa famille (Robertson & Kayhko, 2001 ; Robinson, 1999). Il contribue aussi à l'amélioration de l'état psychologique du client (Cossette, Frasure-Smith, & Lespérance, 2001 ; Gavin *et al.*, 2000), de la sexualité du couple et il aide au retour aux activités sociales (Johnston *et al.*, 1999 ; Thompson, 1996). De plus, il aide le client et sa famille à obtenir un certain contrôle sur les symptômes de la maladie, à ressentir une plus grande satisfaction au niveau des traitements et à trouver une meilleure qualité de vie (Chouinard *et al.*, 2004 ; Oldridge, 2003 ; Robertson & Kayhko, 2001). Chouinard *et al.* (2004) soulignent également l'effet bénéfique du suivi pour le client et sa famille en ce qui a trait à la résolution de problèmes, ainsi qu'à l'amélioration des connaissances, de l'estime de soi et du sentiment de contrôle. Bien que les bénéfices d'un tel suivi s'avèrent évidents, il est pertinent de le mettre en œuvre.

Lavorato *et al.* (2003) et Robinson (1999) mentionnent qu'un programme de réadaptation est efficace si l'infirmière du SSC utilise une approche systémique et holistique. Cette approche est comparable au modèle conceptuel de McGill (Laizner, 2002 ; Malo *et al.*, 1998) utilisé pour encadrer les interventions effectuées durant ce stage clinique. Le modèle de McGill, compris dans le paradigme de l'intégration, perçoit l'individu comme un être bio-psycho-socio-culturel-spirituel et aussi comme un système ouvert en interaction constante avec l'environnement, et promeut la santé ou incite le client et sa famille à s'engager dans un processus d'apprentissage de comportements de santé (Kérouac *et al.*, 2003). De plus, la santé demeure la composante essentielle et centrale du modèle de McGill (Gottlieb & Rowat, 1987 ; Kérouac *et al.*, 2003).

## Programme et interventions

### But

Le but de ce programme de SSC était d'assurer un suivi auprès d'une clientèle ayant subi un SCA afin de l'aider à maintenir une adaptation positive à long terme, ainsi que de favoriser une qualité de vie et un niveau de satisfaction optimaux avec leur problématique de santé. Les interventions de l'infirmière étaient basées sur le modèle conceptuel de McGill (Laizner, 2002 ; Malo *et al.*, 1998), tout en étant personnalisées et planifiées selon les particularités de chaque client et de sa famille.

### Participants

Les participants à ce programme devaient avoir obtenu un diagnostic de syndrome coronarien aigu, être âgés de 18 ans ou plus, suivre un traitement médical (par exemple : dilatation, thrombolyse) ou médicamenteux et comprendre le français. Ils ne devaient pas être en attente de chirurgie cardiaque durant le séjour d'hospitalisation ou à l'intérieur d'une période de trois mois suivant leur congé de l'hôpital, ni avoir reçu un diagnostic d'insuffisance cardiaque à la suite de l'infarctus du myocarde, ni souffrir de troubles psychiatriques sévères (par exemple : schizophrénie) ou encore souffrir d'une pathologie nécessitant un traitement actif (par exemple : valvulopathie).

### Déroulement de l'intervention

Le recrutement des clients était effectué en collaboration avec l'infirmière du suivi per hospitalisation, qui a reçu les informations nécessaires concernant le but et le déroulement du suivi systématique de clientèle ainsi que les critères de sélection des clients. Une fois le patient recruté, l'infirmière stagiaire expliquait à ce dernier le déroulement et le but des rencontres. Elle lui remettait ensuite le formulaire d'information. Dès que le client a donné son consentement oral, une date était fixée pour une rencontre deux semaines après son congé. Étant donné la limite du temps accordé au stage (3 mois), le nombre maximal de participants à ce programme variait entre 15 et 20 clients, afin de répondre aux besoins de chaque participant et de sa famille.

Le suivi comptait cinq rencontres. La première se déroulait avec le client à l'unité coronarienne ou à l'unité de médecine cardiaque durant son hospitalisation. Les autres étaient prévues aux semaines 2, 4, 8 et 12 suivant le congé et elles ont eu lieu au département de médecine cardiaque (bureau de l'infirmière). La durée de ces rencontres variait entre 30 et 90 minutes, selon le déroulement des interventions. Des ajustements étaient apportés au niveau de la fréquence et du nombre

des rencontres, au besoin. Certains clients ont communiqué avec l'infirmière stagiaire, qui a répondu à leurs questions. Elle déterminait alors si leur état de santé exigeait de devancer leur rendez-vous ou si elle devait effectuer le suivi au téléphone. Un client qui avait de la difficulté à se déplacer pour la première rencontre post-hospitalisation a bénéficié d'un suivi téléphonique de la part de l'infirmière stagiaire.

Tout au long du suivi systématique de clientèle, l'accent était mis sur la collaboration infirmière-client, incluant la famille, ainsi que sur la collaboration entre l'infirmière et l'équipe interprofessionnelle. Inspirée du modèle McGill (Lainzer, 2002 ; Malo *et al.*, 1998), l'infirmière jouait un rôle de motivateur, d'agent de changement et de renforcement face à l'apprentissage des stratégies de coping à acquérir afin d'adopter des comportements de santé qui permettaient au client de faire face aux situations de stress créées par la maladie coronarienne.

Tout au long des rencontres, l'infirmière accueillait le client et sa famille avec empathie et une écoute active. Elle évaluait l'état clinique du client (les signes vitaux, les symptômes d'angine et les résultats des examens de laboratoire). Par la suite, elle cherchait à connaître leurs impressions sur la dernière rencontre, leur état émotionnel, psychologique et social ainsi que l'assiduité au traitement et aux activités quotidiennes et sociales.

L'infirmière stagiaire discutait de l'impact de la maladie sur le client et sur la dynamique familiale, et de la difficulté la plus importante à laquelle le client s'était heurté depuis la dernière rencontre. Elle évaluait également les stratégies d'adaptation à la maladie et pour surmonter les difficultés rencontrées. Elle identifiait les croyances, les perceptions et les connaissances du client et de sa famille concernant la maladie, le traitement, la diète, la capacité physique, les relations sexuelles, le tabagisme, le retour au travail, etc. Elle leur demandait de recourir au sujet le plus pertinent à aborder à chaque visite.

À la fin de chaque rencontre, l'infirmière stagiaire rédigeait des notes d'observation, afin d'effectuer une analyse critique de la rencontre, dans le but d'apporter les correctifs et les modifications les plus utiles et les plus pertinentes pour le client et pour sa famille. De plus, l'enseignement était effectué au rythme du client et de sa famille, en répondant à leurs besoins d'apprentissage. L'infirmière stagiaire maximisait l'utilisation des ressources, favorisait l'engagement du client et de sa famille dans les soins et les soutenait dans le développement de leur potentiel. Au besoin, l'infirmière stagiaire consultait le cardiologue ou les autres professionnels (diététiste, pharmacienne, travailleuse sociale, ou l'infirmière du suivi per hospitalisation), afin de

répondre aux besoins du client. Elle effectuait toutes ces tâches en faisant preuve d'ouverture face à leurs commentaires et à leurs suggestions.

Afin de bien cerner les besoins et les problèmes exprimés par le client et par sa famille, l'infirmière stagiaire utilisait des questions systématiques classées en différentes catégories. Les différences, les réactions aux comportements, l'avenir ainsi que des questions hypothétiques, dyadiques et triadiques composent le questionnement de la rencontre (Duhamel, 1995 ; Wright & Leahy, 2001). Les questions circulaires ou systémiques permettaient à l'infirmière stagiaire de se montrer curieuse et intéressée concernant leurs troubles de santé (Wright & Leahy, 2001). Elles lui donnaient également l'occasion d'explorer l'expérience vécue par chacun des membres de la famille face à l'évolution de la maladie, à leurs croyances, à leurs forces et à leurs ressources (Duhamel, 1995 ; Wright & Leahy, 2001). Ces questions aident à faire circuler l'information entre les membres de la famille et à ébranler certaines perceptions et croyances contraignantes (Duhamel, 1995 ; Wright & Leahy, 2001). L'annexe 1 présente des exemples des questions systémiques posées aux participants selon différents thèmes : comportement, avenir, différences, question dyadique.

#### *Collecte de données*

Une collecte de données socio-démographiques, un génogramme et une écocarte sont utilisés pour obtenir des informations supplémentaires concernant le client, sa famille et les liens d'attachement entre les membres de sa famille et leurs ressources (Wright & Leahy, 2001). À la dernière rencontre, l'infirmière stagiaire procédait à l'évaluation et au bilan des apprentissages, du renforcement des changements réalisés dans les activités quotidiennes, les réactions physiques, les pensées et les émotions ressenties durant le suivi.

Un questionnaire (annexe 2), élaboré par l'infirmière stagiaire, était administré à la fin du SSC, pour évaluer la satisfaction des participants de ce programme. Il comportait six questions ouvertes abordant les aspects positifs et négatifs du SSC, les changements souhaités ou réalisés ainsi que les corrections à apporter au suivi et les interventions à maintenir. Une question fermée concerne leurs attentes et une autre aborde la satisfaction du client en regard des soins et du suivi reçus de l'infirmière stagiaire.

Quant à l'indice de la qualité de vie (IQV) du client cardiaque, la version française de l'instrument de mesure *Quality of Life Index* (QLI) adaptée aux clients cardiaques (QLI-Cardiac III) de Ferrans et Powers (1985) et traduite par Gagnon en 1988 a servi de mesure de la satisfaction des



participants du SSC selon les différents aspects de la vie (annexe 3) (Goulet, 1999). Des tests de fidélité et de validité ont été effectués sur la version anglaise en utilisant un groupe de 40 clients avant et après avoir subi une angioplastie (Goulet, 1999). La consistance interne de l'IQV obtenue à l'aide d'un Alpha de Cronbach est de 0,69 (avant l'angioplastie) et de 0,96 (après l'angioplastie). Des coefficients de corrélation de 0,86 et de 0,93 ont démontré la validité concurrente du QLI, en comparant les scores de l'instrument avec une question concernant la satisfaction de vie élaborée par Campbell *et al.* (1976) dans Goulet (1999). Le questionnaire IQV, distribué à la dernière rencontre, comportait huit items sur la dimension santé (1, 5, 6, 8, 10, 11, 16, 17), un seul item sur la dimension famille (7), cinq items sur la dimension socioéconomique (9, 12, 13, 14, 15), trois items sur la dimension psychologique (18, 19, 20) et finalement, quatre items sur la dimension cardiaque (2, 3, 4, 21). Les réponses ont été recueillies auprès des participants selon une échelle de type Likert de 1 (très insatisfait) à 6 (très satisfait). Le score minimal à l'IQV est de 21, et le score maximal est de 126. Un score global près de 21 signifie que la personne est très insatisfaite. Un score global près de 126 indique qu'elle est très satisfaite de sa qualité de vie (Quevillon, 2000). Les personnes qui obtiennent un score global moyen de 84 et plus sont en général satisfaites de leur qualité de vie, alors que celles qui ont obtenu un score global moyen inférieur à 84 sont en général insatisfaites de leur qualité de vie.

## Résultats

### *Caractéristiques des participants*

Le suivi systématique de clientèle a été effectué dans un centre hospitalier affilié à l'Université de Montréal. Il a débuté en novembre 2003 et s'est poursuivi jusqu'au début du mois de mars 2004. Parmi les 20 participants rencontrés durant ce programme, 12 étaient victimes d'IM et 8 souffraient d'angine de poitrine. Deux participantes ont mis fin à leur participation au SSC, l'une pour cause d'hospitalisation (cancer du poumon au stade terminal), et l'autre a refusé de continuer le suivi car, selon elle, cela lui générait du stress et ne lui apportait aucun bénéfice. Par conséquent, 18 personnes (9 femmes et 9 hommes) ont participé aux rencontres. La moyenne d'âge de cette clientèle était de  $65 \pm 1,4$  ans (âge minimal 47,5 ans et âge maximal 80 ans). Le degré de scolarité des participants était variable : études primaires (4), secondaires (3), collégiales (8) et universitaires (3). Parmi les participants, 12 personnes étaient mariées, alors que les six autres vivaient seules (célibataire, veuve ou divorcée).

### *Attentes des participants envers l'infirmière stagiaire du suivi systématique de clientèle (SSC)*

Voici les différentes réponses à la question posée par l'infirmière stagiaire durant la première rencontre post-hospitalisation aux participants et à leur famille concernant leurs attentes envers l'infirmière du SSC. Les participants ont fait part des attentes suivantes : être une personne ressource et de confiance (n=18), les rassurer (n=16), répondre à leurs questions et à leurs besoins d'information concernant leur maladie (n=16), prendre le temps de les écouter (n=15), les guider et leur donner des conseils concernant l'amélioration de leur état de santé (n=14), faciliter leurs activités quotidiennes (n=10), les aider à modifier leurs habitudes de vie (surtout la diète et la consommation de tabac) (n=9), les suivre pendant une longue période (n=6), faciliter leur retour au travail (6), être l'intermédiaire entre eux et le médecin (n=5), offrir un soutien émotionnel et psychologique (n=4), les aider à différencier la douleur cardiaque des autres types de douleurs (n=4), et finalement, prendre soin de leur famille (n=4).

### *Impact du suivi systématique de clientèle (SSC) sur la personne et sa famille*

Selon les réponses données aux questions systémiques posées à chaque rencontre, le SSC aurait diminué la surprotection du partenaire, une source de tension mentionnée par trois personnes. De plus, les résultats obtenus avec l'outil d'entrevue (annexe 4) utilisé lors des rencontres ont démontré que le SSC a aussi aidé cette clientèle à être fidèle à ses traitements et à augmenter les activités de sa vie quotidienne, physiques et sociales. En effet, le SSC a motivé les participants à modifier leurs habitudes de vie, surtout en ce qui concerne la diète, l'inactivité physique et le tabac. Par exemple, parmi les participants fumeurs, trois personnes ont cessé de fumer, et une personne a diminué le nombre de cigarettes consommées par jour (de 25 à 10 cigarettes par jour) et elle a manifesté l'intention d'arrêter de fumer complètement.

Au niveau de l'activité physique, cela représentait un problème pour 16 participants, qui disaient avoir peur de faire des exercices. Les femmes, surtout, croyaient que les tâches ménagères constituent une activité physique. Au début des rencontres, 15 participants ne savaient pas quels exercices étaient permis ou proscrits, et ce, malgré l'information donnée durant leur hospitalisation. Au cours du SSC, cinq participants ont commencé à faire de la marche pendant 15 à 20 minutes, trois ou quatre fois par semaine, tout en suivant leur rythme. Sept membres ont augmenté leurs activités physiques légères de 30 à

45 minutes par jour. Six autres ont accru leurs activités modérées quotidiennes de 30 à 40 minutes. En outre, huit participants se sont inscrits à un centre sportif (Énergie Cardio). Aucun participant n'a pris de poids, même les nouveaux non-fumeurs. Les six personnes obèses dont l'indice de masse corporelle (IMC) était supérieur à 27 ont enregistré une légère diminution de poids (entre 0,9 à 2,3 kg).

Selon les réponses recueillies par l'entremise du questionnaire (annexe 2), les participants et les membres de leur famille ont noté une diminution de la tension et de l'inquiétude concernant la récurrence de leur maladie. Le SSC semble les avoir aidés à atteindre un contrôle sur leur situation de santé, à être plus confiants et rassurés concernant leur état de santé. Voici quelques commentaires des participants et de leur famille : « Le SSC est un soutien pour moi très approprié, car il m'a permis de combattre mes peurs après cet événement cardiaque » – « Le SSC me donne une explication assez profonde de mon cas qui me motive à améliorer ma qualité de vie. » – « Le SSC m'a aidé à avoir plus confiance en moi et à me sentir

rassuré vis-à-vis mon état de santé ». De plus, le SSC a facilité le retour au travail des six participants qui étaient en arrêt de travail. Il a diminué leur tension ainsi que leur peur de subir d'autres événements cardiaques. En effet, trois participants sur six sont retournés à leur emploi sans aucune difficulté majeure. Les trois autres se sentaient prêts à reprendre le travail : « Je me sens prêt à retourner au travail. » – « J'ai appris à écouter mon corps et à diminuer mon stress, surtout le stress lié au travail ». Durant la période de SSC, aucun participant n'a été réhospitalisé pour une récurrence de sa maladie.

#### *Impact du suivi systématique de clientèle (SSC) sur la qualité de vie des participants*

Au total, 14 personnes sur 18 ont répondu à la plupart des questions de l'index sur la qualité de vie (IQV) (version cardiaque – III). Le tableau 1 montre les moyennes et les écarts-types de la qualité de vie des participants au programme de SSC, trois mois après leur hospitalisation.

Tableau 1

Score global et score moyen (sur 6) pour chacune des dimensions de la qualité de vie (N=14)

Dimensions	Moyenne (X)	Écart-type	Min	Max
Famille	5,2	1,0	3,0	6,0
Socio-Économique	5,1	0,6	3,2	5,8
Psychologique	5,0	1,1	2,3	6,0
Score global	4,6	0,8	2,8	5,8
Santé	4,4	0,8	2,8	5,9
Cardiaque	4,4	1,1	2,0	5,8

Présentés selon un score global et un score sur les cinq dimensions de l'IQV, il ressort que la dimension « famille » est celle qui apporte le plus de satisfaction aux participants ( $X = 5,2$  ;  $s = 1$ ). Cependant, un seul item couvrait cet aspect. De plus, malgré l'ouverture dont a fait preuve l'infirmière stagiaire, un seul participant a abordé le sujet de la sexualité. Or, les résultats obtenus sur l'IQV démontrent que 6 personnes sur 10 sont insatisfaites de leur vie sexuelle.

#### *Difficultés rencontrées par l'infirmière stagiaire durant le suivi systématique de clientèle (SSC)*

Dès le début du programme, le recrutement des clients s'est avéré difficile. En effet, 15 clients sur 35 ont refusé de participer au programme de SSC pour différentes raisons (annexe 5).

Une autre difficulté identifiée correspond au manque de collaboration de la part de certains cardiologues. Lorsque l'infirmière demandait un conseil au sujet d'un participant, ils étaient soit très occupés, ou absents de l'hôpital pour une certaine période, donc non disponibles.

De plus, le lieu des rencontres n'était pas propice à une atmosphère calme et chaleureuse. La plupart du temps, la rencontre était interrompue par des personnes devant entrer dans le bureau pour aller chercher quelque chose ou pour accéder à un autre bureau.

En dépit de ces inconvénients, le personnel infirmier, l'infirmière-chef, l'infirmière du suivi per hospitalisation, la pharmacienne, la travailleuse sociale et la diététiste ont su établir une bonne collaboration. L'accueil positif qu'elles ont offert à ce projet a largement contribué au succès de ce stage.

## **Discussion et recommandations**

Lors de l'implantation d'un programme de SSC, il est souhaitable de planifier le recrutement des participants deux à trois semaines après leur congé de l'hôpital. À cette période, les informations offertes lors de l'hospitalisation sont alors oubliées et le client est à la recherche d'un soutien social (Henrichon, 2001). De plus, il est pertinent de mobiliser d'abord une équipe interprofessionnelle

composée idéalement d'un cardiologue, d'un pharmacien, d'une diététiste, d'une infirmière soignante, d'une infirmière du SSC et d'un travailleur social, au besoin. Le suivi exige une collaboration interprofessionnelle (Barclay & Vega, 2005 ; Labrecque, 2000 ; Lavorato *et al.*, 2003), afin de répondre aux besoins des clients et de leur famille (Oldridge, 2003 ; Van Horn *et al.*, 2002). Ceci pourrait susciter davantage de répercussions positives chez cette clientèle, telles que la motivation, la fidélité au traitement et l'engagement dans leurs soins (Labrecque, 2000). L'engagement du médecin peut encourager la participation du client, augmenter sa confiance et sa satisfaction ainsi que son niveau d'assiduité aux traitements (Houle, 2004).

De façon générale, l'infirmière a atteint l'objectif d'amélioration de la qualité de vie des participants. D'après les résultats obtenus, il y a lieu de croire que le SSC a amélioré la qualité de vie des participants, en les aidant à modifier plusieurs facteurs de risque, notamment la diète, le stress, le contrôle du poids, l'activité physique et le tabagisme. Toutefois, il serait préférable de procéder à une évaluation de la qualité de vie de cette clientèle au début et à la fin des rencontres, afin d'être en mesure d'évaluer l'impact du SSC sur la qualité de vie de la personne après trois mois de suivi. En effet, cette façon de faire permettrait à l'infirmière de prendre conscience des aspects satisfaisants et insatisfaisants pour chaque personne quant aux dimensions de l'évaluation, et d'adapter les questions de son outil d'entrevue en fonction des besoins et de leur importance. À cet effet, il est primordial que la période du SSC soit déterminée selon ces critères, dans le but d'améliorer la qualité de vie. Ainsi, durant la période initiale de trois mois, l'évaluation du SSC devrait porter sur l'évaluation de la qualité des soins et de la satisfaction de la clientèle en ce qui a trait aux soins reçus, plutôt que sur l'évaluation de la qualité de vie. Ceci est dû au fait qu'un délai de trois mois pourrait être insuffisant pour améliorer la qualité de vie de la personne. Ceci est dû au fait que les besoins, les priorités, les perceptions et le rythme de la personne diffèrent d'une personne à l'autre.

Il est également important de prendre le temps de répondre aux questions du patient et de sa famille ainsi qu'à leurs besoins d'apprentissage au cours d'un SSC. L'enseignement ne doit pas être effectué si le client et sa famille sont présents dans le seul but d'établir une relation thérapeutique, d'obtenir un encouragement pour leurs efforts ou une reconnaissance de leur souffrance. Il est d'autant plus nécessaire d'écouter le client et sa famille, de vérifier le sujet à aborder durant chaque rencontre et d'explorer le plus grand changement observé chez le patient depuis la dernière

rencontre. De plus, il est pertinent d'explorer les croyances et les attentes de la personne et de sa famille en regard du suivi, afin d'ébranler les croyances contraignantes concernant le suivi et de répondre à leurs attentes. De même, il s'avère pertinent de ne pas évaluer seulement l'état physique de la personne, mais d'explorer, avec sa collaboration, les autres problèmes pouvant affecter son état de santé.

Il ne faut toutefois pas arrêter le SSC avant le retour de la personne au travail, afin de l'aider à surmonter les difficultés rencontrées lors de sa réinsertion dans son milieu de travail. En effet, une diminution de l'assiduité aux traitements après le retour au travail est un phénomène connu (Aubin, 1993) souvent relié à un manque de motivation (Aubin, 1993 ; Houle, 2004). Si le client se sent mieux, sa motivation peut diminuer avec le temps, et il risque de mettre fin au traitement recommandé de façon précoce, car il n'en voit plus la nécessité (Aubin, 1993).

D'après les réponses des participants et des membres de leur famille au questionnaire (annexe 2), ceux-ci semblaient très satisfaits des interventions de l'infirmière. En général, les six personnes ayant participé au programme *Nouveau départ* offert par l'hôpital ont affirmé avoir préféré le SSC car il était plus personnalisé. Il tenait compte des besoins de chaque personne et de leur famille, et l'infirmière prenait le temps nécessaire pour bien évaluer leurs besoins et répondre à leurs questions. Dans un même ordre d'idées, il est suggéré que le SSC ne soit pas standardisé. Les interventions doivent plutôt être personnalisées. Il ne faut pas accorder d'importance au nombre de rencontres, mais plutôt à la qualité des interventions. La fréquence des rencontres doit être déterminée selon les besoins du client et de la famille, d'où l'importance de ne pas imposer des rencontres lorsque la personne n'en voit pas la nécessité. Un programme d'information ou un suivi téléphonique sont autant d'interventions complémentaires au suivi systématique.

Finalement, il serait important de poursuivre des expériences d'implantation de suivi systématique auprès de clientèles cardiaques, afin que ce suivi s'intègre graduellement aux pratiques courantes des infirmières, au bénéfice des clients. De plus, le suivi ne doit pas être seulement durant l'hospitalisation, mais il doit continuer jusqu'à six mois ou un an post-hospitalisation afin d'aider la personne à maintenir les nouvelles habitudes de vie à long terme, de faciliter son retour au travail et d'améliorer sa qualité de vie. Des recherches structurées sur les impacts financier et clinique d'une telle mise en application seraient également nécessaires pour justifier la pertinence et le besoin reliés à un tel suivi auprès des décideurs. De plus, il serait aussi recommandable de procéder à des

études pour vérifier l'efficacité d'un tel programme sur la qualité de vie des personnes impliquées avec un groupe de comparaison (devis expérimental).

### Conclusion

D'après les résultats obtenus suite au SSC, il est possible de conclure que cette expérience de stage rencontrait les besoins des clients victimes de SCA. Les patients ont apprécié les interventions prodiguées par l'infirmière stagiaire selon le modèle conceptuel de McGill et l'approche systémique. Le SSC a également un impact sur la profession infirmière. En effet, dans l'optique de la loi 90, cette expérience a valorisé les compétences et les connaissances de l'infirmière, sa créativité et son leadership, son jugement clinique, ses responsabilités, son autonomie professionnelle et ses habiletés cliniques pour intervenir auprès des clients et de l'équipe interprofessionnelle. Cependant, l'implantation d'un programme de SSC et sa réussite exigent une structure professionnelle solide équivalente à un engagement interprofessionnel et organisationnel.

### Références

- Aubin, N. (1993). Programme d'interventions infirmières selon Orem auprès de clients cardiaques en phase de convalescence. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières. Université de Montréal.
- Bergeron, C. (1995). Intervention infirmière liée au suivi systématique de clientèles en centre hospitalier : la phase de concertation. Rapport de stage, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Barclay, L., & Vega, C. American Heart and American Stroke Associations Endorse New Stroke Rehabilitation Guidelines. [www.medscape.com/viewarticle/511995\\_print](http://www.medscape.com/viewarticle/511995_print).
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life*. New-York : Russell Sage Foundation.
- Carpentier, M. (1998). *Préalables à l'implantation du suivi systématique de clientèles en milieu psychiatrique selon une perspective infirmière*. Rapport de stage, Faculté des Sciences Infirmières, Université de Montréal.
- Chouinard, M.C., Lutumba, A., Lapierre, R., Gagnon, D., & Hudon, M.H. (2004). Évaluation par les usagers de l'intervention infirmière dans le cadre des activités d'un réseau de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (2), 33-41.
- Cossette, S., Frasure-Smith, N., & Lespérance, N. (2001). Clinical Implications of a Reduction in a Psychological Distress on Cardiac Prognosis in Patients Participating in a Psychosocial intervention Program. *Psychosomatic Medicine*, 63 (2), 257-266. <http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi>.
- Denollet, J., & Brutsaert, D. (2001). Reducing Emotional Distress Improves Prognosis in Coronary Heart Disease: 9 - Year Mortality in a Clinical Trial of Rehabilitation. *Circulation*, 104 (17), October 23, 2018-2023. <http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi>
- Dougherty, C.M., Spertus, J.A., Dewhurst, T.A., & Paul Nichol, W. (2000). Outclient Nursing Case Management for Cardiovascular Disease. *Nursing Clinics of North America*. 35 (4), 993-1003.
- Duhamel, F. (1995). *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin.
- Ferrans, C.E., & Powers, M.J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8 (1), 15-24.
- Fondation des maladies du cœur du Canada. (2003). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*. [www.fmcoeur.qc.ca](http://www.fmcoeur.qc.ca).
- Gagnon, L. (1988). *La qualité de vie des paraplégiques et quadriplégiques*. Thèse de doctorat en sciences infirmières. Université de Montréal.
- Gavin, M.D., Bethell, H.J.N., & Turner, S.C. (2000). The acute mood effects of a single rehabilitation exercise session on cardiac clients. *Coronary Health Care*, 4 (2), 71-75.
- Gottlieb, L., & Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing: A practice-derived model. *Advances in Nursing Science*, 9 (4), 51-61.
- Goulet, L. (1999). *Qualité de vie de clients dans le contexte d'un remplacement valvulaire*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières. Université de Montréal.
- Henrichon, C. (2001). *Stratégies adaptatives et adaptation selon la participation à un programme d'enseignement suite à un premier événement coronarien*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières. Université de Montréal.
- Houle, J. (2004). Comment influencer la pratique de l'activité physique chez des personnes atteintes d'une maladie coronarienne?. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (1), 18-28.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. Laval : Études Vivantes.
- Johnston, M., Foulkes, J.M.P., Johnston, D., Pollard, B., & Gudmundsdottir, H. (1999). Impact on Patients and Partners of Inpatient and Extended Cardiac Counselling and Rehabilitation: A Controlled Trial. *Psychosomatic*



- Medicine*, 61 (2), 225-233. <http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi>
- Labrecque, C. (2000). *Programme de suivi infirmier chez une clientèle présentant des ulcères veineux purs*. Rapport de stage en Sciences Infirmières non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Laizner, A.M. (2002). Renseignement important concernant le modèle des soins infirmiers de McGill. Dans A.P. Potter & A.G Perry, *Soins Infirmiers*, (tome1). Laval : Études Vivantes. Annexe 2: A15-25.
- Lavorato, L., Grypma, S., Spenceley, S., Hagen, B., & Nowatzki, N. (2003). Positive outcomes in cardiac rehabilitation: The little program that could. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 13 (3), 13-19.
- Malo, D., Côté, S., Giguère, V., & O'Reilly, L. (1998). Modèle de McGill et CLSC. Une combinaison gagnante. *L'infirmière du Québec*, 6 (2), 28-35.
- Nadeau, B. (1989). *Le case management au carrefour de l'intervention clinique et communautaire*. Santé mentale au Québec, vol. XIV, n° 2, p. 51-59.
- Oldridge, N. (2003). Assessing health-related quality of life: is important when evaluating the effectiveness of cardiac rehabilitation?. *Journal of cardiopulmonary Rehabilitation*, 23 (1), 26-28.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (1999). *Le suivi systématique de clientèles : une solution infirmière*. Montréal : OIIQ.
- Quevillon, M.J. (2000). *Validation de la traduction française du quality of life index de Ferrans et Powers*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières. Université de Montréal.
- Robertson, K.A., & Kayhko, K. (2001). Cost analysis of an intensive home follow-up program for first-time post-myocardial infarction clients and their families. *CACCN*, 12 (4), 25-31.
- Robinson, K.R. (1999). Envisioning a Network of Care for At-Risk Clients after Myocardial infarction. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (1), 75-88.
- Salisbury, H. (1997). Home-based myocardial infarction rehabilitation. *Health visitor*, 70 (7), 265-266.
- Santé Canada. (2000). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*. [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca).
- Svendsen, A. (2004). The Current Status of Cardiovascular Disease in Canada- ACall to Action. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (1), 5-17.
- Thompson, D. (1996). The effectiveness of cardiac rehabilitation. *Nursing in Critical Care*, 1 (5), 214-220.
- Van Horn, E., Fleury, J., & Moore, M. (2002). Family interventions during the trajectory of recovery from cardiac event: An integrative literature review. *Heart & Lung*, 31, 186-198.
- Wright, L.M., & Leahy, M. (2001). Guide d'évaluation et d'intervention. *L'infirmière et la famille* (2ème. ed.) (Adaptation française de L. Campagna). Montréal : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.

## Annexe 1

### Exemple des questions systémiques

- Comportements : Que pensez-vous du fait que votre conjoint vous soutient et encourage vos efforts?
- Avenir : Quel est le meilleur conseil que vous pourriez donner aux personnes prises avec une maladie cardiaque?
- Différences : En quoi nos rencontres vous ont-elles aidé le plus?, le moins?
- Question dyadique : Comment votre partenaire peut-il vous aider à vous engager davantage dans les prises d'initiative concernant votre état de santé?

## Annexe 2

### Questionnaire relié à la satisfaction des participants de ce programme :

- Qu'est-ce que vous avez trouvé le plus aidant de ce programme?
- Qu'est-ce que vous avez trouvé le moins aidant?
- Quelles sont les interventions à modifier ou à enlever dans le suivi fait par l'infirmière?
- Quelles sont les interventions à maintenir dans le suivi fait par l'infirmière?
- Quel est le plus grand changement que vous avez remarqué dans votre vie depuis le début de ce suivi?
- Quels conseils recommanderiez-vous à des personnes victimes d'infarctus?
- Est-ce que ces rencontres ont répondu à vos attentes et aux attentes de votre famille?
- Quel est votre degré de satisfaction générale en regard des soins et du suivi reçus de l'infirmière:
  - A) Très peu satisfait
  - B) Peu satisfait
  - C) Satisfait
  - D) Très satisfait

### Annexe 3

#### Index sur la qualité de vie (Ferrans et Powers) (1985) (version cardiaque – III); traduit et validé par Mme Louise Gagnon en 1988

Pour chacune des questions suivantes, indiquez la réponse qui décrit le mieux votre perception à l'égard de votre qualité de vie. Veuillez indiquer votre réponse en encerclant le chiffre correspondant. Il n'existe pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Êtes-vous satisfait ?

	Très Insatisfait			Très satisfait		
	1	2	3	4	5	6
1. de votre santé ?	1	2	3	4	5	6
2. du nombre de fois que vous avez des douleurs à la poitrine?	1	2	3	4	5	6
3. de votre capacité à respirer sans être à bout de souffle ?	1	2	3	4	5	6
4. de la quantité d'énergie que vous avez pour les activités de tous les jours ?	1	2	3	4	5	6
5. de votre autonomie physique (capacité de vous débrouiller, de vous déplacer) ?	1	2	3	4	5	6
6. du degré de maîtrise que vous exercez sur votre vie ?	1	2	3	4	5	6
7. de votre relation avec votre conjoint / ou personne significative ?	1	2	3	4	5	6
8. de votre vie sexuelle ?	1	2	3	4	5	6
9. du support émotif que les autres vous procurent ?	1	2	3	4	5	6
10. de votre capacité de vous acquitter de vos responsabilités familiales ?	1	2	3	4	5	6
11. de la quantité de stress ou de préoccupations dans votre vie ?	1	2	3	4	5	6
12. de vos relations avec vos voisins?	1	2	3	4	5	6
13. de votre niveau de vie ?	1	2	3	4	5	6
14. de votre travail (si vous avez un emploi)?	1	2	3	4	5	6
15. de ne pas avoir de travail (si vous êtes sans emploi, ou à la retraite)?	1	2	3	4	5	6
16. de vos loisirs ?	1	2	3	4	5	6
17. de vos possibilités concernant une vieillesse (retraite) heureuse ?	1	2	3	4	5	6
18. des buts personnels que vous avez atteints ?	1	2	3	4	5	6
19. de votre vie en général ?	1	2	3	4	5	6
20. de vous-même en général ?	1	2	3	4	5	6
21. des changements dans votre vie qui vous ont été imposés par votre maladie cardiaque (diète, capacité physique, tabagisme) ?	1	2	3	4	5	6

## Annexe 4

### Outil d'entrevue

Nom du patient(e) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Rencontre # : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

#### Signes Vitaux :

Pouls : \_\_\_\_\_

TA : \_\_\_\_\_

Température : \_\_\_\_\_

Respiration : \_\_\_\_\_

Saturation : \_\_\_\_\_

#### I- Évaluation de l'état clinique :

##### DRS :

- \_\_\_\_\_ DRS à l'effort intense  
 \_\_\_\_\_ DRS en montant un escalier ou une petite pente  
 \_\_\_\_\_ DRS lors d'activités minimales comme s'habiller, se laver et manger  
 \_\_\_\_\_ DRS après un repas copieux  
 \_\_\_\_\_ DRS pendant ou après une relation sexuelle  
 \_\_\_\_\_ DRS pendant un état de tension émotionnelle  
 \_\_\_\_\_ DRS au repos

##### Dyspnée :

- \_\_\_\_\_ Dyspnée à l'effort intense  
 \_\_\_\_\_ Dyspnée en montant un escalier ou une petite pente  
 \_\_\_\_\_ Dyspnée lors d'activités minimales comme s'habiller, se laver et manger  
 \_\_\_\_\_ Dyspnée pendant ou après une relation sexuelle  
 \_\_\_\_\_ Dyspnée à moindre effort

##### Fatigue :

- \_\_\_\_\_ Fatigue après un effort intense  
 \_\_\_\_\_ Fatigue en montant un escalier ou une petite pente  
 \_\_\_\_\_ Fatigue après des activités minimales comme s'habiller, se laver et manger  
 \_\_\_\_\_ Fatigue après une relation sexuelle  
 \_\_\_\_\_ Fatigue à moindre effort

Autres Symptômes : \_\_\_\_\_

#### II- Évaluation des Facteurs de risque :

##### Facteurs modifiables :

##### Tabac :

\_\_\_\_\_ Jamais \_\_\_\_\_ Ancien \_\_\_\_\_ Actif

Consommation journalière : \_\_\_\_\_

##### Intérêt pour cesser de fumer :

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

##### Moyens pour cesser de fumer :

##### Médicaments

Patch \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

##### Stress :

\_\_\_\_\_ Absent \_\_\_\_\_ Peu

\_\_\_\_\_ Moyen \_\_\_\_\_ Beaucoup \_\_\_\_\_



Intérêt pour gérer le stress :

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Moyens pour gérer le stress :

Médicaments \_\_\_\_\_

Séances de relaxation ou musique \_\_\_\_\_

Autres moyens \_\_\_\_\_

## Cholestérol et/ou Triglycéride :

Normal \_\_\_\_\_ Peu élevé \_\_\_\_\_ Trop élevé \_\_\_\_\_

## HTA :

\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Connu \_\_\_\_\_ Nouveau diagnostic

Médicaments : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

## Diabète :

\_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Non

Prise des médicaments \_\_\_\_\_

Type de médicaments \_\_\_\_\_

## Obésité :

\_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Non

## Activité Physique :

\_\_\_\_\_ Absent \_\_\_\_\_ Moyen

\_\_\_\_\_ Peu \_\_\_\_\_ Beaucoup

## Activité sociale :

\_\_\_\_\_ Satisfaisante \_\_\_\_\_ Peu \_\_\_\_\_ Isolement

Facteurs non modifiables :

Âge : \_\_\_\_\_

Sexe : F \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_

Hérédité : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

## III- Évaluation de l'alimentation :

Régime diabétique Oui \_\_\_\_\_ Parfois \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Régime hypocholestérolémiant Oui \_\_\_\_\_ Parfois \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Alimentation sans sel Oui \_\_\_\_\_ Parfois \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Contrôle de poids Oui \_\_\_\_\_ Parfois \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

## IV- Évaluation de l'élimination intestinale :

\_\_\_\_\_ Normale \_\_\_\_\_ Constipation

\_\_\_\_\_ Diarrhée \_\_\_\_\_ Prise des médicaments

## V- Évaluation du sommeil :

\_\_\_\_\_ Satisfaisant

\_\_\_\_\_ Difficulté à s'endormir

\_\_\_\_\_ Cauchemars

\_\_\_\_\_ Prise des médicaments

## VI- Visite à l'urgence durant cette période :

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

## VII- Visite médicale non cédulée :

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

## **Annexe 5**

### **Commentaires recueillis lors de recrutement des participants**

- Je me sens bien. Je suis capable de répondre à mes besoins.
- Je suis bien suivi par mon médecin de famille. Je n'ai pas besoin d'être suivi.
- J'ai un petit blocage et le médecin me l'a débloqué. Pour cela, je suis guéri et je n'ai pas besoin d'être suivi.
- Je ne veux rien savoir et je veux quitter l'hôpital.