

TRAJECTOIRE ET VÉCU DES PERSONNES TRAITÉES POUR UN INFARCTUS DU MYOCARDE EN RÉGION ÉLOIGNÉE : ÉTUDE EXPLORATOIRE DESCRIPTIVE

Jessica Bernier, Marie-Ève Poitras, Mélissa Lavoie

Association de Recherche en Soins Infirmiers | « Recherche en soins infirmiers »

2020/3 N° 142 | pages 111 à 122

ISSN 0297-2964

DOI 10.3917/rsi.142.0111

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2020-3-page-111.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Association de Recherche en Soins Infirmiers.

© Association de Recherche en Soins Infirmiers. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Trajectoire et vécu des personnes traitées pour un infarctus du myocarde en région éloignée : étude exploratoire descriptive

*The care pathway of myocardial infarction patients in a remote area:
A descriptive exploratory study*

Jessica BERNIER, infirmière, M.Sc., doctorante, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Marie-Ève POITRAS, infirmière, Ph.D, professeure, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Mélissa LAVOIE, infirmière, Ph.D, professeure, Université du Québec, Chicoutimi, Québec, Canada

RÉSUMÉ

Introduction : les maladies cardio-vasculaires sont en augmentation et constituent la 2^e cause de mortalité chez les Canadiens.

Contexte : la trajectoire de soins et de services qu'empruntent les personnes en région éloignée après un infarctus du myocarde a un impact sur la continuité des soins.

Objectif : décrire la trajectoire de soins et de services à la suite d'un infarctus du myocarde dans une région éloignée.

Méthode : un devis de recherche formative qualitative a été utilisé. Deux échantillons ont été formés : 16 personnes ayant subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée et 4 professionnels de la santé œuvrant en groupe de médecine de famille (GMF).

Résultats : huit étapes ont été identifiées et trois besoins prioritaires ont été soulevés, soit : 1) comprendre la trajectoire de soins et de services ; 2) communiquer efficacement les informations de santé aux différents établissements ; 3) mettre en place un suivi par les professionnels de la santé du GMF au retour à domicile.

Discussion : l'infirmier détient un rôle clé à toutes les étapes de la trajectoire et pour répondre aux besoins des personnes.

Conclusion : la trajectoire de soins et de services est sous-optimale, mais est commune à tous les participants issus de cette région éloignée.

Mots-clés : réadaptation cardiaque, soins de première ligne, infarctus du myocarde, angioplastie coronarienne transluminale percutanée.

Remerciements

Nous désirons remercier chaque participant pour nous avoir reçus dans leur maison afin de prendre part au projet, mais aussi les professionnels de la santé pour leur participation. Nous tenons également à remercier le médecin responsable du GMF pour son aide, et ce, à toutes les étapes du projet.

Pour citer l'article :

Bernier J, Poitras ME, Lavoie M. Trajectoire et vécu des personnes traitées pour un infarctus du myocarde en région éloignée : étude exploratoire descriptive. Rech Soins Infirm. 2020 Sep;(142):111-22.

Adresse de correspondance :

Jessica Bernier : jessica.bernier3@usherbrooke.ca

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular disease is on the rise and is the second leading cause of death among Canadians.

Background: The care pathway followed by myocardial infarction patients in remote areas has an impact on their continuity of care.

Objective: To describe the care pathway of myocardial infarction patients living in a remote area.

Methods: A qualitative formative research design was used. Two samples were created, the first comprising sixteen people who had undergone a percutaneous transluminal coronary angioplasty, and the second made up of four health professionals working in Family Medicine Groups (FMGs).

Results: Eight steps were identified and three priority needs were raised, namely: 1) understanding the pathway of care and services; 2) effectively communicating health information to the various establishments; and 3) setting up follow-up by FMG health professionals when the patient returns home.

Discussion: Nurses play a key role in all steps of the pathway and in meeting patients' needs.

Conclusion: The care and service pathway are suboptimal but the same for participants from this remote area.

Keywords: cardiac rehabilitation, primary care, myocardial infarction, percutaneous transluminal coronary angioplasty.

INTRODUCTION

Au Canada, la 2^e cause de décès concerne les maladies cardio-vasculaires. L'infarctus du myocarde (IM) a touché 66 500 personnes en 2009 et 2010, tandis qu'au Québec ce nombre était de 17 600 chez les hommes et les femmes (1). La situation est tout aussi préoccupante dans les régions éloignées du Québec. Par exemple, pour la région de la Côte-Nord (Québec), en 2014-2015, l'IM a touché 285 personnes et, en 2015-2016, 325 personnes (1).

En région éloignée, la trajectoire de soins et de services empruntée par une personne ayant subi un IM est différente de celle d'une personne demeurant en milieu urbain (2). La trajectoire de soins et de service se rapporte au parcours emprunté par la personne qui présente une condition particulière. Cette trajectoire implique plusieurs prestataires de soins et de services à divers endroits et à des moments spécifiques (3). L'angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) est le traitement optimal immédiatement après l'IM (4). Il s'agit d'une intervention mécanique qui permet d'ouvrir une artère coronaire occluse. Elle est effectuée dans un hôpital tertiaire, c'est-à-dire dans un hôpital spécialisé en cardiologie (2). Cependant, l'ACTP n'est pas une intervention effectuée dans les centres hospitaliers de plusieurs régions éloignées. Les personnes ayant subi un IM doivent être orientées vers des hôpitaux tertiaires afin de bénéficier de cette intervention.

Le risque de mortalité suite à un IM augmente de 2 à 6 % en région éloignée comparativement à une région urbaine (5). L'éloignement de ces régions par rapport aux hôpitaux tertiaires contribue à une plus grande vulnérabilité des personnes ayant subi un IM en raison du manque d'accès

aux soins spécialisés. Ce manque d'accès augmente le risque des personnes d'avoir des difficultés à faire face à des complications liées aux maladies chroniques, et ce, en affectant leur volonté de demander de l'aide pour des soins de santé (6). En plus de l'éloignement physique des hôpitaux tertiaires, les régions éloignées font face à une pénurie de professionnels de la santé et des services sociaux, ce qui engendre des obstacles à l'accessibilité des soins et des services interprofessionnels pour les personnes. Par exemple, les soins dépendent davantage des médecins de famille (7) en raison de la distance à parcourir pour voir les médecins spécialistes.

Ainsi, dans la région de la Côte-Nord, seuls les médecins de famille et le médecin spécialiste en médecine interne assurent le suivi des personnes au retour d'une ACTP. Cette problématique fait écho dans d'autres études, notamment celle de Cardwell et Arthur (8), qui mentionnent qu'après l'hospitalisation, les informations sur les soins reçus ainsi que les plans de traitements ne sont pas communiqués clairement aux professionnels de la santé des régions éloignées et qu'une meilleure communication permettrait un meilleur accès aux soins.

Outre les difficultés communicationnelles, les personnes qui vivent dans les milieux éloignés sont souvent confrontées à l'isolement, à la solitude et à un sentiment d'abandon, car elles mentionnent ne recevoir que le minimum de soins et de suivi une fois revenues dans leur région (9). D'ailleurs, ces auteurs (9) mentionnent que l'attitude des personnes en région éloignée est autosuffisante, qu'elles s'occupent d'elles-mêmes sans trop revendiquer d'aide et qu'elles ont une résistance au changement au regard de l'adoption d'un nouveau mode de vie.

Trajectoire et vécu des personnes traitées pour un infarctus du myocarde en région éloignée : étude exploratoire descriptive

OBJECTIFS

Cet article présente les résultats d'une analyse secondaire d'une étude plus vaste conduite par les auteures. Celle-ci avait pour objectif de décrire les besoins des personnes ayant subi une ACTP et ceux perçus par les professionnels de la santé à l'égard d'un programme de réadaptation cardiaque dans une région éloignée (10). Les objectifs de l'analyse secondaire étaient de décrire la trajectoire de soins des personnes ayant subi une ACTP à la suite d'un IM dans une région éloignée du Québec (Canada), telle que vécue par les personnes et perçue par les professionnels de la santé et les besoins qui y sont associés. La trajectoire de soins et de service se rapporte au parcours emprunté par la personne qui présente une condition particulière. Cette trajectoire concerne plusieurs prestataires de soins et de services, à divers endroits et à des moments spécifiques (3).

MÉTHODE

■ Milieu

Nous avons conduit cette étude dans un GMF de la Côte-Nord, une région éloignée du Québec, Canada. Un GMF est une organisation de soins primaires, à l'intérieur duquel pratiquent des médecins de famille et des infirmiers. D'autres professionnels peuvent parfois être présents (comme des travailleurs sociaux ou des nutritionnistes). Un GMF a pour mission d'offrir des soins et des services aux patients inscrits, et ce, selon une perspective interprofessionnelle (11).

■ Populations

Dans le cadre de ce projet, deux populations étaient ciblées. La première était constituée de personnes ayant subi une ACTP à la suite d'un IM inscrites au GMF de la région éloignée. La seconde était constituée des professionnels de la santé œuvrant à ce même GMF.

■ Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion retenus pour les personnes ayant subi une ACTP étaient d'avoir fait un IM dans les deux années précédant la recherche, d'être inscrites au GMF et de vivre dans la ville où la recherche s'effectuait. En ce qui concerne les critères d'exclusion, ils concernent les personnes ayant présenté un IM avec complications, qui a nécessité une deuxième hospitalisation après l'ACTP ; celles présentant un trouble du rythme sévère ; un angor instable ; un arrêt cardiaque durant la procédure de l'ACTP et une complication après la procédure (par exemple un collapsus ou une thrombose du tuteur de l'artère coronaire) ; une insuffisance cardiaque sévère reliée à l'IM ; les personnes ayant subi un pontage aorto-coronarien ont également été

exclues. Ces critères d'exclusion ont été retenus en raison des éventuelles restrictions reliées à la convalescence ainsi qu'au suivi médical plus rigoureux nécessaire lors du retour aux activités de la vie quotidienne (AVQ) et aux activités de la vie domestique (AVD). De plus, les personnes souffrant de problèmes de démence n'ont pas été retenues, puisque les participants devaient être aptes à fournir un consentement libre et éclairé et être en mesure de répondre au questionnaire de façon précise et efficace.

■ Échantillon et recrutement

Un échantillon de 16 personnes ayant fait un IM et ayant subi une ACTP, et un autre de quatre médecins de famille ont été constitués à partir d'une étude primaire qui visait à décrire les besoins des personnes ayant subi une ACTP à la suite d'un IM selon la perspective des personnes et des professionnels de la santé (10). Un échantillon de 20 personnes (10 hommes et 10 femmes) était visé dans l'étude primaire. Cependant, ce nombre n'a pas été atteint. Le recrutement a fait l'objet d'une description détaillée dans une autre publication (10).

■ Devis

Nous avons utilisé le devis de la recherche formative qualitative afin d'explorer un phénomène peu abordé pour une éventuelle planification de programme d'intervention culturellement et géographiquement approprié (12). La recherche formative est une forme de recherche exploratoire permettant d'obtenir des informations pertinentes afin de développer un programme ou informer les chercheurs au regard des décisions méthodologiques en vue du développement d'un programme (13).

■ Collecte de données

Nous avons effectué la collecte des données de janvier à mai 2019. Nous avons réalisé 16 entrevues semi-dirigées individuelles auprès des personnes, et un groupe de discussion focalisée (GDF) auprès de quatre médecins de famille. Les entrevues ont duré de 30 à 90 minutes, tandis que le GDF a duré 60 minutes. Lors des entrevues individuelles, trois participants étaient accompagnés de leurs conjointes. Pour le GDF, la première auteure (JB) a agi comme animatrice et la seconde auteure (ML) comme modératrice.

Deux guides d'entrevues ont été développés à l'aide des composantes du cadre de référence en réadaptation cardiaque du *British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* (14). Ces guides avaient été développés pour notre étude primaire (10). Ils ont été prétestés séparément auprès d'une personne ayant déjà subi une ACTP à la suite d'un IM, et d'un professionnel de la santé œuvrant en GMF. La première partie du guide d'entrevue a été développée afin de comprendre l'expérience vécue lors de l'IM. Les questions étaient : « Pourriez-vous me parler de l'expérience

que vous avez vécue lors de votre infarctus du myocarde ? », « Comment s'est déroulé votre retour dans votre région ? »

Les entrevues individuelles et le GDF ont été enregistrés en mode audionumérique. La première auteure a retranscrit les verbatims. Elle a aussi documenté ses impressions dans un journal de bord tout au long du processus de collecte de données afin de faire abstraction de ses croyances et d'annoter les thèmes émergents à la suite de chaque entrevue et du GDF.

■ Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche sur les êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi (# 602-635-01). Tous les participants ont consenti à cette étude en signant le formulaire de consentement.

Caractéristiques (N = 16)	n, %
Sexe	
Masculin	10 (62,5)
Féminin	6 (37,5)
Niveau de scolarité complété	
Primaire	2 (12,5)
Secondaire	10 (62,5)
Diplôme d'études professionnelles	1 (6,25)
Cégep	2 (12,5)
Université	1 (6,25)
Occupation	
Ne travaille pas	10 (62,5)
Travailleur à temps plein	5 (31,25)
Travailleur à temps partiel	1 (6,25)
État matrimonial	
Célibataire	5 (31,25)
Marié/conjoint de fait	11 (68,75)
Revenu (CaD\$)	
29 999 et moins	6 (37,5)
30 000 à 49 999	4 (25)
50 000 et plus	4 (25)
Préfère ne pas répondre	2 (12,5)
Nombre d'IM	
1	12 (75)
2	3 (18,75)
3	1 (6,25)
Autres problèmes de santé chroniques	
2 et moins	8 (50)
3 et plus	8 (50)

Tableau 1.

Caractéristiques sociodémographiques pour les personnes ayant subi une ACTP à la suite d'un infarctus du myocarde.

■ Analyse des données

Une analyse thématique a été réalisée avec les données qualitatives issues des entrevues et du GDF, selon l'approche inductive proposée par Fortin et Gagnon (15), laquelle comprend six étapes : 1) l'organisation des données ; 2) la révision des données et l'immersion du chercheur ; 3) la codification des données ; 4) l'élaboration de catégories et l'émergence des thèmes ; 5) la recherche de modèles de références ; 6) l'interprétation des résultats et les conclusions. Le logiciel NVivo 12 a été utilisé afin de faciliter l'organisation et le traitement des données qualitatives. Une codification mixte (15) a été effectuée, et 35,7 % du matériel a fait l'objet d'une coanalyse (15) par les auteures (JB, ML, MEP). Les données quantitatives provenant du questionnaire sociodémographique ont fait l'objet de statistiques descriptives (15).

RÉSULTATS

Les tableaux 1 et 2 présentent les caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant subi une ACTP à la suite d'un IM et des professionnels de la santé du GMF participant à l'étude.

Caractéristiques (N = 4)	n, %
Sexe	
Masculin	1 (25)
Féminin	3 (75)
Niveau d'éducation	
Doctorat en médecine	4 (100)
Maîtrise*	1 (25)
Expérience	
30 ans et plus	3 (75)
5 ans et moins	1 (25)
Expérience au GMF	
30 ans et plus	3 (75)
5 ans et moins	1 (25)
Nombre de patients	
500 et moins	1 (25)
1 001 à 1 500	2 (50)
1 501 à 2 000	1 (25)
Autres secteurs déjà travaillés	
Urgence	3 (75)
Hospitalisation	1 (25)
Soins à domicile	3 (75)
Soins longue durée	1 (25)
Privé	1 (25)

* Un participant possédait un diplôme de maîtrise en plus de son diplôme de doctorat en médecine

Tableau 2.

Caractéristiques sociodémographiques des professionnels de la santé du GMF.

Trajectoire et vécu des personnes traitées pour un infarctus du myocarde en région éloignée : étude exploratoire descriptive

I Trajectoire de soins et de services

L'analyse des données a permis de décrire la trajectoire de soins et de services que doivent emprunter les personnes ayant subi une ACTP à la suite d'un IM. Cette trajectoire est marquée par un maximum de huit étapes, et ce, à partir du domicile lors de l'apparition des premiers symptômes de l'IM jusqu'au retour à la maison, après avoir subi l'intervention (ACTP) à l'hôpital tertiaire. Lorsque les personnes reçoivent un diagnostic d'IM dans la région éloignée de la Côte-Nord, elles doivent bénéficier de soins et de services dans la région de la Capitale-Nationale (ville de Québec), Canada, soit à une distance de 640 kilomètres de leur domicile. Ces personnes sont alors transférées par avion au corridor de service octroyé à leur région. Les étapes de cette trajectoire sont décrites à la figure 1 et font l'objet d'une description plus détaillée dans les prochains paragraphes. Par la suite, les besoins manifestés par les participants au regard de la trajectoire de soins et de services sont abordés.

Étapes 1 et 2 : début de la trajectoire domicile/urgence de l'hôpital de la région éloignée

Quatorze personnes ont mentionné avoir consulté l'urgence de l'hôpital de la région éloignée après avoir constaté les premiers signes et symptômes de l'IM, alors qu'elles étaient à leur domicile. Des participants se sont rendus à l'urgence par leurs propres moyens en voiture, et d'autres ont été transportés par ambulance. Deux personnes se sont rendues par elles-mêmes directement à l'urgence de l'hôpital régional sans faire un arrêt à l'urgence de l'hôpital de la région éloignée (étape 1 → étape 3). Dès l'annonce du diagnostic de l'IM, la prise en charge médicale par l'hôpital de la région éloignée est immédiate. Lorsque l'état de santé des personnes a été stabilisé, elles sont transférées directement vers l'urgence de l'hôpital régional en ambulance avec, à son bord, le médecin de l'urgence et une infirmière. En contexte québécois et canadien, la majorité des personnes ayant fait un IM se dirigent seuls aux urgences sans communication du médecin de famille ou autre professionnel : « Je suis arrivé à l'urgence,

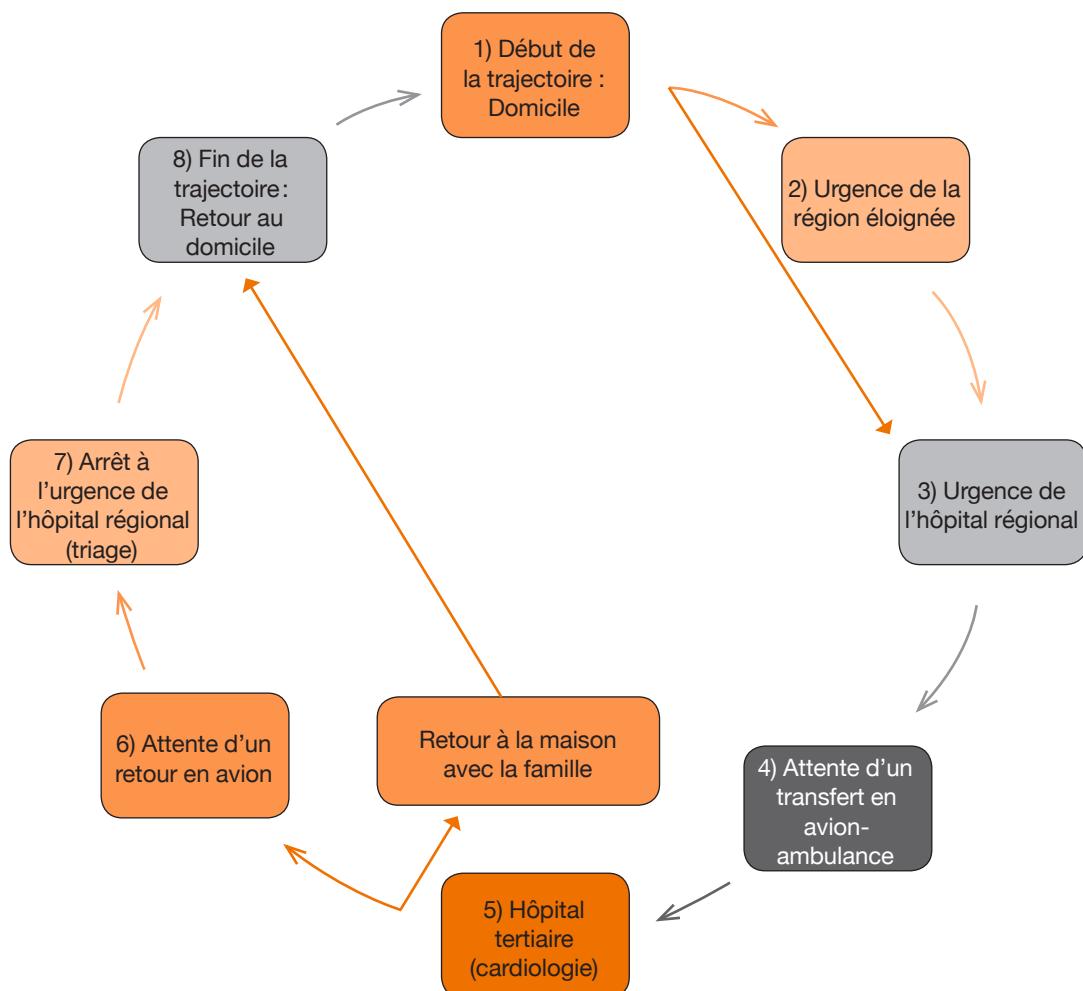


Figure 1.
Trajectoire de soins et de services empruntée par les personnes ayant subi une ACTP à la suite d'un IM en région éloignée.

il m'a thrombolysé et après, ils m'ont transféré à l'hôpital régional » (P3) ; « À [nom de la ville de la région éloignée], ils m'ont stabilisé au départ, le médecin et l'infirmière ont embarqué avec moi dans l'ambulance pour [nom de l'hôpital régional] » (P13).

Étapes 3-5 : urgence de l'hôpital régional/hôpital tertiaire

Les personnes ont mentionné avoir séjourné de quelques heures à 48 heures, soit à l'urgence, soit aux soins intensifs de l'hôpital régional. Cette durée dépend notamment de la stabilité de la personne, des conditions météorologiques et de la disponibilité de l'avion-ambulance. À son tour, la disponibilité de l'avion-ambulance est tributaire de la priorité des cas dans les régions éloignées : « Ils m'ont transféré à [nom de l'hôpital régional], il y a des grands bous dont je ne me souviens pas [...], je devais prendre l'avion le dimanche, mais en fin de compte il y avait une tempête, il a fallu que je passe la nuit à [nom de l'hôpital régional] » (P11) ; « Ils m'avaient dit, il [conjoint] part ce soir pour Québec [...], en fin de compte, ils l'ont envoyé le lendemain matin, et il a été traité le lendemain après être arrivé à Québec. Il a été parti trois jours en tout » (P8-épouse).

Étapes 5-7 : hôpital tertiaire/transfert en avion vers l'hôpital régional

Les personnes ont rapporté que la durée moyenne du séjour à l'hôpital tertiaire pour subir l'ACTP a été de trois jours. La durée d'hospitalisation est déterminée par la priorité des cas de cardiologie et la stabilité des personnes s'y présentant. Puis, pour le retour en région éloignée, les personnes doivent attendre la disponibilité de l'avion-ambulance et faire de multiples escales avant d'arriver à destination. Les personnes pouvant être raccompagnées par un membre de leur famille peuvent retourner directement à leur domicile (étape 5 → étape 8) : « Le retour, c'était dégueulasse, tu pars tout nu de Québec et il fait – 20 °C dehors [...]. Tout le monde est habillé et il y a juste toi qui es tout nu. [...] il ne te dit rien, sinon je n'aurais pas été tout nu. [...] tu marches seul dehors [aéroport], rendu à l'hôpital [régional], tu marches dehors et tu as été opéré pour le cœur [...]. » (P11) ; « Lorsqu'on quitte l'hôpital [tertiaire], ils sont venus me chercher vers 6 h et ils font 3 à 4 hôpitaux pour en prendre d'autres [personnes] par le transport adapté [...] nous sommes 15 à 20 personnes de différents hôpitaux [...] ils arrêtent partout [différentes régions de Québec]. [...] nous avons fait quatre à cinq régions » (P12).

Étape 7 : arrêt à l'urgence de l'hôpital régional

Lorsque les personnes reçoivent leur congé d'hospitalisation de l'hôpital tertiaire, elles doivent faire un arrêt à l'urgence de l'hôpital régional, plus précisément au triage : « T'arrives à [nom de l'hôpital régional], à l'urgence, ils te libèrent, mais tu n'as pas de rencontre avec ton médecin en arrivant [...], ça serait peut-être mieux qu'ils te transfèrent directement à l'hôpital de [nom de la région éloignée] pour que tu voies

une infirmière avant d'aller chez vous. » (P1) ; « On s'assoit en attendant, dans la salle d'attente et à travers le monde de l'urgence qui tousse comme des déchaînés, qui éternue, qui mouche, tu ne veux pas attraper leurs microbes. Tu sais que ton système est à zéro, tu t'organises pour te cacher le visage dans ton gilet. » (P12) ; « Tu arrives à [nom de l'hôpital régional], depuis 5 h du matin que tu es éveillée, tu arrives, tu es fatiguée du voyage et il faut que tu attends au triage » (P4).

Étape 8 : fin de la trajectoire/retour à domicile

Les personnes ont exprimé qu'elles ont dû planifier elles-mêmes le transport pour le retour à la maison, soit un retour avec un membre de leur famille ou des amis. Elles ont mentionné avoir éprouvé un sentiment de solitude lorsqu'elles sont retournées à la maison : « Tu reviens sur la Côte-Nord et tu ne sais pas, c'est débrouille-toi et c'est pas mal ça » (P8) ; « À ce moment, tu te dis, comment je retourne à la maison ? Ça, c'est selon tes propres moyens, si tu n'as pas de famille, je n'avais pas de famille, mais une chance que j'avais des amies [...] » (P4).

Besoins en regard de la trajectoire de soins

En décrivant la trajectoire de soins et de services ainsi que leur expérience, les personnes ont mentionné des besoins, soit de : 1) comprendre la trajectoire de soins et de services ; 2) communiquer efficacement les informations de santé aux différents établissements (hôpitaux et GMF) ; 3) mettre en place un suivi par les professionnels de la santé du GMF au retour à domicile.

Besoin 1 : comprendre la trajectoire

Quatorze des 16 personnes participantes ont rapporté le fait qu'elles ont dû, après leur congé de l'hôpital tertiaire, retourner au triage de l'urgence régionale et attendre dans la salle d'attente avec d'autres personnes malades pour qu'un médecin leur donne un autre congé.

Les personnes participantes ne comprennent pas pourquoi elles ont dû faire un arrêt aux urgences afin de recevoir leur congé puisqu'elles l'avaient déjà obtenu de l'hôpital tertiaire. N'étant pas capables d'avoir des informations claires et précises pour le retour à la maison, les personnes ont mentionné préférer avoir un rendez-vous au GMF. Par exemple, plusieurs personnes ont signalé qu'elles préféraient avoir une prise en charge dès le retour en région éloignée, par les professionnels de la santé de leur GMF. Selon ces personnes, la prise en charge par le GMF les rassurerait au retour et leur éviterait de faire un arrêt dans la salle d'attente de l'urgence de l'hôpital régional : « C'est sûr que le médecin des urgences a des clients à voir et il nous passe entre deux [...]. Quand ils m'ont allongée dans une salle, je suis tombée endormie. Elle [médecin] m'a réveillée et elle m'a dit : vous avez l'air épuisée et j'ai dit oui. Moi, attendre dans une salle d'attente durant quatre heures, c'était comme trop, physiquement je n'avais

Trajectoire et vécu des personnes traitées pour un infarctus du myocarde en région éloignée : étude exploratoire descriptive

pas la capacité et l'énergie de me faire "languir" là [...]. » (P12) ; « [...] À Québec, tu as vu les médecins spécialistes et ils te laissent aller. Pourquoi retourner à l'hôpital régional ? Il faut aller au triage des urgences pour se faire enlever un petit pansement qu'on peut tirer nous autres même et faire signer notre congé [par le médecin des urgences]. Ce bout-là, à quoi sert-il d'aller engorger l'urgence ? » (P6).

Besoin 2 : communiquer efficacement les informations de santé aux différents établissements

Pour assurer la continuité des soins, l'hôpital tertiaire envoie un résumé de dossier au médecin référent de l'hôpital régional et donne parfois un résumé de dossier aux personnes pour que celles-ci le remettent à leur médecin de famille du GMF. Par contre, ce résumé n'est pas toujours remis ou l'est parfois avec un délai considérable : « On a vu le patient, et nous n'avons même pas encore la note de sortie d'hôpital tertiaire [...]. Mais nous ne l'avons pas toujours, parce que c'est souvent l'interniste qui l'a référé qui le reçoit. » (FG) ; « Par contre, nous sommes au courant du congé seulement lorsque la personne nous apporte la feuille, car des enveloppes lui ont été remises à la sortie : une enveloppe pour son cardiologue, une enveloppe pour son interniste et une enveloppe pour son médecin de famille. Il doit apporter cette enveloppe à la clinique pour son médecin de famille. À la suite de cela, nous lui donnons un rendez-vous » (FG).

Également, toutes les personnes ont mentionné qu'elles n'ont pas été informées qu'elles devaient prendre un rendez-vous elles-mêmes avec leur médecin de famille à leur retour à domicile : « Je n'avais aucun papier, même mon médecin ne le savait pas. C'est moi qui ai dû prendre un rendez-vous avec mon médecin. J'ai appelé pour un rendez-vous et ils m'ont dit de téléphoner telle date, ils auraient la liste. Puis, j'ai eu mon rendez-vous deux à trois semaines après » (P7).

De leur côté, tous les professionnels de la santé ont soulevé le fait qu'ils n'avaient pas accès rapidement au résumé de dossier décrivant l'hospitalisation, et ce, afin d'assurer un suivi de santé optimal de la personne. Certains professionnels ignoraient même que la personne avait subi une ACTP et l'apprenaient lors du suivi médical : « J'ai déjà appris six mois après [l'IM de la personne], oui, c'est rare, mais c'est déjà arrivé » (FG).

D'autres professionnels mentionnent également que l'information n'est pas transmise de façon uniforme pour chaque personne ayant subi une ACTP. Pour certaines personnes, les professionnels ne détiennent aucune information : « Si le patient était à l'extérieur pour une autre raison et l'intervention [ACTP] s'est faite à ce moment, on ne le sait pas, et c'est le vide total si la personne ne vient pas nous le dire, on ne le sait pas » (FG).

La responsabilité de la transmission de l'information repose sur la personne ayant subi une ACTP : « C'est le patient qui est le porteur de l'information » (FG).

Besoin 3 : mettre en place un suivi par les professionnels de la santé du GMF au retour à domicile

Les personnes participantes ont souligné qu'elles aimeraient avoir une prise en charge par un professionnel de la santé du GMF lors du retour à domicile. Elles désirent avoir accès à un professionnel de la santé afin qu'elles puissent discuter de ce qui suivra en attendant de voir leur médecin de famille. Les personnes se retrouvent devant l'inconnu : « C'est l'inconnu, tu ne le sais pas. Tu fais un infarctus, mais tu fais quoi après ? C'est mon médecin qui m'a plus éclairé » (P8).

Lors du GDF avec les médecins de famille, il a été mentionné par ces derniers qu'ils étaient les seuls impliqués dans la prise en charge des personnes ayant subi une ACTP lors de leur retour dans la région éloignée. Un médecin a mentionné que l'infirmier pourrait peut-être jouer un rôle dans cette prise en charge, mais il n'est actuellement pas sollicité pour le faire : « Si l'infirmière pouvait faire le rôle du pivot, ça pourrait être idéal » (FG).

Les personnes participantes, ainsi que les professionnels de la santé, ont mentionné qu'il serait préférable que les personnes ayant subi une ACTP bénéficient d'un soutien par des professionnels de la santé, afin d'aider les personnes et de les aiguiller tout au long du processus de rétablissement : « [...] Si on avait une équipe à ce moment-là en place où chacun fait ses parties, la personne serait probablement mieux servie » (FG) : « On fait quoi, nous autres, après, que dois-je faire ? » (P8) ; « J'y vais avec mon idée, mais si des personnes peuvent m'aider avec d'autres idées meilleures que les miennes, je les aurais prises, c'est certain. Si je m'étais assis avec une personne afin qu'elle m'explique comme il faut, j'aurais aimé ça » (P3).

Comme il est difficilement réalisable d'avoir une prise en charge médicale dès l'arrivée, soit dans les jours qui suivent, huit personnes participantes ont suggéré que l'infirmier pourrait être une alternative et que celui-ci pourrait les aider à leur retour. Par contre, les huit autres personnes participantes n'ont pas été en mesure de répondre afin de déterminer si cette prise en charge pourrait leur être bénéfique, puisqu'elles ont mentionné ne pas connaître ce service : « C'est plus facile de voir une infirmière et, en plus, maintenant, il y en a des plus spécialisées [...]. Il semble que ça ferait du bien au moral que ce ne soit pas si grave que ça [problème de santé], et si c'est grave, elle est capable de voir le médecin et de lui en parler. C'est sûr que voir une infirmière, c'est plus facile que de voir un médecin. Tu vois le médecin quand c'est plus grave [...] avoir un corridor rapide plutôt qu'aller à l'urgence [...]. C'est plus long de voir ton médecin que d'aller à l'urgence. » (P11) ; « Il [l'hôpital tertiaire] demande souvent [de revoir le médecin de famille] dans une à quatre semaines, mais cela est difficile à faire. On revoit les personnes souvent quatre semaines après, en plein dans la phase de réadaptation » (FG).

DISCUSSION

Le but de cet article était de mettre en lumière la trajectoire de soins et de services des personnes ayant subi une ACTP à la suite d'un IM en région éloignée, ainsi que les besoins qui y sont associés tels qu'ils sont vécus par les participants et perçus par les professionnels de la santé. En contexte de région éloignée, cette trajectoire de soins et de services ne peut être changée : l'absence de services spécialisés en cardiologie oblige les personnes à emprunter cette trajectoire afin d'avoir une ACTP. Par contre, cette trajectoire n'est pas optimale au regard de ce qui est privilégié par le *British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* (BACPR) (14) pour la réadaptation cardiaque (RC) et les services qui doivent être disponibles. Notamment, des lacunes ont été observées dans le délai de prise en charge au retour dans la région éloignée, dans l'offre de soins et de services en matière de réadaptation cardiaque, dans la mise en place d'interventions liées à l'éducation à la santé et dans le soutien à l'autogestion. Il est donc d'une importance primordiale de considérer les besoins des personnes afin d'améliorer la qualité des soins et des services. Dans le cadre de cette étude, trois principaux besoins méritent une attention : 1) comprendre la trajectoire ; 2) communiquer efficacement les informations de santé aux différents établissements ; 3) mettre en place un suivi par les professionnels de la santé du GMF au retour à domicile.

Besoin 1 : comprendre la trajectoire

L'expérience de soins vécue par les personnes qui ont participé à cette étude est spécifique aux personnes vivant en région éloignée, où les services spécialisés sont indisponibles. Cette expérience est difficilement comparable à d'autres régions éloignées puisqu'aucune donnée probante n'expose un tel vécu, mais ces résultats pourraient être observés chez des populations vivant dans un contexte similaire en régions éloignées. Les transferts médicaux d'urgence s'y font par transport aérien et sont tributaires des conditions météorologiques, qui peuvent entraîner des problèmes d'accès aux centres spécialisés (6). Les régions éloignées sont extrêmement isolées des hôpitaux tertiaires et dépendantes des transports disponibles. Par exemple, lorsqu'une demande de transfert aérien est effectuée, les personnes ne sont pas informées du temps nécessaire pour le déplacement (6). Ce délai augmente le temps de l'ischémie cardiaque prolongée et peut avoir des conséquences sur l'état de santé des personnes (16, 17). Le délai de retour est également inconnu et dépend toujours du nombre de personnes qui doivent être reconduites dans leur région respective. De plus, dans plusieurs milieux, le retour à la maison doit être planifié avec un membre de la famille ou un ami (7).

Les résultats de cette étude ont permis de saisir que les nombreuses étapes de la trajectoire de soins et de services peuvent être complexes pour les personnes. Les étapes 6 et

7 semblent être celles qui marquent le plus émotionnellement les personnes en entraînant de la colère, des pleurs et de l'incompréhension quant à la façon dont le retour s'effectue. Certains participants ont vécu cette trajectoire deux ans avant le début du projet ; pourtant, au moment des entrevues, l'émotivité et la colère étaient toujours présentes. Il est important de noter que les entrevues ont eu lieu en 2019 et qu'il était question d'événements s'étant déroulés entre 2017 et 2018. Même plusieurs mois ou années après les événements, les personnes ressentent encore un inconfort vis-à-vis de l'expérience vécue. Le stress et l'anxiété vécus durant un transfert en centre hospitalier, lors d'une phase aiguë d'une maladie cardiaque, sont documentés dans d'autres études (18) ; le sujet a d'ailleurs fait l'objet d'une métasynthèse en 2013. Notre étude est la première, à notre connaissance, à mettre en évidence que les différentes étapes du retour au domicile sont source de stress et d'inconfort pour la personne ayant subi une ACTP et qu'elles doivent être expliquées.

Afin d'améliorer l'expérience de la personne et de l'intégrer davantage dans ses soins (19), il est essentiel de l'informer et de lui expliquer toutes les étapes de la trajectoire de soins et de services. Les infirmiers de tous les établissements impliqués dans la trajectoire doivent informer les personnes de ses différentes étapes afin qu'elles puissent se préparer au retour et pour qu'un membre de la famille puisse préparer une valise avec des effets personnels. Ceci pourrait favoriser la dignité de la personne lors du retour, en évitant qu'une personne ne revienne en tenue d'hôpital. De plus, comme les personnes sont en situation de stress, le fait de reprendre le message à plusieurs reprises favoriserait la rétention de l'information et amènerait une meilleure compréhension. D'ailleurs, une brochure expliquant chacune des étapes pourrait être remise aux personnes avant leur départ de l'hôpital régional vers l'hôpital tertiaire, de sorte que ces personnes pourraient se préparer pour leur retour. De plus, lors du retour à l'hôpital régional (étape 7), une meilleure prise en charge des personnes pourrait être effectuée par le personnel en place.

Besoin 2 : communiquer efficacement les informations de santé aux différents établissements

En ce qui concerne la communication entre les professionnels de la santé des différents établissements, deux principaux besoins ont été identifiés par les personnes participantes et par les professionnels de la santé du GMF. Les résultats de notre étude démontrent que les informations relatives aux soins de santé reçus à l'hôpital tertiaire (étape 5) ne sont communiquées ni clairement, ni assez rapidement aux médecins de famille des régions éloignées lors du retour à domicile de la personne (étape 8). Une transmission efficace des informations de santé est identifiée comme un facteur de succès, améliorant ainsi la coordination des services et la qualité des soins (20).

Trajectoire et vécu des personnes traitées pour un infarctus du myocarde en région éloignée : étude exploratoire descriptive

Cette problématique a également été soulevée dans une métasynthèse qualitative concernant les avantages et les inconvénients de demeurer dans une région éloignée pour les personnes aux prises avec des maladies chroniques (6). D'ailleurs, un des besoins soulevés par les personnes est le fait qu'elles aient à prendre rendez-vous elles-mêmes au GMF à leur retour. Cette information n'est pas toujours transmise aux personnes, et les médecins de famille ne sont pas toujours informés de l'épisode de maladie de leurs patients. L'importance et la plus-value de la communication entre les professionnels de la santé, suite à un congé du centre hospitalier, sont des éléments bien documentés dans la littérature scientifique (21). Il demeure donc préoccupant que ce manque de communication subsiste encore en milieu clinique.

Pour pallier ce manque d'accessibilité à l'information, des auteurs ont proposé d'émettre un résumé d'hospitalisation de façon électronique (22), et ce dès le congé de l'hôpital tertiaire. Certains participants de notre étude ont précisé qu'un résumé d'hospitalisation leur avait été remis. Par contre, les médecins de famille ont affirmé ne pas toujours le recevoir. En l'absence de ce résumé d'hospitalisation, une lacune dans le suivi, et donc une diminution de la qualité des soins, peuvent survenir (20). Une visite médicale rapide à la suite d'une ACTP faciliterait la continuité des soins pour les professionnels de la santé, et ce, au bénéfice des personnes (23). Les responsabilités attribuées aux personnes quant au retour à domicile nécessitent chez ces dernières plusieurs habiletés, telles que communiquer efficacement l'information, naviguer dans le système de santé, comprendre l'information liée à leur état de santé et s'engager activement auprès des professionnels de la santé. Ces habiletés se rapportent au concept de littératie en santé (24). La littératie en santé fait référence à un ensemble d'habiletés personnelles, cognitives et sociales d'une personne à accéder, comprendre et utiliser l'information relative à la santé pour promouvoir et maintenir un état de santé optimal. Selon Bernèche, Traoré et Perron, 66 % des Québécois vivant en milieu rural auraient une littératie en santé faible ou très faible comparativement à ceux demeurant dans les régions métropolitaines (59 %) (25). L'hypothèse d'une littératie en santé compromise chez les personnes qui ont participé à notre étude pourrait expliquer en partie les difficultés dans le transfert des informations aux médecins de famille du GMF de la région éloignée.

Besoin 3 : mettre en place un suivi par les professionnels de la santé du GMF au retour à domicile

À propos de la prise en charge par les professionnels de la santé du GMF de la région éloignée, le principal besoin soulevé par l'ensemble des participants concerne l'accès à un professionnel lors du retour à leur domicile. Lorsque l'infirmier en clinique médicale œuvre en collaboration avec le médecin de famille, l'accessibilité aux soins et la satisfaction des personnes par rapport aux soins reçus sont améliorées (26).

Les personnes sont conscientes qu'il est plus facile de voir un infirmier, qui sera plus disponible qu'un médecin de famille pour l'enseignement et l'éducation à la santé, tel que mentionné dans l'étude de Brundisini et al. (6). D'ailleurs, les infirmiers jouent un rôle clé dans la prévention primaire et secondaire dans les GMF, puisque ces milieux permettent un environnement favorable pour la sensibilisation et la modification des habitudes de vie (27, 28), et permettent de placer la personne au centre du processus et des soins offerts (29). Dans le même ordre d'idées, les propos des professionnels de la santé affirmant que la prise en charge des personnes ayant subi une ACTP pourrait être améliorée par une équipe où « chacun fait ses parties », laissent sous-entendre qu'une approche multidisciplinaire pourrait être instaurée. Cependant Brunsini et al. (6) préconisent une approche interdisciplinaire, c'est-à-dire une intervention concertée pour une RC optimale. Les personnes ayant subi un IM requièrent une prise en charge interdisciplinaire, avec les autres professionnels à l'intérieur du GMF (30), afin de faire le suivi des maladies chroniques. L'infirmier en GMF, de par sa formation et son rôle en soins primaires, est souvent l'intervenant qui est responsable du suivi des maladies chroniques, en collaboration avec le médecin de famille (31). Selon les résultats de notre étude, les personnes ayant subi un IM ont une connaissance partielle du rôle de l'infirmier en GMF. Cela semble concorder avec les résultats de l'étude de Poitras et al. (28) qui démontre que le rôle de l'infirmier demeure méconnu des patients atteints de maladies chroniques.

Afin de mieux répondre aux besoins des personnes ayant subi une ACTP en région éloignée et en l'absence de soins et de services spécialisés dans ces régions, il est juste de penser que l'infirmier en GMF devrait être impliqué dans le suivi en soins primaires. D'ailleurs, les infirmiers sont déjà fortement impliqués en GMF dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques, en collaboration avec les médecins de famille (28, 32-36). Les infirmiers jouent un rôle essentiel dans la prévention secondaire chez les personnes ayant subi un IM, en les aidant à se rétablir de leur intervention grâce à leur approche centrée sur la personne qui permet une amélioration de la qualité de vie du patient (27, 28, 29).

FORCES ET LIMITES

Les forces de cette étude incluent la variabilité de l'échantillon des participants rencontrés puisque des hommes et des femmes y ont participé. Nous savons maintenant que les besoins en lien avec la trajectoire de soins et de services sont similaires pour les deux genres, les besoins ayant été exprimés par l'ensemble des participants. De plus, les besoins perçus par les professionnels de la santé vis-à-vis de cette trajectoire de soins et de services concordent avec ceux qui ont été soulevés par les personnes participantes.

Cette étude est novatrice puisqu'elle est la première à s'intéresser à la RC en région éloignée. Elle constitue le point de départ pour une programmation de recherche en vue de développer un modèle logique de programme de RC en région éloignée. Les limites de l'étude concernent le fait que ces résultats sont exploratoires et secondaires à une première étude. De plus, un seul GMF était à l'étude dans la mesure où il est le seul existant dans cette ville.

RECOMMANDATIONS

Pratique clinique

Cet article permet de décrire l'expérience de la trajectoire vécue par les personnes issues de régions éloignées. Bien que ces résultats soient exploratoires, ils permettront de mieux informer les professionnels de la santé sur l'expérience vécue et les besoins des personnes demeurant en région éloignée à la suite d'un évènement cardiaque. Des éléments de réflexion qui émergent de cet article pourraient être utilisés par les cliniciens afin de mieux comprendre la réalité et les besoins des patients. La figure 2 présente d'ailleurs, à titre exploratoire, une synthèse des besoins exprimés en lien avec la trajectoire de soins et de services des patients.

Décideurs

Les résultats issus de cette recherche peuvent amener des pistes de réflexion pour les décideurs en GMF en lien avec une meilleure prise en charge des personnes ayant subi un ACTP au retour à leur domicile. Notamment, ces décideurs

détiennent un pouvoir quant à l'offre de soins et de services de leur organisation afin d'atteindre une utilisation efficiente et efficace de leurs ressources.

Recherche

Ce projet contribue à l'avancement des connaissances en sciences infirmières sur les besoins soulevés par les personnes ayant subi une ACTP à la suite d'un IM, mais aussi sur ceux soulevés par les professionnels de la santé en GMF dans une région éloignée, concernant la trajectoire de soins et de services pour une RC. Étant donné que ce sont des résultats d'une étude secondaire, une recherche future pourrait servir à explorer davantage l'écart entre les services offerts et les lignes directrices en matière de RC à toutes les étapes de la trajectoire de soins et de services pour cette population. D'autres études pourraient être effectuées afin d'identifier les enjeux de continuité, d'organisation et de disponibilité des ressources humaines, financières et physiques d'une offre de soins et de services pour une RC en région éloignée. Nous croyons que cet article est l'un des premiers à avoir soulevé les lacunes à propos d'une trajectoire de soins et de services, et qu'il contribuera à l'avancement des connaissances empiriques. Enfin, cette recherche devrait permettre d'enrichir les connaissances scientifiques concernant les besoins en lien avec la trajectoire de services en région éloignée.

CONCLUSION

La trajectoire de soins des personnes ayant subi une ACTP à la suite d'IM en région rurale est une expérience unique devant être prise en considération par les professionnels de



Figure 2.
Synthèse des besoins exprimés par les personnes ayant subi une ACTP à la suite d'un IM et par les professionnels de la santé.

Trajectoire et vécu des personnes traitées pour un infarctus du myocarde en région éloignée : étude exploratoire descriptive

la santé. Cet article met en lumière la réalité des multiples étapes nécessaires afin de recevoir des soins spécialisés, mais également de l'impact de cette trajectoire sur l'expérience de santé des personnes. Les besoins manifestés à la fois par les personnes et par les professionnels de la santé témoignent de la nécessité de mettre en place un programme de RC adapté à une population en région éloignée telle que celle de notre étude.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) [En ligne]. Québec: INSPQ; 2019. [cité le 19 octobre]. Disponible: <https://bit.ly/34Cn28B>
2. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST au Québec en 2013-2014 : résultats d'une troisième évaluation terrain à l'échelle provinciale [En ligne]. Québec: INESSS; 2016. [cité le 10 novembre 2019]. Disponible: <https://bit.ly/35HMVDp>
3. Boisrond O, Gougoux S, Dubé JA, Babin A. La gestion par trajectoire de soins et de services : guide théorique et pratique [En ligne]. Montréal: Équipe accès et trajectoire de soins CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal; 2019. [cité le 19 octobre]. Disponible: <https://bit.ly/3JJI5vG>
4. Institut de cardiologie de l'université d'Ottawa [En ligne]. Angioplastie. Ottawa: Institut de cardiologie de l'université d'Ottawa. [cité le 10 novembre 2019]. Disponible: <https://bit.ly/34Cg1F2>
5. Alghanem F, Clements JM. Narrowing performance gap between rural and urban hospitals for acute myocardial infarction care. *Am J Emerg Med.* 2020 Jan;38(1):89-94.
6. Brundisini F, Giacomini M, DeJean D, Vanstone M, Winsor S, Smith A. Chronic disease patients' experiences with accessing health care in rural and remote areas: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2013 Sep;13(15):1-33.
7. Goodridge D, Hutchinson S, Wilson D, Ross C. Living in a rural area with advanced chronic respiratory illness: a qualitative study. *Prim Care Respir J.* 2011 Sep;20(1):54-8.
8. Caldwell PH, Arthur HM. The influence of a « culture of referral » on access to care in rural settings after myocardial infarction. *Health Place.* 2009 Mar;15(1):180-5.
9. Butland M, Coronas-Watkins K, Evanson AD, Cooke M. Health behaviours of rural Australians following percutaneous coronary intervention: a systematic scoping review. *Rural Remote Health.* 2019 Mar;19(2):1-11.
10. Bernier J, Lavoie M, Poitras ME. What are the needs for a post-myocardial infarction cardiac rehabilitation program in primary care in a population living in a remote area? *Science Nursing Health Pract.* 2021 à paraître.
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique (GMF-Réseau). Groupe de médecine de famille (GMF) [En ligne]. Québec: MSSS; 2017. [cité le 10 novembre 2019]. Disponible: <https://bit.ly/3ecnVrj>
12. Gittelsohn J, Steckler A, Jonhson CC, Pratt C, Grieser M, Pickrel J, et al. Formative research in school and community-based health programs and studies: « State of the Art » and the TAAG Approach. *Health Educ Behav.* 2006 Feb;33(1):25-39.
13. Gittelsohn J, Evans M, Story M, Davis SM, Metclafe L, Helitzer DL, et al. Multisite formative assessment for the pathways study to prevent obesity in American Indian schoolchildren. *Am J Clin Nutr.* 1999 Apr;69(4):767-72.
14. British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. The BACPR standards and core components for cardiovascular disease prevention and rehabilitation 2017. 3rd Edition [En ligne]. London: British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation; 2017. [cité le 10 novembre 2019]. Disponible: <https://bit.ly/31Tlynw>
15. Fortin MF, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualificatives. 3e éd. Montréal: Chenelière Éducation; 2016.
16. Hakim R, Revue E, Saint Étienne C, Marcollet P, Chassaing S, Decomis MP, et al. Does helicopter transport delay prehospital transfer for STEMI patients in rural areas? Findings from the CRAC France PCI registry. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2019 Aug.
17. Hata N, Kobayashi N, Imaizumi T, Yokoyama S, Shinada T, Tanabe J, et al. Use of an air ambulance system improves time to treatment of patients with acute myocardial infarction. *Intern Med.* 2006;45(2):45-50.
18. Cho SJ, Sung SM, Park SW, Kim HH, Hwang SY, Lee YH, et al. Changes in interhospital transfer patterns of acute ischemic stroke patients in the regional stroke care system after designation of a cerebrovascular-specified center. *Chonnam Med J.* 2012 Dec;48(3):169-73.
19. Uhrenfeldt L, Aagaard H, Hall EOC, Fegran L, Ludvigsen MS, Meyer G. A qualitative meta-synthesis of patients' experiences of intra and inter-hospital transitions. *J Adv Nurs.* 2013 Jan;69(8):1678-90.
20. Durbin J, Barnsley J, Finlayson B, Jaakkimainen L, Lin E, Berta W, et al. Quality of communication between primary health care and mental health care: an examination of referral and discharge letters. *J Behav Health Serv Res.* 2012 Aug;39(4):445-61.
21. Jones CD, Vu MB, O'Donnell CM, Anderson ME, Patel S, Wald HL, et al. A failure to communicate: a qualitative exploration of care coordination between hospitalists and primary care providers around patient hospitalizations. *J Gen Intern Med.* 2015 Oct;30(4):417-24.
22. Murphy SF, Lenihan L, Orefuwa F, Colohan G, Hynes I, Collins CG. Electronic discharge summary and prescription: improving communication between hospital and primary care. *Ir J Med Sci.* 2017 Jan;186(2):455-9.

23. Shivji FS, Ramoutar DN, Bailey C, Hunter JB. Improving communication with primary care to ensure patient safety post-hospital discharge. *Br J Hosp Med*. 2015 Jan;76(1):46-9.
24. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000 Sep;15(3):259-67.
25. Bernèche F, Traoré I, Perron B. Littératie en santé : compétences, groupes cibles et facteurs favorables. Résultats québécois de l'enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003. *Zoom santé*. 2012;(35):1-8.
26. Goldman J, Meuser J, Rogers J, Lawrie L, Reeves S. Interprofessional collaboration in family health teams: an Ontario-based study. *Can Fam Physician*. 2010 Oct;56(10):368-74.
27. Sjostrom-Strand A, Ivarsson B, Sjoberg T. Primary health care resources for rehabilitation and secondary prevention after myocardial infarction: a questionnaire survey. *Scand J Caring Sci*. 2013 Jun;27(2):260-6.
28. Poitras ME, Chouinard MC, Gallagher F, Fortin M. Nursing activities for patients with chronic disease in primary care settings: a practice analysis. *Nurs Res*. 2018 Jan-Feb;67(1):35-42.
29. Barry MJ, Edgman-Levitin S. Shared decision making: the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*. 2012 Mar;366(9):780-1.
30. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Services de santé et médecine universitaire. Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne [En ligne]. MSSS; 2012. [cité le 10 novembre 2019]. Disponible: <https://bit.ly/37MPsik>
31. Poitras ME, Chouinard MC, Fortin M, Girard A, Gallagher F. Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques : une revue systématique de la littérature. *Rech Soins Infirm*. 2016 Sep;(126):24-37.
32. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire. Dans une perspective de collaboration interprofessionnelle [En ligne]. Québec: MSSS; 2019. [cité le 10 novembre 2019]. Disponible: <https://bit.ly/3oDS2Nq>
33. Huriani E. Myocardial infarction patients' learning needs: perceptions of patients, family members and nurses. *Int J Nurs Sci*. 2019 Jul;6(3):294-9.
34. The Chronic Care Model [En ligne]. Seattle: Improving Chronic Illness Care; 2019. [cité le 10 novembre 2019]. Disponible: <https://bit.ly/30JbbOP>
35. Gouvernement du Canada. Prévention et gestion des maladies chroniques [En ligne]. Ottawa: Gouvernement du Canada; 2007. [cité le 10 novembre 2019]. Disponible: <https://bit.ly/2HGB544>
36. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers. 3e éd [En ligne]. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2016. [cité le 10 novembre 2019]. Disponible: <https://bit.ly/34yBX3M>