



**Canadian Cardiovascular
Society**

Leadership. Knowledge. Community.

**Société canadienne
de cardiologie**

Communauté. Connaissances. Leadership.

CATALOGUE ÉLECTRONIQUE D'INDICATEURS DE QUALITÉ DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE

INDICATEURS DE QUALITÉ SUR LA RÉADAPTATION CARDIAQUE ET LA PRÉVENTION SECONDAIRE

UN DOCUMENT DE CONSENSUS DE LA SCC

VERSION FINALE v1.0

Dernière mise à jour : Le 4 septembre 2013

Copyright © 2013 La Société canadienne de cardiologie

La publication ne peut être reproduite ou modifiée sans la permission de la Société canadienne de cardiologie.

Pour une reproduction autorisée, veuillez obtenir la permission de :

Société canadienne de cardiologie
222, rue Queen, bureau 1403
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 5V9
Courriel : healthpolicy@ccs.ca

CONTEXTE

Les indicateurs de qualité décrits dans le présent document ont été choisis au moyen d'un processus de consensus national en tant qu'indicateurs de qualité clés propres à la **réadaptation cardiaque et à la prévention secondaire**.

Communiquez avec l'Association canadienne de réadaptation cardiaque (ACRC) pour consulter la plus récente version du dictionnaire des données du registre de l'ACRC.

TABLE DES MATIÈRES

- PRÉAMBULE..... 4**
 - Patients hospitalisés orientés vers un programme de réadaptation cardiaque 5**
 - Temps d'attente entre l'orientation et l'inscription à un programme de réadaptation cardiaque 6**
 - Éducation des patients à l'autogestion 7**
 - Accroissement de la capacité à l'activité physique 8**
 - Stratégie d'intervention d'urgence..... 9**
- REMERCIEMENTS 10**
- AVERTISSEMENT 11**
- COPYRIGHT 11**

PRÉAMBULE

Les programmes de réadaptation cardiaque (RC) peuvent varier d'un centre à un autre. Toutefois, tous les programmes sont censés offrir les composantes fondamentales énoncées dans la 3^e édition des Directives de l'ACRC (chapitre 11). De plus, il faudrait envisager d'inclure les composantes fondamentales proposées récemment par la British Association For Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (2012) aux programmes de RC, notamment : modification des habitudes de vie et éducation, gestion des facteurs de risque inhérents au mode de vie, santé psychosociale, gestion des facteurs de risques médicaux et thérapies cardioprotectrices.

À travers ce processus d'élaboration d'indicateurs de qualité (IQ), le groupe de travail a tenté d'évaluer les plus importantes mesures de soins (désignés par le terme « indicateurs de qualité ») de l'ensemble des composantes fondamentales des programmes. Toutefois, dans certains cas, les données probantes ayant trait à l'incidence sur la mortalité étaient insuffisantes ou, dans d'autres, l'évaluation n'était soit pas assez fiable, soit pas valide, pour que la mesure de soins mérite d'être considérée comme un IQ. Voilà pourquoi aucun indicateur de qualité n'a été élaboré pour l'évaluation des points suivants : activité physique, observance thérapeutique, qualité de vie et retour au travail. Toutefois, on suppose que ceux-ci représentent d'importantes composantes des soins dans le cadre des programmes de RC.

Même si nous nous sommes concentrés sur les patients atteints de coronaropathie, nous souhaiterions souligner qu'il est recommandé d'orienter les patients souffrant de trouble valvulaire, d'arythmie et de maladie vasculaire périphérique.

Pour ce qui des indicateurs de qualité définis dans le présent document, veuillez prendre note de la terminologie et des définitions suivantes :

TERME	DÉFINITIONS
Période de référence	Période déterminée au moment de l'analyse. La période d'évaluation minimale recommandée est d'une année.
Inscription	L'inscription au programme de RC consiste en la présence du patient à un premier rendez-vous de RC.
Achèvement	Pour achever le programme de RC, un patient doit avoir participé à au moins certaines des composantes d'intervention de RC et avoir fait l'objet d'une réévaluation officielle par l'équipe de RC à la fin de l'intervention.
Congé de l'hôpital	Le congé du programme de RC correspond à la clôture par l'équipe de RC du dossier d'un patient ayant participé à au moins une partie du programme.
Composantes de l'intervention de RC	Les composantes de l'intervention de RC sont définies selon les composantes fondamentales de la BACPR, à savoir : modification des habitudes de vie et éducation, gestion des facteurs de risque inhérents au mode de vie, santé psychosociale, gestion des facteurs de risques médicaux et thérapies cardioprotectrices.

PATIENTS HOSPITALISÉS ORIENTÉS VERS UN PROGRAMME DE RÉADAPTATION CARDIAQUE

Description	Pourcentage de patients hospitalisés admissibles orientés vers un programme de réadaptation cardiaque (RC).
Numérateur	Sous-ensemble du dénominateur représentant un nombre de patients hospitalisés ayant été orientés vers un programme de RC avant leur congé de l'hôpital. L'hypothèse est qu'il y a eu orientation si les deux critères suivants sont réunis : <ol style="list-style-type: none">1. il existe une communication écrite ou électronique officielle au nom du dispensateur de soins en vue d'une orientation en RC;2. le programme de RC a reçu les renseignements relatifs à l'orientation.
Dénominateur	Nombre total de patients hospitalisés admissibles durant la période de référence pour l'une des affections ou des interventions énoncées ci-dessous : <ul style="list-style-type: none">• Syndrome coronarien aigu<ul style="list-style-type: none">○ Infarctus aigu du myocarde (STEMI, non-STEMI)○ Angine instable• Angine chronique stable• Insuffisance cardiaque stable• Intervention coronarienne percutanée• Chirurgie de pontage aortocoronarien• Chirurgie de la valvule cardiaque Exclusions : <ul style="list-style-type: none">• Patients hospitalisés admissibles en RC dont le dossier mentionne une contre-indication médicale à l'orientation, telle qu'un état comorbide mettant leur vie en danger, une maladie mentale grave ou une incapacité à se déplacer.• Patients hospitalisés admissibles en RC dont le dossier mentionne une contre-indication à l'orientation relevant du patient.• Patients hospitalisés admissibles en RC se dirigeant vers un établissement en obtenant leur congé de l'hôpital ou réadaptation de patients hospitalisés.• Patients hospitalisés admissibles en RC qui décèdent avant leur congé de l'hôpital.
Méthode de calcul	Numérateur/dénominateur * 100
Sources de données	Dossiers médicaux électroniques, examen de dossier rétrospectif, feuilles de soins possibles, bases de données des congés de patients provinciales et territoriales, base de données hospitalière de l'ICIS et/ou registres cardiaques.

Justification

La participation à un programme de RC réduit de façon significative la mortalité et la morbidité. L'orientation des patients hospitalisés avant leur congé favorise un accès universel aux programmes de RC en temps opportun.

Recommandation(s) clinique(s)

- Tous les patients admissibles en RC doivent être orientés vers un programme de RC avant leur congé de l'hôpital. (Forte recommandation, données probantes de haute qualité.)

L'énoncé de politique de l'ACRC et de la SCC recommande un point de repère de 85 % en matière d'orientation.

Modifié à partir des références suivantes :

- Stone, J. A., Arthur, H. M. et Suskin, N. (2005). Canadian guidelines for cardiac rehabilitation and cardiovascular disease prevention. *Translating knowledge into action*.
- Thomas, R. J., King, M., Lui, K., Oldridge, N., Piña, I. L. et Spertus, J. (2010). AACVPR/ACCF/AHA 2010 Update: Performance Measures on Cardiac Rehabilitation for Referral to Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Services: Endorsed by the American College of Chest Physicians, the American College of Sports Medicine, the American Physical Therapy Association, the Canadian Association of Cardiac Rehabilitation, the Clinical Exercise Physiology Association, the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, the Inter-American Heart Foundation, the National *Journal of the American College of Cardiology*, 56(14), 1159-1167.
- Grace, S. L., Chessex, C., Arthur, H., Chan, S., Cyr, C., Dafoe, W. et Suskin, N. (2011). Systematizing Inpatient Referral to Cardiac Rehabilitation 2010: Canadian Association of Cardiac Rehabilitation and Canadian Cardiovascular Society Joint Position Paper: Endorsed by the Cardiac Care Network of Ontario. *Canadian Journal of Cardiology*, 27(2), 192-199.

Type de rapport

Les données statistiques seront présentées sous forme de pourcentages.

Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation

- Il peut être difficile d'évaluer des cas de numérateur si l'hôpital qui oriente n'a aucun système pour consigner les orientations de patients ou suivre la réception des orientations effectuées dans le cadre des programmes de RC.

TEMPS D'ATTENTE ENTRE L'ORIENTATION ET L'INSCRIPTION À UN PROGRAMME DE RÉADAPTATION CARDIAQUE

Description	Nombre médian de jours entre la réception de l'orientation par le programme de réadaptation cardiaque (RC) et l'inscription du patient.
Numérateur	Nombre de jours civils entre la réception de l'orientation au programme de RC et l'inscription du patient.
Dénominateur	Tous les patients inscrits au programme de RC durant la période de référence.
	Exclusions : <ul style="list-style-type: none">• Patient atteint d'un nouveau trouble clinique documenté.• Report du rendez-vous initial imputable au patient pour des raisons non cliniques et documentées (p. ex., voyage personnel).
Méthode de calcul	Nombre médian de jours calculé pour la population de référence, conformément à la description de la section sur le dénominateur.
Sources de données	Bases de données des programmes et/ou registre canadien de la réadaptation cardiaque.

Justification

Pour l'instant, il existe peu de données probantes permettant de vérifier si une orientation vers un programme de RC et un début de participation à celui-ci en temps opportun réduisent la morbidité et la mortalité comparativement à une orientation et une participation différées. Toutefois, certaines données probantes montrent qu'une orientation aisée vers un programme de RC et une inscription rapide à celui-ci peuvent accroître les taux de présence aux programmes et leur achèvement (Parker et coll., 2009, Russell et coll., 2011), y compris chez les fumeurs, et que cela est sécuritaire chez les patients présentant de faibles risques (Robinson et coll., 2011). En outre, certains éléments probants indiquent que le démarrage précoce d'une activité physique a des effets bénéfiques sur le niveau de confiance à l'égard de la capacité physique personnelle (Dolansky et coll., 2011), qu'il optimise la consommation d'oxygène (Valkeinen et coll., 2010) et le fonctionnement du ventricule gauche (Haykowsky et coll., 2011).

Références :

- Parker, K., Stone, J. A., Arena, R., Lundberg, D., Aggarwal, S., Goodhart, D. et Traboulsi, M. (2011). An Early Cardiac Access Clinic Significantly Improves Cardiac Rehabilitation Participation and Completion Rates in Low-Risk ST-Elevation Myocardial Infarction Patients. *Canadian Journal of Cardiology*, 27(5), 619-627.
- Russell, K. L., Holloway, T. M., Brum, M., Caruso, V., Chessex, C. et Grace, S. L. (2011). Cardiac rehabilitation wait times: effect on enrollment. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 31(6), 373
- Robinson, H. J., Samani, N. J. et Singh, S. J. (2011). Can low risk cardiac patients be 'fast tracked' to Phase IV community exercise schemes for cardiac rehabilitation? A randomised controlled trial. *International journal of cardiology*, 146(2), 159-163.
- Dolansky, M. A., Zullo, M., Boxer, R. et Moore, S. M. (2011). Initial Efficacy of a Cardiac Rehabilitation Transition Program: Cardiac TRUST. *Journal of Gerontological Nursing*, 37(12), 36.
- Valkeinen, H., Aaltonen, S. et Kujala, U. M. (2010). Effects of exercise training on oxygen uptake in coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 20(4), 545-555.
- Haykowsky, M., Scott, J., Esch, B., Schopflocher, D., Myers, J., Paterson, I. et Clark, A. M. (2011). A Meta-analysis of the effects of Exercise Training on Left Ventricular Remodeling Following Myocardial Infarction: Start early and go longer for greatest exercise benefits on remodeling. *Trials*, 12(1), 92.

Recommandation(s) clinique(s)

Tous les patients orientés vers un programme de RC devraient faire l'objet d'une évaluation d'admission en temps opportun afin de pouvoir commencer à y prendre part.

Modifié à partir des références suivantes :

- Dafoe, W., Arthur, H., Stokes, H., Morrin, L. et Beaton, L. (2006). Groupe de travail sur l'accès aux soins de la Société canadienne de cardiologie, réadaptation cardiaque. Universal access: but when? Treating the right patient at the right time: access to cardiac rehabilitation. *Can J Cardiol*, 22(11), 905-911 (Forte recommandation, données probantes de faible qualité)

Type de rapport

Les données statistiques seront présentées sous forme d'une médiane.

Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation

- L'évaluation et la documentation des renseignements nécessaires pour déterminer les exclusions pourraient varier.

ÉDUCATION DES PATIENTS À L'AUTOGESTION

Description	Pourcentage de patients du programme de réadaptation cardiaque (RC) qui ont reçu une éducation à l'autogestion avant leur congé du programme, soit individuellement, soit en groupe.
Numérateur	Sous-ensemble du dénominateur représentant un nombre de patients pour qui il existe une formation documentée en autogestion correspondant à la définition des Directives de l'ACRC (voir ci-dessous) avant leur congé du programme. Cette formation comprend non seulement la transmission de renseignements concernant les domaines de base de RC, mais également des techniques visant la modification du comportement orientées par du contenu théorique (voir les recommandations cliniques pour consulter la définition de l'éducation à l'autogestion).
Dénominateur	Nombre de patients recevant leur congé du programme de RC durant la période de référence.
Méthode de calcul	Numérateur/dénominateur * 100
Sources de données	Bases de données des programmes et/ou registre canadien de la réadaptation cardiaque.

Justification

Même si la formation des patients ne réduit peut-être pas la mortalité toutes causes confondues ou la morbidité cardiaque, les interventions en matière d'éducation peuvent considérablement améliorer la qualité de vie liée à la santé. Nous sommes d'avis qu'un des principaux objectifs de la formation des patients consiste à améliorer les connaissances et la compréhension nécessaires à l'adoption de comportements sains pour le cœur qui, à leur tour, réduisent le risque cardiaque.

Référence :

- Brown, J. P., Clark, A. M., Dalal, H., Welch, K. et Taylor, R. S. (2012). Effect of patient education in the management of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European Journal of Preventive Cardiology*

Recommandation(s) clinique(s)

European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (v. 2012) :

- Des interventions multimodales intégrant des ressources médicales visant l'éducation en matière de mode de vie sain sont recommandées.

Selon la 3^e édition des Directives de l'ACRC, l'éducation du patient en matière d'autogestion

- inclut un volet informationnel qui :
 - aborde des objectifs précis en matière de santé;
 - est personnalisé;
 - explique les risques de l'inaction, les avantages du changement et cherche à influencer l'opinion quant aux résultats, notamment l'efficacité des interventions ou de la modification du comportement par rapport aux résultats;
 - met souvent l'accent sur les risques et avantages à court terme plutôt que ceux à long terme;
 - cherche à accroître le niveau de confiance à l'égard de la capacité personnelle d'autorégulation efficace de certains comportements;
 - peut chercher à susciter des émotions positives, à accroître l'optimisme concernant un possible changement, et à accroître la prise en compte de l'expérience personnelle ou d'autres éléments probants appuyant le niveau de confiance à l'égard de la capacité personnelle;
- est dirigé par une équipe de professionnels, et non par des profanes, et inclut un contact régulier entre l'équipe et les patients;
- peut être offert en séances indépendantes (ce qui est préférable) ou intégré à d'autres activités. Lorsque c'est le cas, il convient de définir clairement les objectifs de l'éducation et de s'assurer qu'ils ont été atteints.
- L'éducation peut être offerte de façon individuelle ou en groupe.

Type de rapport

Les données statistiques seront présentées sous forme de pourcentages.

Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation

- Des renseignements détaillés au sujet du contenu de l'éducation en matière d'autogestion sont nécessaires pour cet indicateur, afin d'être en mesure de les comparer à ceux de l'ensemble des programmes de RC.

ACCROISSEMENT DE LA CAPACITÉ À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Description	Pourcentage de patients participant à un programme de réadaptation cardiaque (RC) ayant accru l'équivalent métabolique (MET) de leur capacité à l'activité physique de moitié entre le début et la fin du programme.
Numérateur	Sous-ensemble du dénominateur représentant un nombre de patients ayant accru l'équivalent métabolique (MET) de leur capacité à l'activité physique de moitié entre la première et la dernière séance.
Dénominateur	Nombre total de patients ayant achevé le programme de RC durant la période de référence. Pour achever le programme de RC un patient doit avoir participé à au moins certaines des composantes d'intervention de RC et avoir fait l'objet d'une réévaluation par l'équipe de RC à la fin de l'intervention. Voir la définition d'intervention de RC dans le préambule.
	Exclusions <ul style="list-style-type: none">• Patients incapables de marcher sur un tapis roulant sans aide ou d'utiliser une bicyclette ergométrique.• Patients ne correspondant pas aux recommandations de l'ACSM sur la sécurité lorsque l'on effectue une épreuve d'effort.
Méthode de calcul	Numérateur/dénominateur * 100
Sources de données	Bases de données des programmes et/ou registre canadien de la réadaptation cardiaque.

Justification

Les programmes systématiques de RC incluant un entraînement à l'activité physique recommandé peuvent améliorer considérablement la capacité fonctionnelle des patients. Une capacité cardiovasculaire accrue (évaluée au moyen d'une épreuve à l'effort sur un tapis roulant et exprimée en MET) est associée à un meilleur taux de survie et à moins d'événements CV. L'effet positif de l'entraînement à l'activité physique et d'une meilleure condition cardiométabolique, en tant que moyen d'améliorer les résultats des patients, s'appuie solidement sur les effets positifs de ces interventions sur la biologie vasculaire de l'activité physique. Une amélioration d'un demi MET offre des avantages pour la santé.

Références :

- Kavanagh, T., Mertens, D. J., Hamm, L. F., Beyene, J., Kennedy, J., Corey, P., et Shephard, R. J. (2002). Prediction of long-term prognosis in 12 169 men referred for cardiac rehabilitation. *Circulation*, 106(6), 666-671.
- Myers, J., Prakash, M., Froelicher, V., Do, D., Partington, S. et Atwood, J. E. (2002). Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *New England Journal of Medicine*, 346(11), 793-801.
- Piepoli MF, Corra U, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Dendale P, Gaita D, McGee H, Mendes M, Niebauer J, Zwisler AO et Schmid J. 2010. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training. *Eur Heart J* 31(16): 1967-1974. doi: 10.1093/eurheartj/ehq236

Recommandation(s) clinique(s)

Une évaluation de la capacité à l'activité physique doit être effectuée au début et à la fin du programme afin d'évaluer le changement.

Référence :

- Sanderson, B. K., Southard, D. et Oldridge, N. (2004). AACVPR consensus statement. Outcomes evaluation in cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: improving patient care and program effectiveness. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*, 24(2), 68.

Type de rapport

Les données statistiques seront présentées sous forme de pourcentages.

Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation

- La modalité de mesure de la capacité à l'activité physique peut varier selon le programme, ce qui peut rendre les comparaisons difficiles (c.-à-d., un test de marche de six minutes, un test d'activité physique noté, un test cardiopulmonaire, la capacité mesurée par rapport à la capacité estimée).
- Même si les épreuves d'effort sont recommandées, tous les programmes ne disposent pas de médecins pour les superviser.
- Les variations des protocoles des épreuves à l'effort entre le début et la fin des programmes limitent les comparaisons au fil du temps.
- Les limites aux épreuves découlant des symptômes nuisent à la détermination précise de la capacité maximale.

STRATÉGIE D'INTERVENTION D'URGENCE

Description	Pourcentage de programmes de réadaptation cardiaque (RC) pour lesquels il existe une stratégie d'intervention d'urgence documentée et du personnel possédant les qualifications appropriées.
Numérateur	Sous-ensemble du dénominateur représentant un nombre de programmes de RC qui répondent aux critères suivants : <ol style="list-style-type: none">1. Une stratégie d'intervention d'urgence en place qui permet une défibrillation rapide pour gérer les urgences médicales.2. Tout le personnel professionnel a suivi un programme de base à jour en réanimation cardio-respiratoire (RCR), y compris la formation en utilisation de défibrillateurs externes automatisés.
Dénominateur	Nombre total de programmes de RC au sein des systèmes de soins de santé canadiens, provinciaux et régionaux durant la période de référence.
Méthode de calcul	Numérateur/dénominateur * 100
Sources de données	Vérification des politiques des programmes, entrevues avec le personnel des programmes ou sondage au sein des programmes provinciaux, régionaux ou nationaux de RC.

Justification

Les stratégies d'intervention d'urgence sont importantes étant donné que la formation à l'activité physique et les épreuves à l'effort sont associées à un risque accru légèrement supérieur au risque concomitant encouru par n'importe quel patient atteint d'une maladie cardiaque subissant une urgence cardiovasculaire.

Il a été démontré qu'une défibrillation rapide est le moyen le plus efficace d'intervention à la suite d'un arrêt cardiaque. Une défibrillation est souvent facilitée par d'autres stratégies de réanimation de base et avancées visant à promouvoir de bons résultats chez les patients ayant subi un arrêt cardiaque.

Référence :

- Thomas, R. J., King, M., Lui, K., Oldridge, N., Piña, I. L., Spertus, J. et Whitman, G. R. (2007). AACVPR/ACC/AHA 2007 Performance Measures on Cardiac Rehabilitation for Referral to and Delivery of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Services: Endorsed by the American College of Chest Physicians, American College of Sports Medicine, American Physical Therapy Association, Canadian Association of Cardiac Rehabilitation, European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, Inter-American Heart Foundation, National Association of Clinical Nurse Specialists, Preventive *Journal of the American College of Cardiology*, 50(14), 1400-1433.

Recommandation(s) clinique(s)

- 3^e édition des Directives de l'ACRC (chapitre 12 : Administration du programme et ressources humaines, p. 430)
- Tous les programmes de RC nécessitent la mise en place d'un processus qui tient compte du matériel présent sur le site ainsi que des exigences et des considérations en matière de sécurité.
 - Tous les programmes de RC doivent comporter des politiques et des procédures de gestion des situations médicales d'urgence.

Type de rapport

Les données statistiques seront présentées sous forme de pourcentages.

Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation

- Les stratégies d'intervention pourraient varier, ce qui rend les comparaisons difficiles à l'échelle de l'ensemble des programmes de RC. Par exemple, une politique ou une procédure relative aux arrêts cardiaques, une relation préétablie avec le service d'ambulance de la région ou des défibrillateurs externes automatisés (DEA) sur place. Qui plus est, pour les programmes offerts en milieu hospitalier, il peut exister des interventions cardiaques d'urgence à l'échelle de l'hôpital au moyen de protocoles de soins et d'équipement de réanimation plus évolués.

REMERCIEMENTS

La Société canadienne de cardiologie souhaite remercier sincèrement les personnes suivantes qui ont élaboré le chapitre des indicateurs de qualité sur la réadaptation cardiaque et la prévention secondaire :

Groupe de travail du chapitre des indicateurs de qualité sur la réadaptation cardiaque et la prévention secondaire

Sherry Grace (présidente), Université York (Ontario)
Neville Suskin (vice-président), London Health Sciences Centre (Ontario)
David Alter, Institut des sciences de l'évaluation clinique
Simon Bacon, Université Concordia (Québec)
Sulan Dai, Agence de la santé publique du Canada
Yana Gurevich, Institut canadien d'information sur la santé
David Johnstone, Mazankowski Alberta Heart Institute et président, Comité directeur des indicateurs de qualité
Andrea Lavoie, Mosaic Heart Centre (Saskatchewan)
Colleen Norris, Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart Disease
Paul Oh, Association canadienne de réadaptation cardiaque
Paul Poirier, Université Laval (Québec)
Greth Oakes, Réseau de soins cardiaques de l'Ontario

Groupe du sous-thème sur l'orientation, l'accès et les temps d'attente (réadaptation cardiaque et prévention secondaire)

Neville Suskin (chef), London Health Sciences Centre (Ontario)
Sandeep Aggarwal, Cardiac Wellness Institute of Calgary (Alberta)
Blair O'Neill, Alberta Health Services, et président sortant, Société canadienne de cardiologie
Christopher Simpson, Université Queen's (Ontario)
Randal J. Thomas, Mayo Clinic (Minnesota)

Groupe du sous-thème sur la structure de programme (réadaptation cardiaque et prévention secondaire)

Paul Oh (chef), Association canadienne de réadaptation cardiaque
Cleo Cyr, Heart Centre Cardiovascular Health & Wellness Program (Nouveau-Brunswick)
Scott Lear, St Paul's Hospital (Colombie-Britannique)
Bob Reid, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (Ontario)

Groupe du sous-thème sur prévention secondaire (réadaptation cardiaque et prévention secondaire)

Paul Poirier (chef), Université Laval (Québec)
David Alter, Institut des sciences de l'évaluation clinique
Caroline Chessex, Réseau universitaire de santé, Peter Munk Cardiac Centre (Ontario)
Kenneth Melvin, Réseau universitaire de santé, Toronto General Hospital (Ontario)
Jim Stone, Institut cardiovasculaire Libin d'Alberta
Darren Warburton, Université de la Colombie-Britannique

Groupe du sous-thème sur la modification du comportement (réadaptation cardiaque et prévention secondaire)

Simon Bacon (chef), Université Concordia (Québec)
Chris Blanchard, Université Dalhousie (Nouvelle-Écosse)
Adrienne Kovacs, Réseau universitaire de santé, Toronto Western Hospital (Ontario)
Peter Prior, Université Western Ontario
Shauna Ratner, St. Paul's Hospital (Colombie-Britannique)

Groupe du sous-thème sur le congé et la transition (réadaptation cardiaque et prévention secondaire)

Andrea Lavoie (chef), Mosaic Heart Centre (Saskatchewan)
David Alter, Institut des sciences de l'évaluation clinique
Robert Annis, Southwest LHIN Primary Care Lead (Ontario)
Nick Giacomantonio, Université Dalhousie (Nouvelle-Écosse)
Karen Unsworth, London Health Sciences Centre (Ontario)

Comité directeur des indicateurs de qualité

David Johnstone (président), Mazankowski Alberta Heart Institute

Jafna Cox, Cardiovascular Health Nova Scotia

Virginia Flintoft, Institut canadien pour la sécurité des patients

Karin Humphries, Université de la Colombie-Britannique, présidente du Comité directeur des définitions de données

Kori Kingsbury, Réseau de soins cardiaques de l'Ontario

Andrew Kmetc, Cardiac Services BC

Merril Knudtson, Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart Disease (APPROACH)

Anne McFarlane, Institut canadien d'information sur la santé

François Philippon, Réseau québécois de cardiologie tertiaire (Québec)

Jack Tu, Équipe canadienne de recherche sur les résultats des interventions en santé cardiovasculaire

Sulan Dai, Agence de la santé publique du Canada

Mario Talajc (d'office), Institut de cardiologie de Montréal, et président, Société canadienne de cardiologie

Heather Ross (d'office), Réseau universitaire de santé, et vice-présidente, Société canadienne de cardiologie

Blair O'Neill (d'office), Alberta Health Services, et ancien président, Société canadienne de cardiologie

Soutien du projet

Anne Ferguson, chef de la direction, Société canadienne de cardiologie

Nick Neuheimer, directeur de projet, et directeur, promotion et politiques relatives à la santé, Société canadienne de cardiologie

Holly Fan, gestionnaire de projet (à l'externe)

La production de ces documents a été rendue possible par la Société canadienne de cardiologie grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

AVERTISSEMENT

Les opinions exprimées aux présentes ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

COPYRIGHT

© Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction ni transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, par voie électronique ou mécanique, par télécopieur, par enregistrement ou autrement, sans la permission écrite appropriée de la Société canadienne de cardiologie^{MC}.