

MALA

DIES

CHRO

NIQU

UES

|aresss|



**AGIR
LÀ OÙ ÇA
COMPTE**

CONTRIBUTIONS

Groupe de réflexion

Nicole Collette, CSSS Haut-Richelieu-Rouville
Jacques Couillard, CSSS du Sud de Lanaudière *
Gilles Coulombe, CSSS de Gatineau
Lyne Daoust, CSSS du Suroît
Andrée Duquette, CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Josée Filion, CSSS du Cœur-de-l'Île *
Lyse Landry, CSSS Les Eskers de l'Abitibi
Julie Lapointe, CSSS du Cœur-de-l'Île
Éric Parent, CSSS de Rimouski-Neigette
Lise Racette, CSSS Pierre-Boucher *
Isabel Roussin-Collin, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
Liette St-Hilaire, CSSS de Saint-Jérôme
Maryse St-Onge, Hôpital Maisonneuve-Rosemont *
Maryse Turcotte, CSSS Alphonse-Desjardins

* Ont changé de fonction depuis.

Équipe de projet de l'AQESSS

Guylaine Allard
Michèle Archambault
Réal Cloutier
Catherine Gervais
Paule Laramée
Évelyne Noël
Michèle Pelletier
Marie-Andrée Ulysse

Expert consulté

Marie-Dominique Beaulieu, INESSS

Partenaires consultés

Martin Arata, ACMDPQ
Bernard Bissonnette, FMSQ
Marianne Casavant, FMOQ
Michèle Drouin, FMSQ
Normand Laberge, AMQ

Édition

Rédaction : Lucie Raymond
Édition : Guylaine Boucher
Révision linguistique : Frédéric Desjardins
Conception graphique : GB Design Studio
Mise en page : Patricia Gaury

Distribution

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires
505, boulevard de Maisonneuve Ouest, Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2
Téléphone : 514 842-4861

© Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
Dépôt légal – 2^e trimestre 2014
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives du Canada
ISBN : 978-2-89636-197-7 (PDF)

Ce document est disponible gratuitement sur le site Web : www.aqesss.qc.ca

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.
Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

MALA
DIES
CHRO
NIQU
UES



**AGIR
LÀ OÙ ÇA
COMPTE**

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	6
Comment définir la maladie chronique?.....	7
Une situation préoccupante.....	8
Sur le plan de la santé publique.....	8
La multimorbidité.....	9
Sur le plan économique et social.....	10
Sur le plan des services.....	10
Amélioration nécessaire à plusieurs égards.....	12
Ce qui nous guide.....	13
Buts.....	13
Principes directeurs.....	13
Comment y arriver?.....	14
Des impacts favorables documentés.....	15
Sur quoi mettre l'accent?.....	15
La modernisation de l'organisation de services.....	16
Un réseau centré sur la personne : une équipe interdisciplinaire qui l'accompagne.....	18
1. Équipe interdisciplinaire de première ligne.....	18
Un réseau de services continus et complémentaires : des services hiérarchisés.....	21
2. Promotion et prévention.....	21
3. Réadaptation.....	24
4. Services spécialisés.....	26
5. Soins palliatifs et de fin de vie.....	28

Un réseau coordonné : des approches et des moyens partagés.....	30
6. Approches d'intervention adaptées.....	30
7. Mécanismes de coordination.....	33
8. Système d'information et gestion de l'information.....	36
Conditions de mise en œuvre.....	38
Des conditions facilitantes.....	39
Des mesures au plan local.....	39
Des mesures au plan provincial.....	39
Conclusion.....	41
Bibliographie.....	43
Annexe.....	50

**AGIR
LÀ OÙ ÇA
COMPTE**

INTRODUCTION

L'amélioration de l'espérance de vie, le vieillissement de la population et les mauvaises habitudes de vie ont entraîné, au cours des dernières années, un accroissement important des maladies chroniques. Cette nouvelle réalité engendre une plus grande utilisation des services de santé et constitue un fardeau de plus en plus important pour les établissements du réseau.

Les dépenses publiques de santé représentant 9,8 % du produit intérieur brut nominal du Québec en 2012, il est important de contenir l'accroissement des dépenses en favorisant une utilisation judicieuse des services de santé, notamment pour les personnes présentant une ou plusieurs maladies chroniques. Or, l'organisation actuelle des soins et des services est davantage axée sur la réponse à des problèmes de santé aigus, dont la prise en charge est ponctuelle et limitée dans le temps. En d'autres termes, l'offre de service est peu adaptée à la prévention et à la gestion coordonnée et globale exigée par les malades chroniques. Des changements sont donc requis.

Afin de soutenir les établissements dans la mise en œuvre de ces changements, en 2012, l'AQESSS a fait du dossier des maladies chroniques une priorité. Les travaux réalisés s'appuient sur la vision retenue par l'AQESSS en matière de santé physique (AQESSS, 2012) et ont permis de faire un survol de la littérature portant sur les modalités organisationnelles mises en œuvre dans différents pays. Ils s'inscrivent également en complémentarité avec les recommandations avancées à ce sujet par le Commissaire à la santé et au bien-être dans son rapport d'appréciation de la performance paru en 2010 (CSBE, 2010a) et avec le cadre de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) diffusé à l'automne 2012 (MSSS, 2012b).

Par-dessus tout, les travaux et le document qui en découle, convient les établissements membres de l'AQESSS et leurs partenaires à poser des gestes concrets pour faire évoluer l'offre de services aux malades chroniques et, ainsi, agir là où ça compte.

Comment définir LA MALADIE CHRONIQUE?

Les maladies chroniques regroupent un ensemble de problèmes de santé. Parmi les plus fréquents, se trouvent les maux de dos, l'hypertension, l'arthrite/rhumatisme, les migraines, le diabète, les maladies cardiaques et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Une définition plus large permet aussi d'inclure le cancer et certaines maladies mentales.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les affections chroniques nécessitent d'abord et avant tout « une prise en charge continue pendant des années, voire des décennies » (OMS, 2003).

La définition proposée par Nolte et McKee (2008) apporte toutefois quelques précisions à ce sujet en ajoutant que les maladies chroniques « nécessitent une intervention complexe sur une période prolongée », mais que cette intervention met en jeu « la participation coordonnée d'une vaste gamme de professionnels de la santé, un accès à des médicaments essentiels et à des systèmes de suivi qui doivent tous s'inscrire de manière optimale dans le cadre d'un système qui favorise l'autonomisation du patient ».

Ces deux définitions mettent en lumière trois concepts importants :

- la notion d'interventions complexes à long terme;
- le recours à une équipe interdisciplinaire coordonnée;
- l'autonomie du patient et sa responsabilité dans ses choix au regard de sa santé.

Les modalités organisationnelles proposées par l'AQESSS dans ce document s'appuient sur ces concepts. Elles embrassent également une définition large des maladies chroniques, incluant le cancer et certaines maladies mentales.

Une situation PRÉOCCUPANTE

Sur le plan de la santé publique

Actuellement, au Québec, plus de la moitié de la population âgée de 12 ans et plus souffre d'au moins une maladie chronique. L'adoption de mauvaises habitudes de vie explique en partie cette situation. Le tabagisme, la mauvaise alimentation ainsi que l'inactivité physique entraînent notamment l'obésité et s'associent à une plus grande prévalence des maladies chroniques. L'obésité constitue d'ailleurs un problème en hausse au Québec. Un rapport récent de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) révèle en effet que 50,5 % de la population adulte affiche un surplus de poids, soit que 34,1 % présente de l'embonpoint et que 16,4 % est obèse (INSPQ, 2012b). Globalement, entre 1987 et 2010, le taux d'embonpoint et d'obésité est passé d'un adulte sur trois (34,6 %) à une personne sur deux au Québec.

Prévalence des maladies chroniques au Québec

Au Québec	52,6 % de la population âgée de 12 ans et plus
Maux de dos	18 %
Hypertension	16 % de la population âgée de 12 ans et plus 22 % des 45-64 ans 46 % des 65 ans et plus
Arthrite	11 %
Asthme	9 %
Diabète	6 % (près du quart des 75 ans et plus)
Maladies cardiovasculaires	6 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques*, 2011.

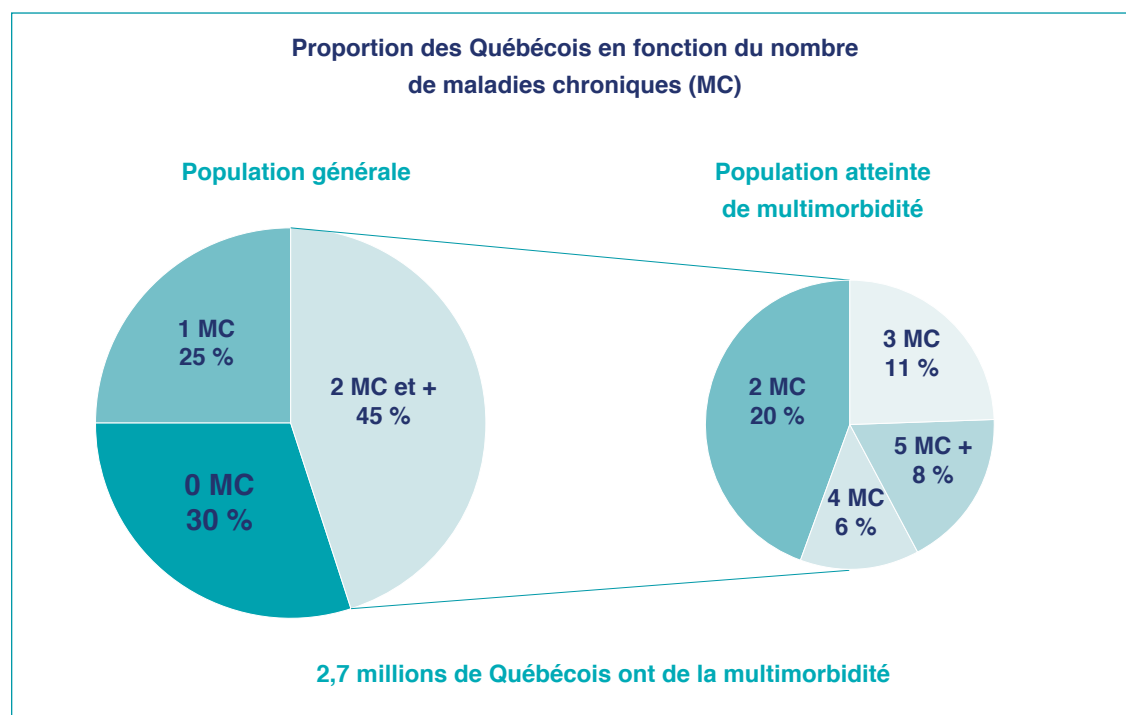
Les maladies chroniques se retrouvent aussi plus fréquemment chez les personnes âgées, les femmes, les personnes à faible revenu et les personnes peu scolarisées. Il est donc probable que, notamment, en raison du vieillissement accéléré de la population, la prévalence des maladies chroniques continue de progresser.

La multimorbidité

Autre facteur préoccupant, un nombre grandissant de Québécois sont touchés par plus d'une condition chronique (multimorbidité).

Dans le cadre d'un projet de surveillance de la multimorbidité au Québec, l'INSPQ a dressé un portrait de la situation. En considérant la population adulte de 20 ans et plus en 2009, on estime que 45 % de la population présente deux maladies chroniques et plus, ce qui représente 2,7 millions de personnes au Québec (INSPQ, 2012a). Tout comme les maladies chroniques, la multimorbidité s'accroît dans le temps et avec l'âge. Ce défi est majeur et exige une organisation des soins et des services qui prend en compte cette réalité en proposant des services intégrés aux personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques.

Prévalence de la multimorbidité au Québec



Source : Institut national de santé publique du Québec. Guillaume Ruel. *Multimorbidité : Ampleur, impacts et défis*. Présentation lors du 4^e Rendez-vous des maladies chroniques – 28 septembre 2012.

Sur le plan économique et social

Les maladies chroniques peuvent devenir un fardeau pour les personnes qui en sont atteintes en limitant leur capacité fonctionnelle et leur qualité de vie. Elles entraînent notamment des conséquences aux plans économique et social : absentéisme et réduction de la performance au travail, incapacité et limitation dans leurs activités familiales, sociales et citoyennes.

L'accroissement des maladies chroniques engendre également des enjeux économiques au-delà de l'économie de la santé, notamment sur l'emploi. Par exemple, aux États-Unis, la probabilité de devoir s'absenter temporairement du travail pour des raisons de santé est de 76 % plus élevée chez les individus obèses par rapport aux travailleurs de poids normal (ARENA et coll. 2006). Ceci a un impact sur le taux de roulement et sur les dépenses en assurance salaire pour les employeurs.

Des impacts sont également observés sur la productivité. En Angleterre, l'obésité entraînerait des pertes de productivité oscillant entre 3,5 à 5,5 milliards de dollars pour compenser les quelque 45 000 années de travail perdues en raison de la mortalité prématurée (FORESIGHT, 2007), ce qui peut engendrer une pénurie de main-d'œuvre et une moins bonne compétitivité des entreprises. La croissance économique peut aussi subir le contre-coup de l'accroissement des maladies chroniques. Les résultats d'une revue de littérature ont montré que les travailleurs obèses ont un salaire jusqu'à 18 % de moins élevé que les autres travailleurs. Cette tendance est plus marquée chez les femmes (SASSI, 2010).

Sur le plan des services

Différentes enquêtes ont permis de situer le Québec par rapport aux autres provinces du Canada et à d'autres pays dans le monde en ce qui a trait à l'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins (CSBE, 2011) et à l'opinion des médecins de soins primaires sur le rendement du système de santé (Conseil canadien de la santé, 2013a).

Les résultats obtenus démontrent que la population et les médecins partagent généralement les mêmes points de vue quant aux problèmes d'accessibilité et de coordinations des soins.

⦿ Difficulté d'accès

- Inscription difficile auprès d'un médecin de famille;
- Délai pour l'obtention d'un rendez-vous le jour même ou le lendemain avec un médecin ou une infirmière;
- Accès limité aux soins en heures défavorables;
- Difficulté d'obtention d'une réponse du médecin de famille, le même jour, à la suite d'un appel téléphonique au sujet d'un problème de santé;
- Délai d'attente pour l'accès à des tests diagnostiques et aux consultations avec un spécialiste.

⦿ Manque de continuité et de coordination

- Peu de médecins reçoivent les renseignements des spécialistes en temps opportun ou au congé de l'hôpital pour assurer le suivi de leurs patients;
- Peu de médecins disent gérer et coordonner les soins de leurs patients suivant le congé et une faible proportion de personnes ont expérimenté un bon niveau de coordination de l'information entre les spécialistes et les médecins de famille;
- Peu de médecins disent communiquer avec leurs patients entre les visites;
- Peu de patients ont une personne qui se charge de tous les soins liés aux maladies chroniques.

Par ailleurs, les médecins qui effectuent des visites à domicile, qui utilisent un dossier de santé électronique ou qui font un examen de certains aspects de la performance clinique sont généralement moins nombreux au Québec.

Tous ces éléments pris en compte, le Québec figure parmi les provinces et les pays qui obtiennent les pires résultats au regard de la plupart des indicateurs.

Amélioration nécessaire à plusieurs égards

Ces résultats ont des impacts sur l'utilisation des services d'urgence, puisque la fréquence des visites y est plus élevée que dans les autres pays et qu'ils sont aussi plus souvent utilisés à mauvais escient.

En effet, les salles d'urgence sont devenues, au fil du temps, l'alternative à des services de première ligne mal adaptés aux besoins des personnes. La population se tourne vers ce service afin de recevoir des soins médicaux en sachant que l'accès aux services diagnostiques et spécialisés en sera également facilité.

Or, une visite à l'urgence ou encore dans une clinique sans rendez-vous ne permet généralement pas de bien contrôler les problèmes de santé ou encore de recevoir des services de professionnels favorisant la motivation pour l'adoption de saines habitudes de vie. Selon une enquête de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), près d'une personne sur quatre mentionne que la consultation à l'urgence a peu ou pas du tout contribué à régler son problème de santé (ISQ, 2013a). L'expérience est tout de même plus favorable pour l'accessibilité, et ce, en dépit d'une attente de plusieurs heures.

Au Québec, les services pour les personnes qui sont aux prises avec des conditions chroniques reposent encore trop souvent sur les équipes spécialisées au sein des services hospitaliers, engorgeant du même coup ces services, qui peinent à répondre à l'accroissement de la demande. Par ailleurs, une approche par maladie demeure souvent la manière la plus courante de traiter les personnes atteintes de maladies chroniques en fonction des équipes spécialisées qui interviennent auprès d'elles. Les patients doivent donc naviguer dans un parcours de soins complexe en consultant des équipes multiples selon les différentes conditions qu'ils présentent.

Ces constats nous indiquent clairement que le *statu quo* n'est plus possible et qu'un virage s'impose. Il est temps de se centrer sur des solutions porteuses de changements et d'amélioration qui impliquent tous les partenaires, et ce, dans un esprit de collaboration et de travail concerté.

Afin de faire face à ce défi et d'optimiser les services, les établissements ont mis en place différentes mesures, que l'on pense notamment aux équipes de suivi systématique et aux gestionnaires de cas complexes pour les personnes qui sont de grandes utilisatrices de services. Ces modalités sont toutefois insuffisantes et ne favorisent pas toujours une intervention précoce et coordonnée, permettant d'éviter l'aggravation de la condition des personnes.

Parallèlement, de plus en plus d'initiatives prometteuses se développent au sein des établissements du Québec. C'est en s'appuyant sur ces expériences que l'AQESSS propose une façon différente d'organiser les services.

Ce qui NOUS GUIDE

Les modalités proposées doivent permettre de faire face à l'augmentation du nombre de personnes ayant des facteurs de risque et du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques en lien avec le vieillissement de la population et l'adoption d'habitudes de vie entraînant des problèmes de santé chroniques.

Buts

- ⊙ Agir sur les habitudes de vie afin de maintenir les personnes en santé et d'éviter l'apparition des facteurs de risque.
- ⊙ Gérer les facteurs de risque afin d'éviter l'apparition de la maladie.
- ⊙ Stabiliser la maladie chronique et éviter les décompensations.
- ⊙ Traiter au moment opportun, lorsque requis (au bon endroit, par les bonnes personnes).

Principes directeurs

- ⊙ Participation active de la personne et de ses proches.
- ⊙ Vision globale des besoins de la personne et approche tenant compte des multipathologies.
- ⊙ Service le plus proche de la personne dans sa communauté.
- ⊙ Organisation des services en première ligne pour le suivi des maladies chroniques.
- ⊙ Mobilisation des partenaires du réseau local de services par le centre de santé et de services sociaux du territoire (CSSS), dans un contexte de responsabilité populationnelle, afin de collaborer à une offre de service complémentaire.

Comment Y ARRIVER?

Deux modèles dans la littérature ont servi d'assise aux propositions de l'AQESSS. Il s'agit du *Chronic Care model* (CCM et E-CCM) et du *Medical Home*.

Principales caractéristiques du CCM et du Medical Home

CHRONIC CARE MODEL (CCM)	MEDICAL HOME
	Médecin de famille pour chaque patient
Organisation du système de santé	Rémunération appropriée
Équipes interdisciplinaires	Équipes interdisciplinaires Soins coordonnés et intégrés
Système d'information clinique	
Soutien à la prise de décision	Qualité et sécurité des soins
Soutien à l'autogestion	
Ressources communautaires et politiques	Vision globale de la personne Accroissement de l'accès aux soins

Ce qui ressort de ces modèles, et qui est commun à chacun d'eux, ce sont les équipes interdisciplinaires de première ligne qui agissent comme point d'entrée régulier et centre de coordination des différents services. Ces équipes privilégient la qualité et la sécurité des soins ainsi que le soutien à l'autonomie des personnes dans une perspective de soins intégrés. Elles utilisent des systèmes d'information clinique afin de les soutenir dans leur pratique.

Des impacts favorables documentés

Le cadre des soins novateurs pour les affections chroniques proposé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intègre la plupart des éléments du CCM et du *Medical Home*. Dans son rapport sur la santé dans le monde de 2008, l'OMS a recensé les impacts d'une telle organisation des services. Ces impacts apparaissent nombreux et touchent tant l'amélioration de la qualité des soins que l'issue du traitement et la qualité de vie de ceux qui bénéficient de tels soins :

- ⊙ Intensité accrue du traitement et meilleure qualité de vie;
- ⊙ Satisfaction accrue des services;
- ⊙ Communication plus satisfaisante;
- ⊙ Meilleure intégration des soins préventifs et de la promotion;
- ⊙ Confiance améliorée du patient en ce qui concerne les problèmes épineux;
- ⊙ Meilleure compréhension des aspects psychologiques des problèmes d'un patient;
- ⊙ Traitements mieux suivis et taux d'hospitalisation réduits;
- ⊙ Moins de recours à des services spécialisés et d'urgence et moins de consultations de spécialistes;
- ⊙ Utilisation plus efficace des ressources;
- ⊙ Protection contre des traitements excessifs.

Sur quoi mettre l'accent?

En d'autres termes, la recension des écrits et les expériences prometteuses au Québec et ailleurs dans le monde convergent. Toutes induisent des résultats de santé pour les personnes vivant avec des conditions chroniques, en plus de faciliter le fonctionnement du système de santé. On y privilégie :

- ⊙ des services centrés sur le patient;
- ⊙ une équipe interdisciplinaire en première ligne;
- ⊙ un accès aux services requis en temps opportun;
- ⊙ des soins et des services continus, intégrés et coordonnés.

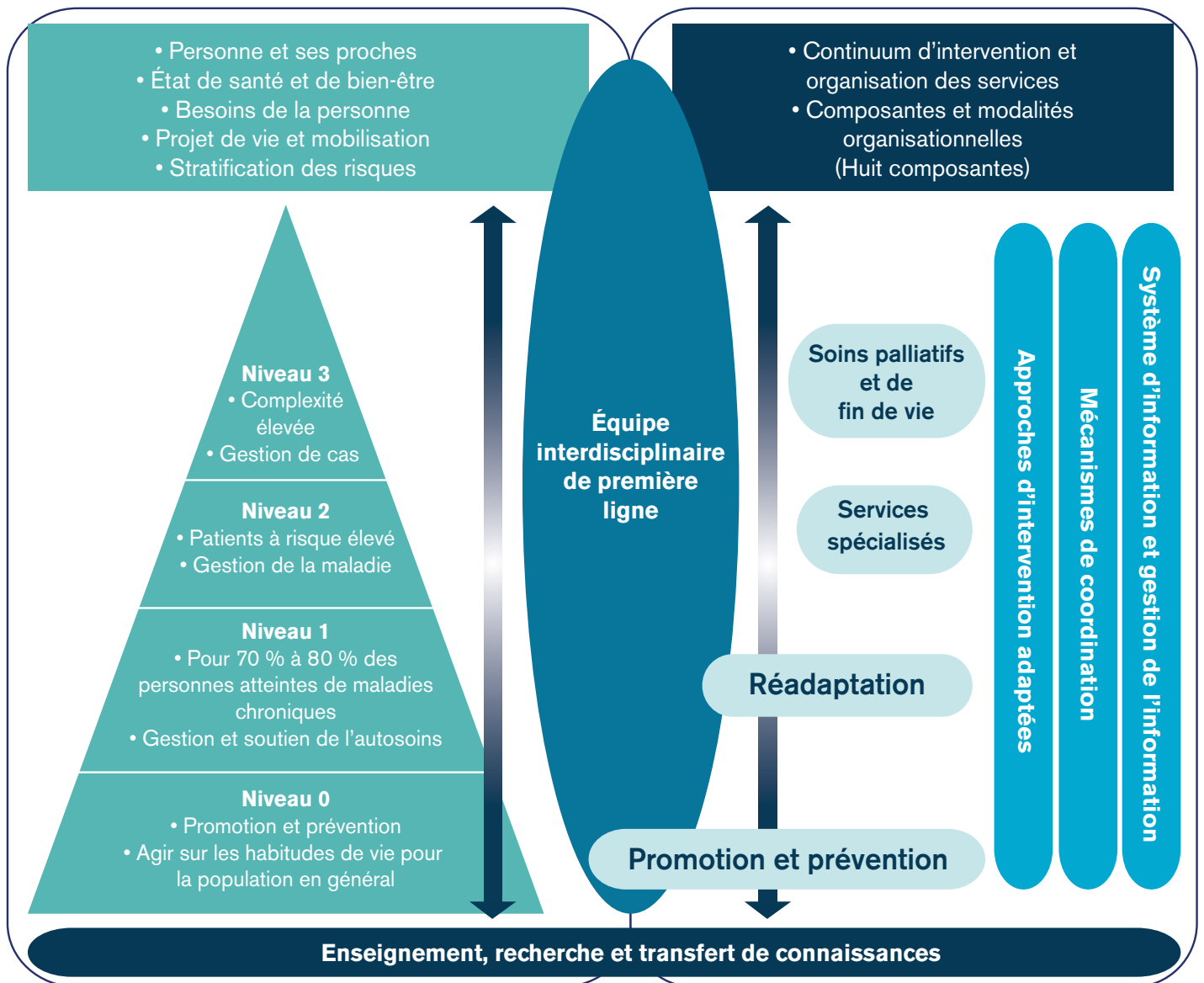
La proposition mise de l'avant par l'AQESSS permet à ces éléments de prendre racine dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois.

La modernisation de L'ORGANISATION DE SERVICES

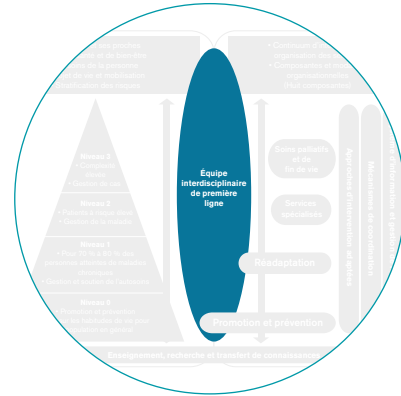
Le réseau de services intégrés en maladies chroniques proposé par l'AQESSS repose sur huit composantes distinctes. Au cœur du réseau de services, l'équipe interdisciplinaire de première ligne assure le suivi de la personne en fonction de ses besoins, et ce, dans toute la trajectoire de services. Cette équipe offre des services hiérarchisés avec le soutien des équipes spécialisées, le cas échéant. Des composantes transversales favorisent l'intégration et la coordination des services. L'enseignement, la recherche et le transfert des connaissances sont essentiels afin de partager les données probantes et les meilleures pratiques en matière de soins et de services en maladies chroniques.

Les différentes composantes du réseau de services intégrés proposent des interventions allant de la promotion et de la prévention aux interventions en soins de fin de vie. Elles s'inspirent d'initiatives prometteuses déjà en place au sein de différents établissements de santé.

Modalités organisationnelles proposées en maladies chroniques – Composantes d'un réseau intégré de services en maladies chroniques



Un réseau centré sur la personne : une équipe interdisciplinaire qui l'accompagne



Le réseau de services doit tenir compte de l'état de santé et de bien-être de la personne ainsi que de ses besoins qui évoluent dans le temps selon les changements qui surviennent dans sa condition de santé. La pyramide de Kaiser Permanente illustre bien les besoins de la personne en fonction de la stratification des risques inhérents à l'état de santé et du projet de vie de la personne qui, lui aussi, est susceptible de changer. Il importe donc d'adapter les services à cette réalité. Pour ce faire, l'organisation des services doit prendre appui sur un partenariat de soins avec la personne et ses proches en privilégiant son autonomie dans la gestion de sa santé et de sa condition.

1. Équipe interdisciplinaire de première ligne

L'équipe interdisciplinaire de première ligne est au centre du réseau de services intégrés. Elle en est le cœur et elle agit comme l'interface entre la personne et le réseau de services. La personne doit pouvoir combler ses besoins auprès de cette équipe, au moment opportun, équipe qui assure le lien avec les autres services au besoin, tout en demeurant le point d'ancrage pour la personne au plan de la coordination des interventions.

Premier point de référence, l'équipe interdisciplinaire accompagne en tout temps la personne dans son parcours et s'assure des liens et des arrimages entre les paliers de services. Elle offre une gamme de services qui répondent à la majorité des besoins de la personne. Au besoin, elle est soutenue par des équipes spécialisées et elle mise sur des approches d'intervention adaptées de même que sur des mécanismes de coordination et des systèmes d'information qui la soutiennent dans ses interventions.

Description

Porte d'entrée pour les soins et les services, l'équipe interdisciplinaire de première ligne assure le *leadership* quant à l'accueil, l'évaluation et le suivi des interventions auprès de la personne et de ses proches, de même que la coordination des services et l'arrimage avec les autres sources et lieux de soins, lorsque requis, et au moment pertinent.

Cette équipe interdisciplinaire inclut le médecin de famille, la personne et ses proches, les professionnels, et elle constitue la pierre d'assise du réseau de la santé et des services sociaux (principale source de soins et principale source de référence de la personne).

Pistes d'action

1.1 ***Privilégier la première ligne comme pierre d'assise de la prévention et de la gestion des maladies chroniques.***

- 1.1.1 Se doter d'une vision commune de l'organisation des services au sein du réseau local de services.
- 1.1.2 Assurer un *leadership* fort pour la mise en œuvre des équipes de première ligne en collaboration avec les médecins de famille et tous les partenaires du territoire.
- 1.1.3 Clarifier les modalités organisationnelles à implanter, notamment en première ligne.

1.2 ***Implanter les équipes interdisciplinaires dans la communauté.***

- 1.2.1 Établir la composition de l'équipe interdisciplinaire et clarifier les rôles des membres de l'équipe en tenant compte de leur champ d'exercices (Loi 90 et Loi 21).
- 1.2.2 Définir le mode de fonctionnement de cette équipe au sein du territoire.
- 1.2.3 Recourir aux approches d'intervention adaptées qui sont proposées en maladies chroniques.
- 1.2.4 Assurer l'accès en temps opportun au médecin de famille et aux membres de l'équipe interdisciplinaire afin de réaliser les interventions appropriées au bon moment et d'éviter des aggravations de la condition de la personne pouvant nécessiter des ressources plus lourdes :
 - Avoir un médecin de famille pour chaque personne, qui assure le suivi de l'ensemble de ses besoins, et prévoir des modalités pour les personnes sans médecin de famille (arrimage avec les guichets d'accès pour la clientèle orpheline);
 - S'assurer de l'obtention d'un rendez-vous avec l'équipe interdisciplinaire au moment requis, selon les besoins de la personne;
 - Diversifier les modalités d'accès au médecin et à l'équipe (contact téléphonique, courrier électronique, etc.).
- 1.2.5 Privilégier la mobilité des membres de l'équipe interdisciplinaire dans les différents milieux d'intervention.

-
- 1.2.6 Regrouper les services au même endroit (regroupement des membres de l'équipe interdisciplinaire).
 - 1.2.7 Implanter des mécanismes d'apprentissage en commun pour ces nouveaux modes de fonctionnement.
 - 1.2.8 Intégrer les programmes et services existants (Centre d'abandon du tabagisme, Centre d'enseignement de l'asthme, Centre d'éducation à la santé, etc.) afin d'éviter les dédoublements.
 - 1.2.9 Recourir aux compétences des équipes spécifiques au besoin (équipes spécialisées en maladies chroniques, équipes de soutien à domicile – SAD, équipes de soins palliatifs, etc.).
 - 1.2.10 Partager les responsabilités entre les différents programmes et assurer la continuité des soins et des services lors d'une complication ou de l'aggravation de la condition de la personne selon les services qu'elle requiert.
 - 1.2.11 Promouvoir la contribution des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans le suivi des personnes ayant une ou plusieurs maladies chroniques.

Une initiative prometteuse



CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE

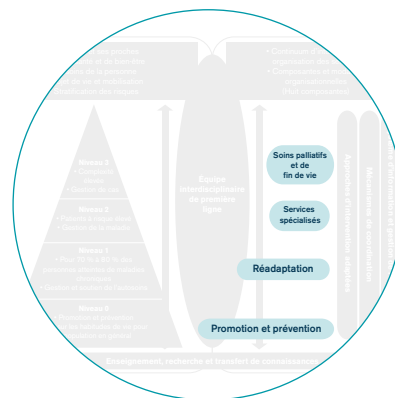
Faire équipe pour intervenir

Le projet repose sur la constitution d'une équipe interdisciplinaire en maladies chroniques. Cette équipe est formée de huit intervenants : deux infirmières, deux nutritionnistes, une physiothérapeute, un inhalothérapeute et deux kinésiothérapeutes. Ces professionnels sont mis à contribution dès l'annonce des signes précurseurs de la maladie. Leurs interventions sont effectuées directement dans les cliniques du territoire. Le soutien administratif est assuré par la clinique et les plages horaires sont convenues préalablement avec les cabinets médicaux.

Pour l'ensemble des clientèles visées, le nombre de visites à l'urgence a diminué, et ce, dès le début du projet, réduisant du même coup la pression sur le système.

Source : AQESSS, 2013

Un réseau de services continus et complémentaires : des services hiérarchisés



Des services complémentaires s'ajoutent à ceux offerts par l'équipe interdisciplinaire de première ligne afin de répondre aux besoins des personnes selon la stratification des risques reliés à l'état de ces personnes allant de la promotion et de la prévention jusqu'aux services en soins de fin de vie. Tous ces services se doivent d'être coordonnés et continus, et ce, tout en étant accessibles lorsque requis.

L'arrimage entre les différents programmes doit se faire en continuité des services offerts par l'équipe de première ligne que l'on pense notamment aux services pour les personnes âgées et aux équipes de soutien à domicile ainsi que celles de soins palliatifs. Le maintien du suivi par l'équipe interdisciplinaire de première ligne est primordial et il importe de préciser les rôles et responsabilités de chacune des équipes afin de favoriser la continuité tout en évitant les doublons.

2. Promotion et prévention

Les activités de promotion et de prévention visent l'ensemble de la population et touchent les habitudes de vie. L'équipe interdisciplinaire joue un rôle primordial auprès des personnes pour s'assurer que les informations pertinentes sont connues de celles-ci, pour les soutenir dans leurs interventions pour le maintien de leur état de santé ainsi que pour dépister les facteurs de risque et les problèmes sous-jacents. Toutefois, la communauté joue un rôle prépondérant afin de proposer des environnements favorables pour la santé de toute la population du territoire et la collaboration des partenaires du réseau local est essentielle pour y parvenir.

Description

La promotion de la santé se définit comme un processus qui consiste à habilitier les personnes à accroître leur contrôle sur leur santé et à améliorer celle-ci (OMS, 1986).

La prévention consiste, pour sa part, en un ensemble de mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps (OMS, 1948).

Mis ensemble, ces éléments visent à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les déterminants de la santé, et ce faisant, d'améliorer celle-ci en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne alliant choix personnel et responsabilité sociale.

Pistes d'action

2.1 *Par la personne*

- 2.1.1 Assumer ses responsabilités au regard de sa santé et prendre conscience de sa capacité d'agir.
- 2.1.2 Recourir aux outils mis à sa disposition par les différentes équipes.

2.2 *Par la communauté*

- 2.2.1 Promouvoir des environnements favorables à la santé avec la contribution des partenaires du réseau local de services afin d'agir sur les déterminants de la santé.
- 2.2.2 Agir sur les conditions socioéconomiques afin de réduire la pauvreté et les inégalités qui peuvent accroître le risque d'apparition d'une maladie chronique et qui ont un impact sur la capacité des personnes au regard de l'autogestion.

2.3 *Par les équipes cliniques*

- 2.3.1 Intensifier le recours aux pratiques cliniques préventives pour tous les intervenants et dans tous les milieux.
- 2.3.2 Réaliser des activités de dépistage et assurer le lien avec les équipes de première ligne afin d'assurer le suivi requis.

2.4 *Par l'établissement*

- 2.4.1 Assumer son mandat au regard de la responsabilité populationnelle et promouvoir son rôle de coordination du réseau local de services auprès de la communauté et des partenaires.
- 2.4.2 Recourir à toutes les ressources au sein du territoire dans une offre de services complémentaires.
- 2.4.3 Investir en amont afin de faire les choses autrement et, ainsi, avoir les retombées positives des activités de promotion et de prévention.
- 2.4.4 Privilégier les activités de promotion et de prévention dans une vision globale qui intègre la promotion et la prévention dans tout le continuum.

Une initiative prometteuse



CSSS – INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE

Plan d'action concerté pour les jeunes de 0 à 17 ans

Le CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke a choisi de faire équipe avec la Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke, le Regroupement des centres de la petite enfance des Cantons de l'Est, la Ville de Sherbrooke et Québec en forme pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie chez les jeunes de 0 à 17 ans.

Lancée en 2007, l'Alliance sherbrookoise pour des jeunes en santé a permis de réaliser un portrait des habitudes de vie en matière d'alimentation, d'activité physique et sportive. Les constats établis ont servi de base à l'élaboration d'un plan d'action concerté mettant à contribution l'ensemble des partenaires. La mise en œuvre du plan a commencé au cours de l'été 2010 et se poursuivra au cours des prochaines années.

Déjà, les intervenants notent une sensibilisation accrue des parents, du public ciblé, des enseignants et des éducateurs en centre de la petite enfance en ce qui a trait à l'activité physique et à l'alimentation.

Source : AQESSS, 2013

3. Réadaptation

La réadaptation, particulièrement pour les personnes atteintes de maladies chroniques, regroupe différentes stratégies d'interventions qui permettent d'améliorer ou de maintenir une personne, de façon autonome, à un niveau de fonctionnement optimal sur les plans physique, psychologique, affectif, social et professionnel (JOBIN et autres, 2002). Il s'agit donc de favoriser le développement d'habiletés chez la personne afin qu'elle puisse elle-même gérer sa santé et son bien-être, tout comme ses symptômes et ses traitements si elle est atteinte d'une ou de plusieurs maladies chroniques.

L'équipe interdisciplinaire de première ligne joue un rôle important auprès de la personne et peut avoir recours, le cas échéant et sur une base ponctuelle, à des équipes spécialisées pour compléter l'offre de services de réadaptation.

Description

La réadaptation englobe les interventions visant à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récédives dans une population et à réduire les complications ou les invalidités consécutives à la maladie de même qu'à améliorer la qualité de vie de la personne.

Pistes d'action

3.1 *Développer une philosophie de réadaptation.*

- 3.1.1 Opter pour une approche personnalisée, adaptée à la condition de la personne, lors de l'élaboration de son plan d'intervention.
- 3.1.2 Soutenir la personne dans la gestion de sa condition afin de :
 - prévenir le dysfonctionnement de la personne, et ce, précocement;
 - éviter la détérioration en période de soins aigus et reprendre la réadaptation au moment de la stabilisation de la personne;
 - maintenir la personne dans son milieu le plus longtemps.

3.2 ***Intégrer la réadaptation tout au long du continuum.***

- 3.2.1 Mettre en place des programmes de réadaptation en arrimage avec l'équipe interdisciplinaire de première ligne et, au besoin, celle de deuxième ligne afin de maintenir les capacités et d'éviter la détérioration de la personne ou l'aggravation de ses incapacités.
- 3.2.2 Assurer l'accès, en temps opportun et au besoin, à des services de réadaptation spécialisés.

3.3 ***Avoir une approche de proximité pour les services de réadaptation.***

- 3.3.1 Déployer des services de réadaptation dans des lieux non traditionnels.

Une initiative prometteuse



CSSS DE CHICOUTIMI ET CSSS DE JONQUIÈRE

Programme de réadaptation intégrée pour les maladies chroniques (PR1MaC)

Le projet PR1MaC est né d'un partenariat entre le CSSS de Chicoutimi, le CSSS de Jonquière, l'Agence de la santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'Université de Sherbrooke et l'Université du Québec à Chicoutimi. Il consiste en une adaptation et une intégration permanente des services de réadaptation au sein de milieux de première ligne.

Huit cliniques ont ainsi l'opportunité d'offrir des services professionnels de réadaptation. Les services éducatifs offerts favorisent la prise en charge des facteurs de risque des principales maladies chroniques ainsi que le renforcement de l'autogestion des patients en complémentarité avec les ressources déjà présentes dans certains milieux.

Source : AQESSS, 2013

4. Services spécialisés

L'équipe interdisciplinaire de première ligne doit, à certains moments, faire appel à des services spécialisés dans le parcours de la personne. Ainsi, les équipes spécialisées interviennent dans un contexte de suivi systématique lors d'un épisode de décompensation, d'une investigation ou d'une évaluation plus spécialisée et en arrimage constant avec l'équipe interdisciplinaire de première ligne.

Description

Les services spécialisés réfèrent aux interventions spécialisées et surspécialisées nécessitant le plateau technique et l'expertise des équipes spécialisées en réponse à des besoins complexes.

Ces interventions sont réalisées en concertation avec l'équipe de première ligne afin de favoriser la continuité des soins et des services auprès de la personne. Elles sont généralement ponctuelles, s'inscrivent dans une perspective de soins intégrés et visent un ajustement du traitement.

Pistes d'action

4.1 *Positionner les équipes spécialisées en soutien à la première ligne.*

4.1.1 Développer une approche de proximité.

4.1.2 Répondre aux besoins d'accès aux services spécialisés et au plateau technique des équipes de première ligne (par exemple, équipes spécialisées répondantes pour soutenir les équipes de première ligne, incluant le médecin spécialiste selon les problèmes de santé) :

- Définir les modalités d'accès (guichet, accueil clinique, ordonnances collectives, etc.) aux équipes spécialisées (précision des critères nécessitant le recours à l'équipe spécialisée en tenant compte de la pertinence et de la qualité des services);
- Assurer un accès adapté (en temps opportun) à ces équipes de même qu'aux services diagnostiques;
- Assurer un arrimage continu avec l'équipe interdisciplinaire de première ligne pour la coordination des services.

4.1.3 Privilégier une organisation des services sur une base ambulatoire et, au besoin, en hospitalisation.

-
- 4.1.4 Offrir de l'enseignement et du coaching auprès de l'équipe de première ligne.
 - 4.1.5 Recourir à la télésanté et aux technologies, le cas échéant, afin de faciliter l'accès aux équipes spécialisées.
 - 4.2 ***Développer une approche globale de la personne au sein des équipes spécialisées.***
 - 4.2.1 Mettre en place une clinique spécialisée intégrée en soins ambulatoires pour les personnes atteintes de multipathologies.
 - 4.2.2 Coordonner les activités entre les équipes de première ligne et les équipes spécialisées.



Une initiative prometteuse

CSSS DES AURORES-BORÉALES **Des équipes spécialisées en soutien à l'équipe milieu**

Le programme de gestion des maladies chroniques mis en place par le CSSS des Aurores-Boréales s'appuie sur le modèle de soins de la pyramide de Kaiser Permanente. L'équipe milieu est localisée dans le GMF-UMF afin de favoriser la proximité des professionnels et de créer une synergie d'équipe. Elle assure le suivi des personnes au bas de la pyramide en se basant sur l'autogestion et réfère, au besoin, à l'équipe spécialisée ou à l'équipe dédiée.

L'équipe spécialisée, de concert avec l'équipe milieu, réalise des interventions précoces dans l'évolution de la maladie. L'équipe dédiée assure, pour sa part, le suivi des personnes instables présentant plusieurs maladies. Ces personnes requièrent des stratégies individualisées et l'équipe dédiée détermine un plan d'intervention avec la collaboration de toutes les équipes. Dès que la condition de la personne se stabilise, l'équipe milieu assure à nouveau le suivi régulier. La gestion de cas favorise la coordination entre ces niveaux de services et un retour vers l'équipe milieu dès que possible.

Source : AQESSS, 2013

5. Soins palliatifs et de fin de vie

Les soins palliatifs et de fin de vie doivent s'inscrire en continuité de la trajectoire de soins de la personne atteinte d'une ou de plusieurs maladies chroniques. La discussion avec la personne en cette matière doit s'amorcer précocement afin de tenir compte de ses choix dans son cheminement. L'équipe interdisciplinaire demeure la plus pertinente auprès de la personne pour traiter de ces questions et pour l'accompagner dans ses choix. L'équipe interdisciplinaire de première ligne doit pouvoir compter sur une équipe spécialisée, le cas échéant, tout en demeurant maître d'œuvre du suivi de la personne.

Description

Les soins palliatifs et de fin de vie apportés à la personne visent à soulager les symptômes, à assurer son confort ainsi que sa qualité de vie et à l'accompagner dans son cheminement, de même que ses proches, jusqu'en période de fin de vie et lors du décès.

Pistes d'action

- 5.1 ***Partager une vision des soins palliatifs et de fin de vie pour les personnes atteintes de maladies chroniques.***
- 5.2 ***Tenir compte des choix de la personne en fin de vie.***
- 5.3 ***Intégrer la dimension des soins de fin de vie précocement dans les interventions auprès de la personne et de ses proches.***
 - 5.3.1 Amorcer une discussion franche avec la personne et ses proches selon l'évolution de sa condition.
 - 5.3.2 Recenser et préciser les données probantes quant au pronostic associé aux maladies chroniques afin de mieux identifier le moment qui entraînera un changement d'intention thérapeutique.
- 5.4 ***Recourir aux soins palliatifs et de fin de vie au moment opportun.***
 - 5.4.1 Assurer l'accès en temps opportun à toute la gamme de services requis selon la condition de la personne et l'évolution de celle-ci (équipe de soins palliatifs, soutien à domicile, lits en soins palliatifs, etc.).
 - 5.4.2 Faciliter la continuité des soins dans la phase de fin de vie.
 - 5.4.3 Définir les rôles des différentes équipes et les arrimages entre elles.

5.5 ***Soutenir l'équipe interdisciplinaire de première ligne dans cette offre de services.***

- 5.5.1 Recourir à l'équipe interdisciplinaire de première ligne pour l'offre de services de soins palliatifs et de fin de vie.
- 5.5.2 Assurer l'accès aux équipes de soins palliatifs spécialisées selon les besoins (soutien professionnel dans la prestation des services).
- 5.5.3 Offrir le soutien requis aux membres de l'équipe selon leurs besoins.

Une initiative prometteuse



CANADA

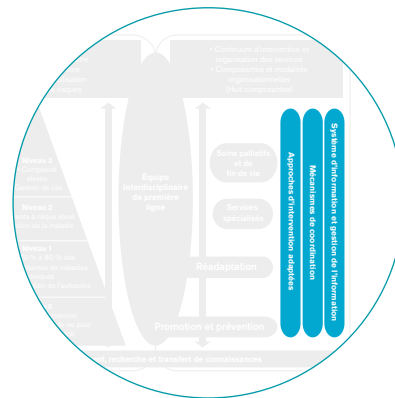
Initiative « **Aller de l'avant – des soins qui intègrent l'approche palliative** »

Dirigé par la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada et géré par l'Association canadienne de soins palliatifs, ce projet vise à améliorer l'accès aux soins palliatifs dans tous les contextes de soins.

Il explore deux modèles d'intégration de l'approche palliative dans les soins aux patients dans le contexte des maladies chroniques. Le premier modèle favorise la collaboration : l'équipe traitante continue de gérer la maladie et les traitements, tandis qu'une équipe de soins palliatifs se charge du traitement des symptômes, de la planification préalable des soins et de l'aide aux décisions. Quant au deuxième modèle, il mise plutôt sur l'intégration : l'équipe traitante intègre les soins palliatifs à sa pratique et fait appel à une équipe spécialisée en soins palliatifs au besoin. Ce projet permettra sans doute de mieux cerner les modèles prometteurs et inspirera la réflexion au sein des établissements quant à l'organisation des services palliatifs et de fin de vie pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Source : Association canadienne des soins palliatifs, 2013

Un réseau coordonné : des approches et des moyens partagés



Le réseau de services intégrés en maladies chroniques, tel que proposé par l'AQESSS, doit permettre de mieux coordonner les interventions dans le continuum de services. Pour ce faire, différentes mesures transversales sont proposées afin que les services soient véritablement intégrés. Des approches d'intervention communes, des mécanismes de coordination et des systèmes d'information partagés font partie de ces mesures.

6. Approches d'intervention adaptées

Il importe que les intervenants adoptent des approches reconnues et partagées afin de favoriser la collaboration et la coordination entre les différents paliers de services. Les approches retenues ont démontré leur pertinence dans les interventions en maladies chroniques et s'inscrivent en continuité des principes directeurs qui guident notre action.

Description

Les approches d'intervention adaptées sont :

- ⦿ L'intégration des actions de promotion et de prévention dans tout le continuum;
- ⦿ Le partenariat de soins entre la personne et ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux (notamment l'autodétermination de la personne et la participation aux décisions relatives à son plan d'intervention);
- ⦿ Les pratiques collaboratives (pour les équipes cliniques, en lien avec la personne et ses proches);
- ⦿ Une qualité des services qui s'appuie sur le recours aux données probantes et une culture d'amélioration continue des services.

Pistes d'action

6.1 ***Accompagner et soutenir la personne et ses proches dans le respect de ses choix et de son évolution.***

6.1.1 Adopter une approche privilégiant le partenariat de soins :

- Le respect de la personne, de son projet de vie, de ses objectifs et de ses choix, en prenant en considération sa capacité d'autogestion et en misant sur ses responsabilités propres;
- L'implication de la personne dans les décisions relatives à son plan d'intervention;
- L'accès aux services et le soutien de la personne dans ses démarches;
- L'accès à l'information pertinente, dans un langage clair et adapté;
- L'implication des personnes dans les choix organisationnels pour les services les concernant.

6.1.2 Recourir aux pratiques collaboratives au sein des équipes.

6.1.3 Assurer la formation des professionnels en ce qui a trait aux approches d'intervention.

6.2 ***Développer et maintenir une culture d'amélioration continue.***

6.2.1 Intégrer une vision de la qualité et de la sécurité des soins et des services, de même qu'une approche d'amélioration continue.

6.2.2 Implanter une culture d'évaluation des interventions cliniques en s'appuyant notamment sur les données probantes et les guides de pratiques.

6.2.3 S'appuyer sur l'enseignement, la recherche et l'évaluation des modes d'intervention (données probantes) pour l'amélioration continue des services.

6.2.4 Accentuer les recherches portant sur les personnes présentant de multiples pathologies. Favoriser la contribution des établissements universitaires à cet égard, notamment quant aux approches à privilégier pour les personnes atteintes de multi-pathologies.

6.2.5 Assurer la formation continue des intervenants afin de favoriser l'amélioration des pratiques cliniques et le maintien des compétences spécifiques des équipes dans tout le continuum :

- S'appuyer sur un tronc de connaissances communes tout en mettant à contribution l'expertise spécifique, lorsque requis.

Une initiative prometteuse



RÉGION DE LAVAL

Programme TRANSIT

Le programme TRANSIT vise la transformation des pratiques interprofessionnelles pour la prévention des maladies cardiovasculaires en première ligne. Il est issu de travaux régionaux en prévention et en gestion des maladies chroniques qui regroupent le CSSS de Laval, l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Laval, l'Équipe de recherche en soins de première ligne et les cliniciens de Laval. Il a été implanté directement dans des groupes de médecine familiale (GMF).

Bien que la création de liens entre les GMF et les professionnels externes soit un défi, plusieurs GMF ont mis à l'essai des partenariats innovants. Plusieurs équipes ont notamment réussi la préparation et la prestation de consultations de groupe offertes par des équipes multidisciplinaires pouvant inclure des nutritionnistes, des kinésiothérapeutes, des infirmières et des pharmaciens. La facilitation et les principes de gestion du changement pourraient contribuer à transformer les pratiques interprofessionnelles par la création des partenariats innovants.

Source : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, 2013



7. Mécanismes de coordination

Le réseau intégré de services s'apparente à un programme-clientèle dans la mesure où il est centré sur les besoins des personnes présentant des facteurs de risque ou atteintes de maladies chroniques, en regroupant les ressources permettant de répondre à ces besoins et en favorisant une réponse plus intégrée à ceux-ci tout au long du continuum. Il précise le modèle d'organisation des services afin que l'ensemble des activités contribue de façon cohérente et complémentaire à la réponse aux besoins de la personne.

Les mécanismes de coordination permettent un fonctionnement harmonieux de tous les acteurs du réseau intégré de services. Ils sont de deux ordres, les mécanismes de coordination individuels auprès de la personne et de ses proches (par exemple, intervenant pivot ou gestionnaire de cas) et ceux qui touchent la coordination du réseau et des partenaires qui y sont associés.

Description

Les mécanismes de coordination sont les moyens mis en place afin de faciliter les arrimages entre les différents services et avec les partenaires pour un accès en temps opportun aux services nécessaires selon les besoins de la personne et de ses proches.

Pistes d'action

7.1 ***Proposer des services intégrés accessibles localement tout au long de la vie des personnes.***

7.1.1 Proposer des services qui prennent en compte la personne dans sa globalité en considérant l'ensemble de ses besoins, au moment où elle les requiert.

7.1.2 Faciliter les arrimages entre les différents professionnels et avec les partenaires pour un accès en temps opportun aux services nécessaires selon les besoins de la personne :

- Utiliser un plan d'intervention individuel et un plan de services individualisé, lorsque requis;
- Recourir à un intervenant pivot qui accompagne la personne et ses proches quant aux liens entre les différentes équipes, au moment requis, selon les besoins de la personne;
- Mettre en place un gestionnaire de cas pour la coordination des services au moment approprié dans la trajectoire de services, plus particulièrement pour les personnes ayant des besoins complexes, et favoriser le rapprochement de celui-ci avec l'équipe interdisciplinaire de première ligne.

7.1.3 Assurer la coordination des services et des transitions entre les programmes selon les besoins des personnes (notamment avec le programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées et celui des soins palliatifs et de fin de vie).

7.2 ***Préciser le parcours de la clientèle au sein du réseau local de services.***

7.2.1 Établir des corridors de services entre l'équipe interdisciplinaire de première ligne et les équipes spécialisées.

7.2.2 Faciliter l'accès aux équipes spécialisées lorsque requis et assurer le retour en première ligne.

7.2.3 Déterminer les critères de prise en charge de la clientèle en fonction des niveaux de services.

7.2.4 Prévoir des mécanismes bidirectionnels de liaison entre les niveaux de services.

7.2.5 Mettre à contribution les partenaires communautaires dans la trajectoire de services.

7.3 ***Prévoir des mécanismes de coordination dans la gestion des services.***

7.3.1 Identifier deux porteurs de dossier (médecin et gestionnaire clinico-administratif) en maladies chroniques au sein du réseau local de services. Ce tandem agira comme facilitateur entre les différents partenaires (vigie dans le territoire, organisation des formations dans le territoire, etc.).

7.3.2 Mettre en place des tables locales et régionales pour la coordination des services afin de favoriser les échanges entre les porteurs de dossiers et l'harmonisation des pratiques au sein du territoire.

Une initiative prometteuse



CSSS DE GATINEAU

VERS SA Santé

Mise sur pied en juin 2009 par le CSSS de Gatineau l'équipe « VERS SA Santé » offre des services interdisciplinaires de première ligne, de dépistage, d'éducation et de suivi clinique en diabète, hypertension artérielle et dyslipidémie sur le territoire du CSSS.

Dans le cadre de ce programme, le réseautage clinique est assuré par une table territoriale regroupant un représentant de toutes les équipes du réseau local de services offrant des services à la clientèle ciblée. Les rôles de la table territoriale sont d'améliorer la diffusion des connaissances et d'assurer la transmission de messages uniformes en respect des données probantes. À cet effet, le groupe fait consensus sur des sujets cliniques, par exemple : l'uniformisation du protocole d'hypoglycémie, l'uniformisation des documents utilisés et à remettre aux usagers, etc. Le réseautage de ces équipes (internes et dans le réseau) et la mise en commun des outils scientifiques et cliniques bénéficient à tous les intervenants et assurent un suivi optimal des usagers.

Source : AQESSS, 2013

8. Système d'information et gestion de l'information

L'accès et le partage de l'information clinique sont essentiels pour le fonctionnement optimal du réseau de services intégrés. Les informations de nature clinique ou clinico-administrative permettent le suivi des personnes dans le continuum ainsi que l'évaluation des interventions cliniques et des activités du réseau intégré de services. Ceci s'avère essentiel afin de mesurer les résultats cliniques pour la personne et de s'assurer de la pertinence et de l'efficacité de nos actions et de nos services. L'INESSS (2012) a d'ailleurs produit un document fort utile pour les équipes cliniques et de gestion dans cette perspective.

Description

Le système d'information et de gestion de l'information renvoie à l'informatisation pour le partage des informations cliniques, la réalisation des interventions, l'accès et le partage des meilleures pratiques cliniques, de même que pour la gestion de l'information.

Pistes d'action

- 8.1 ***Assurer l'accès aux informations contenues au dossier clinique.***
 - 8.1.1 Donner la priorité au déploiement de systèmes d'information clinique et offrir les moyens et le soutien requis à leur utilisation (Dossier clinique informatisé – DCI et Dossier médical électronique – DME).
 - 8.1.2 Partager les informations pertinentes entre les partenaires et avec la personne en tenant compte du contexte légal.
 - 8.1.3 Donner à la personne atteinte de maladie chronique l'accès à son dossier en soutien à l'autogestion de sa condition.
 - 8.1.4 Utiliser les technologies appropriées pour les intervenants et la personne (tablette ou autres) pour la saisie des données et la consultation des informations contenues au DCI, de même que pour la prise de rendez-vous et la communication avec les membres des différentes équipes.

8.2 ***Privilégier une culture de performance clinique et organisationnelle.***

8.2.1 Systématiser l'analyse des résultats basée sur les meilleures pratiques et les résultats de santé de la population, dans un contexte d'amélioration continue et de mesure de la pertinence des actions posées, pour répondre aux besoins des personnes.

8.2.1 Favoriser l'utilisation des résultats par les équipes interdisciplinaires afin d'assurer l'amélioration continue des services.

8.2.3 Utiliser et développer des indicateurs comme outils d'aide à la décision (détermination des orientations, organisation des services et évaluation des résultats).

8.2.4 Recourir aux indicateurs de qualité développés par l'INESSS pour les services de première ligne en maladies chroniques.

8.3 ***Utiliser les technologies, notamment les télésoins, afin de soutenir les équipes dans la prestation de services.***

Une initiative prometteuse



CSSS DU ROCHER-PERCÉ

La télésanté pour accompagner les malades chroniques

Le programme de télésoins mis en place par le CSSS du Rocher-Percé vise non seulement à prévenir la dégradation de l'état de santé, mais aussi à favoriser une meilleure adhérence aux traitements et à amener des changements de comportements et l'adoption de saines habitudes de vie. Pour atteindre ces cibles, l'établissement a permis à tous les membres de l'équipe d'experts du CSSS – kinésiologue, infirmière clinicienne, technicienne en diététique et intervenant social – d'utiliser son logiciel de télésanté. Tous disposent ainsi des informations relatives à un patient en temps réel, peuvent consulter le dossier, partager des notes ou communiquer entre eux pour discuter des traitements ou des entraînements effectués. Le programme assure donc un suivi adéquat et sécuritaire à chaque patient pris en charge, et ce, directement sur le lieu d'entraînement. De leur côté, les patients doivent entrer leurs résultats et leurs constantes physiologiques dans le logiciel. Une bonne façon de les responsabiliser à l'égard de leur activité physique.

Au terme de la deuxième phase du projet, qui est prévue pour 2013, près de 200 personnes auront suivi le programme composé de deux demi-journées en gymnase par semaine.

Source : AQESSS, 2013

Conditions de MISE EN ŒUVRE

Le défi de la mise en œuvre de cette équipe interdisciplinaire repose sur la consolidation des arrimages entre les établissements et les médecins de première ligne. Il devient donc impératif de favoriser un rapprochement et une collaboration soutenue entre eux, que les médecins œuvrent au sein d'un GMF ou non. Des ententes formelles devront être convenues afin de préconiser la constitution d'équipes interdisciplinaires au sein des cabinets de médecins, là où les personnes consultent. Ceci veut également dire donner un accès prioritaire aux services diagnostiques et spécialisés au profit des personnes suivies par les équipes de première ligne afin de leur permettre de jouer pleinement leur rôle et de répondre réellement aux besoins des patients. De cette façon, ceux-ci trouveront réponse à leurs besoins auprès de cette équipe, au moment opportun, ce qui leur évitera de se tourner vers l'urgence à défaut d'un accès adapté en première ligne.

Finalement, il sera nécessaire d'instaurer ou de renforcer une culture d'amélioration continue, en collaboration avec les équipes médicales, qui favorisera la mesure des résultats cliniques et l'évaluation des services à la suite de la mise en œuvre de ces composantes. Par ailleurs, le déploiement de ces composantes devra être soutenu par des activités d'enseignement, de recherche et de transfert de connaissances.

Des conditions facilitantes

Des mesures au plan local

Partenariat

- ⊙ Maximiser la contribution de tous les partenaires au sein du réseau local de services pour la mise en œuvre de ces pistes d'action.
- ⊙ Convenir d'ententes de collaboration formelles entre les cliniques de première ligne et les établissements afin d'offrir des soins coordonnés à la population. Pour ce faire, il y a lieu de favoriser l'engagement de tous les médecins, omnipraticiens et spécialistes dans la prise de décisions administratives et dans l'organisation des services à la population.

Soutien à l'implantation

- ⊙ Préconiser le déploiement de systèmes d'information permettant le partage des informations cliniques et la mesure des activités cliniques.
- ⊙ Assurer une gestion du changement permettant de soutenir la mise en œuvre des équipes de première ligne.
- ⊙ S'inspirer des expériences ayant démontré des résultats.

Des mesures au plan provincial

Financement et mesures incitatives

- ⊙ Revoir les modalités de financement à la suite du transfert de certaines activités vers la première ligne (arrimage avec les travaux du groupe d'experts pour un financement axé sur les patients).
- ⊙ Prévoir les mesures incitatives requises à la mise en œuvre des changements dans une perspective de qualité des services et de performance clinique.
- ⊙ Revoir le mode de rémunération des médecins avec ces nouveaux modes d'organisation en mettant l'accent sur la performance clinique, les bonnes pratiques et les résultats de santé découlant de leurs activités, pour améliorer non seulement la prestation de services, mais aussi l'accès aux soins :
 - Appliquer les meilleures modalités permettant de soutenir les changements de pratiques cliniques et de gestion;
 - Adapter la rémunération des médecins afin de faciliter le travail en équipe de même que le suivi et la prise en charge en première ligne.

MALA
DIES
CHRO
NIQU
UES



**AGIR
LÀ OÙ ÇA
COMPTE**

CONCLUSION

Les expériences recensées au Québec permettent d'identifier les modalités organisationnelles requises ainsi que les pistes d'action à préconiser pour la mise en œuvre d'une nouvelle organisation de services en maladies chroniques. Ces expériences privilégient la première ligne comme pierre d'assise de la prise en charge, du suivi et de la coordination de l'ensemble des soins et services aux personnes présentant des facteurs de risque ou atteintes de maladies chroniques.

En accord avec ses membres, l'AQESSS propose un arrimage plus étroit avec les médecins œuvrant en première ligne afin d'offrir ensemble des soins centrés sur les besoins des personnes. Cette vision privilégie une approche globale de la personne et non par maladie, en misant sur ses capacités de choisir et de décider au regard de sa santé et de son plan d'intervention à titre de patient partenaire de l'équipe interdisciplinaire.

Cependant, rien de tout cela ne sera possible sans l'identification et la mise en place de mécanismes solides permettant de bien définir les rôles et les responsabilités de chacun dans les ententes liant les établissements et les cabinets. Un tel exercice suppose un travail en partenariat et une mobilisation réelle de tous les acteurs concernés.

MALADIES CHRONIQUES



**AGIR
LÀ OÙ ÇA
COMPTE**

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL ET INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013). *Collectif de recherche sur les services de santé de première ligne au Québec, Vers une meilleure première ligne : pistes pour éclairer la décision*, 239 p.

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE MARSEILLE (2013). Santé/Prévention – *Définition du concept de « Prévention en santé publique »*, [En ligne], site Internet consulté le 28 mai 2013 : <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>

ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS PALLIATIFS (2013). La Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada, Gouvernement du Canada. *Intégrer la philosophie des soins palliatifs à la gestion des maladies chroniques limitant l'espérance de vie : qui, comment et quand?*, L'initiative d'intégration « Aller de l'avant », [En ligne], site Internet consulté le 15 juillet 2013 : <http://www.integrationdessoinspalliatifs.ca/>

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (2010). *La transformation des soins de santé au Canada. Les médecins et l'équité en santé : Possibilités dans la pratique. Des changements réels. Des soins durables*, Ottawa, AMC, 45 p.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2012). *Offre de service en santé physique de l'AQESSS*, Montréal, AQESSS, 44 p.

AUSTRALIAN GOVERNMENT (2011). National Health Reform. *Improving Primary Health Care for all Australians*, Australie, Australian Government, 12 p.

BARR, Victoria J., et autres (2003). "The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies for Population Health Promotion and the Chronic Care Model", *Hospital Quarterly*, vol. 7, n° 1, p. 73-82.

BEAULIEU, Marie-Dominique (2012). « Facteurs organisationnels qui soutiennent des pratiques cliniques de qualité en première ligne. Résultats d'une étude québécoise », Projet financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, Chaire Docteur Sadok BESROUR en médecine familiale Montréal et Université de Montréal, Centre de recherche du CHUM, 35 p.

BRUNN, Matthias et Karine CHEVREUL (2013). « Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux », *Santé publique*, vol. 25, p. 87-94.

BUSSE, Reinhard, et autres (2010). "Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, interventions and challenges", *European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series n° 20, World Health Organization*, 111 p.

CAZALE, Linda, et Valeriu DUMITRU (2008). Institut de la statistique du Québec. « Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants, Série Enquête sur la santé des collectivités canadiennes », *Zoom santé, Santé et bien-être*, 4 p.

COMINO, Elizabeth J (2012). "A systematic review of interventions to enhance access to best practice primary health care for chronic disease management, prevention and episodic care", *BMC Health Services Research*, 12:415, doi: 10.1186/1472-6963-12-415.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2010a). *Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implication*, Québec, 164 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2010b). *État de situation portant sur les maladies chroniques du système de santé et de services sociaux*, Québec, 2010, 132 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2010c). *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitoring*, Québec, 252 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2011). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins de santé: le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011*, Québec, 118 p.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (2009). *Bien faire les choses : Études de cas de bonne gestion des maladies chroniques par des équipes de soins de santé primaire*, Toronto, 53 p.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (2010). *Faire plus que le simple nécessaire : L'importance des interactions patient-prestateur dans les soins pour maladies chroniques*, Les soins de santé au Canada, c'est capital, Bulletin n° 3, Toronto, 16 p.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (2012). *Soutien à l'autogestion pour les Canadiens atteints de maladies chroniques. Point de mire sur les soins de santé primaire*, Toronto, 60 p.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (2013a). *Comment les médecins canadiens de soins primaires classent-ils le système de santé? Résultats du sondage international 2012 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaire*, Les soins de santé au Canada, c'est capital, Bulletin n° 7, Toronto, 48 p.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (2013b). *Quelle voie mène à la qualité? Principales perspectives sur l'amélioration de la qualité des systèmes de soins de santé au Canada*, Toronto, 42 p.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, et autres (2001). "Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, vol. 8, n° 2, p. 38-52.

CPHA-ACSP (2008). "A Tool for Strengthening Chronic Disease Prevention and Management. Trough Dialogue, Plannig and assessment. How-to-Guide", *The Tool, Worksheets and Resources. Case Studies*, 112 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE (2012). *Rapport de la directrice de santé publique 2012. Alléger le fardeau des maladies chroniques : une première ligne toute tracée pour des générations en santé*, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 60 p.

FONDATION CANADIENNE POUR L'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ (2012a). Histoire à succès. *De vrais soins en équipe : Providence Health Care de la Colombie-Britannique assure une liaison harmonieuse entre les médecins de famille et les spécialistes*, Vancouver, Site Internet consulté le 1^{er} mars 2013 : <http://www.fcass-cfhi.ca/ourimpact/ImpactStories/ImpactStory/12-11-02/3aac305f-86f1-4f97-a331-3126cda6818d.aspx>

FONDATION CANADIENNE POUR L'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ (2012b). Histoires à succès. *Mise à contribution des survivants du cancer pour améliorer les expériences des patients atteints de cancer : Un groupe de patients et de familles élabore une nouvelle boîte à outils pour collaborer avec les décideurs*, Toronto, site Internet consulté le 1^{er} mars 2013 : <http://www.fcass-cfhi.ca/ourimpact/ImpactStories/ImpactStory/12-10-31/d5c790cb-039f-4890-aebf-28b13f948123.aspx>

FORESIGHT (2007). *Tackling obesity : future choices, Project Report*, Government office for science, London, 2nd edition, 161 p.

HAM, Chris (2010). "The ten characteristics of the high-performing chronic care system", *Health Economics, Policy and Law*, vol. 5, no 1, p. 71-90.

HARVEY, Gilles (2012). *Concepts et définitions, Partie 1*, « Vers une définition de la santé », site Internet consulté le 28 mai 2012 : http://www.uquebec.ca/edusante/concepts_et_definitions.htm

HOPE (2011). European Hospital and Healthcare Federation. *Chronic diseases: A clinical and managerial challenge*, 56 p.

HUARD, P., et P. SCHALLER (2010a). « Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 1. Problématiques », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 41, n° 3, p. 237-245.

HUARD, P., et P. SCHALLER (2010b). « Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 2. Stratégies », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 41, n° 3, p. 247-255.

HUARD, P., et P. SCHALLER (2011). « Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. 2. Deux études de cas », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 42, n° 2, p. 119-126.

IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE. Site Internet consulté le 2011-11-23 : www.improvingchroniccare.org

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2011). *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques?* Analyse en bref, Québec, 24 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013a). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Québec, Vol. 2, 73 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013b). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. L'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Québec, vol. 4, 68 p.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2012). (Rapport rédigé sous la direction de Marie-Dominique Beaulieu). *Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne*, Québec, ETMIS 2012, vol. 8, n° 12, 68 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). Direction planification, recherche et innovation, Unité études et analyses de l'état de santé de la population. *Une estimation du fardeau de différentes maladies chroniques à partir de l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé*, Québec, 31 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012a). RUEL, Guillaume. *Multimorbidité: Ampleur, impacts et défis*. Présentation lors du 4^e Rendez-vous des maladies chroniques, Québec, p.12-31.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012b). *Surveillance du statut pondéral chez les adultes québécois. Portrait et évolution de 1987 à 2010*, Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services, 70 p.

INTERNATIONAL ALLIANCE OF PATIENT'S ORGANIZATIONS (2012). *Patient-Centered Healthcare*, Indicators Review, 19 p.

JOBIN, J. et autres (2002). *Advancing the Frontiers of Cardiopulmonary*. Rehabilitation, Windsor, Human Kinetics, p. 2-8.

LE BLOC NOTES (2005). *Promotion de la santé vs l'approche de la santé de la population : Différences à démystifier*. LE BLOC NOTES, vol. 8, n° 13, site Internet consulté le 28 mai 2012 : <http://www.leblocnotes.ca/node/12>

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (2009). *Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du Medical Home*, Document de travail, 35 p.

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (2011). *Une vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale : Le Centre de médecin de famille*, 63 p.

LE RÉSEAU CONSEIL INTERDISCIPLINAIRE DU QUÉBEC (2010). *La gestion de cas, un instrument essentiel à la collaboration interprofessionnelle*, Québec, 15 p.

LEVESQUE, J-F., et autres (2007). « L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec. Barrières et éléments facilitant », *Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec*, 4 p.

LEWIS, Richard Q., et autres (2010). "Where next for integrated care organization in the English NHS?" *The King's Fund. The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services*, London, 38 p.

MCMURPHY, Dale (2009). *Quels sont les caractéristiques et les avantages fondamentaux de services de première ligne de qualité?*, Présenté au groupe de travail pancanadien sur l'amélioration des services de santé de première ligne, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 65 p.

MEYERS, D, et autres (2010). "The Roles of Patient-Centered Medical Homes and Accountable Care Organizations in Coordinating Patient Care", *AHRQ Publication n° 11-M00-EF*, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 11 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK (2010). Unité des soins de santé primaires, Division des services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires. *Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques pour le Nouveau-Brunswick*, 22 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec, Équipe d'évaluation des GMF, Direction de l'évaluation. Québec, 142 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques*, Gouvernement du Québec, 351 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012a). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec, 24 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012b). Services de santé et médecine universitaire. *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, Gouvernement du Québec, 33 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO (2012). *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé. De meilleurs soins aux patients grâce à un meilleur rendement de nos dollars investis en santé*, Favorisons la santé, Ontario, 14 p.

NASMITH, L., et autres (2010). « Comment transformer les soins offerts aux canadiens souffrant de maladie chronique : plaçons la personne au premier plan, exigeons l'excellence, centrons-nous sur les résultats », *Canada : Académie canadienne des sciences de la santé*, Ottawa, 98 p.

NATIONAL CASE MANAGEMENT NETWORK – RÉSEAU NATIONAL DES GESTIONNAIRES DE CAS DU/ OF CANADA (2012). *Profil des compétences essentielles pour les intervenants en gestion de cas au Canada*, 18 p.

NOLTE, Ellen et autres (2011). "Chronic Care in Europe. Towards High Performing Health Systems. Becoming the Best : Building Sustainability High Performing Health System", dans *INSTITUTE OF HEALTH ECONOMICS, High Performing Health Systems*, Alberta, 15 avril 2011.

NOLTE, Ellen, Cécile KNAI et Martin MCKEE (2008). "Managing Chronic Conditions: Experience in eight countries", *European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series n° 15*, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 181 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Des soins novateurs pour les affections chroniques. Éléments constitutifs, rapport mondial*, 105 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2008). *Rapport sur la santé dans le monde, 2008. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*, 125 p.

PAREKH, Anand K., et autres (2011). "Managing Multiple Chronic Conditions: A Strategic Framework for Improving Health Outcomes and Quality of Life", *Public Health Reports*, vol. 126, p. 460-471.

SASSI, F (2010). "Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat", *OCDE*, 268 p.

SMITH, Susan M., et autres (2012). "Managing patients with multimorbidity : systematic review of interventions in primary care and community settings", *BMJ* 2012; 345 doi: 10.1136/bmj.e5205, 10 p.

TAYLOR, Erin Fries, et autres (2013). "Enhancing the Primary Care Team to Provide Redesigned Care: The Roles of Practice Facilitators and Care Managers", *Annals of family medicine*, vol. 11, n°1.

THE COMMONWEALTH FUND (2012). *The Performance Improvement Imperative. Utilizing a Coordinator, Community-Based Approach to Enhance Care and Lower Costs for Chronically Ill Patients*. The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System, 23 p.

THE CONFERENCE BOARD OF CANADA (2012a). *Improving Primary Health Care Through Collaboration. Briefing 1 – Current Knowledge About Interprofessional Teams in Canada*, Ottawa, October 2012, 31 p.

THE CONFERENCE BOARD OF CANADA (2012b). *Improving Primary Health Care Through Collaboration. Briefing 2 – Barriers to Successful Interprofessional Teams*, Ottawa, 13 p.

THE NHS CONFEDERATION (2012). *Making integrated out-of-hospital care a reality*, 17 p.

TRACY, CS. et autres (2013). "The impact clinic. Innovative model of interprofessional primary care for elderly patients with complex health care needs", *Canadian family physician*, vol. 59, n° 3, p. 148-155.

VALDERAS, Jose M., et autres (2009). "Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services", *Annals of Family Medicine*, vol. 7, n° 4, p. 357-63.

VANIER, Marie-Claude, Jean RIVEST et Solange BOUCHER (2011). « La collaboration interprofessionnelle. Des équipes interprofessionnelles en soins de première ligne : rêve ou réalité? » *Le Médecin du Québec*, Québec, vol. 46, n° 2, p. 55-61.

V.C., Arena, et autres (2006). "The Impact of Body Mass Index on Short-term Disability in the Workplace", *J. Occup. Environ. Med.*, vol. 48, n° 11, p. 1118-1124.

VEDEL, Isabelle, et autres (2013). "Diffusion of a collaborative care model in primary care: a longitudinal qualitative study", *BMC Family Practice*, vol. 14:3.

VOGELI, Christine et autres (2007). "Multiple Chronic Conditions: Prevalence, Health Consequences, and Implications for Quality, Care Management and Cost", *Society of General internal Medicine, J Gen Intern Med* 22, 22 Suppl 3:391-5, doi: 10.1007/s11606-007-0322-1.

WOLFF, Jennifer L., Barbara STARFIELD, Gerard ANDERSON (2002). "Prevalence, Expenditures, and Complications of Multiple Chronic Conditions in the Elderly". *Arch Intern Med*, 162 (20), p. 2269-2276.

WOMEN'S COLLEGE HOSPITAL (2012). *CACE Centre for Ambulatory Care Education, Complex Care Clinic*. Toronto, Ontario, site Internet consulté le 9 mai 2012 : <http://www.womenscollegehospital.ca/programs-and-services/cace/complex-care-clinic>

MALA
DIES
CHRO
NIQU
UES



**AGIR
LÀ OÙ ÇA
COMPTE**



Tableau de la description des composantes

Équipe interdisciplinaire de première ligne

Porte d'entrée privilégiée pour les soins et les services, cette équipe assure le *leadership* quant à l'accueil, l'évaluation et le suivi des interventions auprès de la personne et de ses proches, de même que la coordination des services et l'arrimage, lorsque requis et au moment pertinent, avec les autres sources et lieux de soins.

Composée de professionnels de la santé, cette équipe interdisciplinaire inclut également le médecin de famille, la personne et ses proches. Elle constitue la pierre d'assise du réseau de la santé et des services sociaux (principal lieu de consultation pour la personne).

Promotion et prévention

Promotion de la santé qui se définit comme un « processus qui consiste à habiliter les personnes à accroître leur contrôle sur leur santé et à améliorer celle-ci ».

Prévention qui consiste en un « ensemble de mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

« Processus qui visent à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les déterminants de la santé, et ce faisant, d'améliorer celle-ci en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne alliant choix personnel et responsabilité sociale ».

Réadaptation

Interventions réalisées dans tout le continuum qui visent à « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population et à réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie » de même qu'à améliorer la qualité de vie de la personne.

Services spécialisés

Interventions spécialisées et surspécialisées nécessitant le plateau technique et l'expertise des équipes spécialisées en réponse à des besoins complexes.

Interventions qui sont réalisées en complémentarité avec l'équipe de première ligne afin de favoriser la globalité des soins et des services auprès de la personne. Ces interventions sont généralement ponctuelles, dans une perspective de soins intégrés selon la trajectoire de services et visent surtout un complément d'évaluation et un ajustement du traitement.

Soins palliatifs et de fin de vie

Soins apportés à la personne visant à la soulager, à assurer son confort et à l'accompagner dans son cheminement, de même que ses proches, jusqu'en période de fin de vie et lors du décès.

Approches d'intervention adaptées

Approches à favoriser, basées sur les meilleures pratiques et dans une perspective d'amélioration continue de la qualité :

- Patient partenaire (autogestion et décision partagée quant à son plan d'intervention);
- Pratiques collaboratives (pour les équipes cliniques, en lien avec la personne et ses proches);
- Actions de promotion et de prévention intégrées dans tout le continuum.

Mécanismes de coordination

Moyens mis en place afin de faciliter les arrimages entre les différents services et avec les partenaires, pour un accès en temps opportun aux services nécessaires selon les besoins de la personne et de ses proches.

Moyens mis en place avec les différents partenaires afin de coordonner l'offre de services en fonction des besoins prioritaires de la population.

Système d'information et gestion de l'information

Recours à l'informatisation pour :

- le partage des informations cliniques;
- la réalisation des interventions;
- l'accès et le partage des meilleures pratiques cliniques;
- la gestion de l'information dans un but d'évaluation des résultats cliniques et organisationnels.

aqesss
ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX

www.aqesss.qc.ca