

# Évaluation de la mise en œuvre d'un programme de prévention et d'intervention interdisciplinaire intégré sur le risque cardiométabolique en 1<sup>re</sup> ligne à Montréal

## SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Sylvie Provost, Raynald Pineault, Pierre Tousignant, Dominique Grimard

La gestion des maladies chroniques nécessite une intégration des services destinés aux personnes qui en sont atteintes. Parmi les modèles de gestion des soins développés pour améliorer la prise en charge, le *Chronic Care Model* (CCM) est le plus utilisé. En 2011, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a mis en œuvre, en collaboration avec les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), un programme de gestion du risque cardiométabolique en 1<sup>re</sup> ligne pour les patients atteints de diabète ou d'hypertension (HTA). Ce programme, inspiré du CCM, vise la modification des habitudes de vie, le contrôle de la maladie, la prévention des complications et le soutien à l'autogestion.

L'implantation du programme sur le risque cardiométabolique a fait l'objet d'une évaluation menée par une équipe de recherche de la Direction régionale de santé publique. Les objectifs étaient : 1) d'apprécier le degré de mise en œuvre du programme dans les territoires de CSSS participants et d'identifier les facteurs contextuels pouvant l'expliquer; 2) de documenter les effets du programme sur les patients inscrits et l'appréciation des médecins participants au regard du programme; 3) d'établir la relation entre les effets observés et le degré de mise en œuvre du programme; 4) d'apprécier l'impact de la mise en œuvre du programme sur la consolidation des réseaux locaux de services (RLS). Six des 12 CSSS de Montréal ont participé à cette évaluation.

Ce feuillet résume les principaux résultats de l'évaluation. Il s'inscrit en continuité avec la synthèse des résultats préliminaires publiée en juin 2014

([http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_assmpublications/Resultats\\_preliminaires\\_resume\\_RisquesCardiometaboliques.pdf](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/Resultats_preliminaires_resume_RisquesCardiometaboliques.pdf)).

## RAPPEL DES GRANDES LIGNES DU PROGRAMME

Dans chaque CSSS, le programme sur le risque cardiométabolique mis en œuvre à Montréal prévoit :

- un centre de formation offrant aux patients, en complémentarité avec le suivi du médecin de 1<sup>re</sup> ligne, des interventions orientées vers la connaissance, la motivation, l'autonomisation et la modification des habitudes de vie, réalisées généralement sur une période de 2 ans par une équipe interdisciplinaire (Tableau 1). Le programme inclut des rencontres de suivi individuel avec une infirmière et avec une nutritionniste, ainsi que des rencontres de groupe avec l'équipe interdisciplinaire (infirmière, nutritionniste, kinésologue, pharmacien et intervenant social);
- un soutien aux médecins de 1<sup>re</sup> ligne (activités d'éducation médicale continue, résumé des lignes directrices, information écrite pour les patients, outils de référence au programme);
- l'établissement de liens avec les spécialistes et entre les partenaires du réseau local;
- la mise en place de mécanismes de coordination des soins, notamment à l'aide de l'implantation d'un registre régional informatisé des maladies chroniques pour faciliter la circulation de l'information clinique.

Tableau 1 - Séquence des interventions cliniques du programme

|                            |                           | Visite 1 | Visite 2<br>1 mois | Visite 3<br>2 mois | Visite 4<br>3 mois | Visite 5<br>4 mois | Visite 6<br>6 mois | Visite 7<br>12 mois | Visite 8<br>15 mois | Visite 9<br>18 mois | Visite 10<br>24 mois |
|----------------------------|---------------------------|----------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| Rencontres individuelles   | Nutritionniste            | x        |                    |                    | x                  |                    | x                  | x                   |                     | x                   | x                    |
|                            | Infirmière                | x        |                    |                    |                    |                    | Si HTA             | x                   |                     |                     | x                    |
| Rencontres de groupe       | Équipe interdisciplinaire |          | x                  | x                  |                    | x                  |                    |                     | x                   |                     |                      |
| Évaluation des indicateurs | Habitudes de vie          | x        | x                  |                    | x                  | x                  | x                  | x                   | x                   | x                   | x                    |
|                            | Tension artérielle (TA)   | x        |                    |                    |                    |                    | Si HTA             | x                   |                     |                     | x                    |
|                            | Bilan sanguin (HbA1c,...) | x        |                    |                    | x                  |                    | x                  | x                   |                     | x                   | x                    |

## L'ÉVALUATION DU PROGRAMME : MÉTHODES

Une analyse d'implantation du programme a été réalisée à l'aide d'une stratégie de recherche qualitative (entrevues semi-dirigées, collecte de documents officiels, questionnaires aux gestionnaires, intervenants et informateurs-clés du RLS).

Une approche quantitative, apparentée à un devis quasi-expérimental «avant-après», a permis d'analyser les effets du programme chez les patients, à l'aide :

- d'un questionnaire à leur entrée dans le programme (T0), puis à 12 et 24 mois de suivi, pour documenter leurs caractéristiques sociodémographiques et de santé, leur utilisation des services, l'autogestion de leur maladie, le PACIC «Patient Assessment of Chronic Illness Care» et l'impact de la maladie sur la qualité de vie;
- de données cliniques (habitudes de vie, HbA1c, TA, ...) extraites du registre informatisé des maladies chroniques.

Un questionnaire postal a été administré aux médecins de 1<sup>re</sup> ligne pour documenter leur appréciation du programme, un an après l'inscription d'un 1<sup>er</sup> patient.

## SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

### Principaux résultats de l'analyse d'implantation

L'évaluation a démontré que l'implantation du processus clinique du programme a été réalisée en conformité avec le modèle prévu régionalement et que le degré d'implantation du programme s'est avéré relativement similaire d'un CSSS à l'autre. Le soutien et les incitatifs offerts par l'Agence durant l'implantation pour assurer l'harmonisation régionale ont eu une influence déterminante. Toutefois, la complexité entourant l'implantation des changements proposés, notamment les changements de pratique, les contraintes imposées par le financement et les obstacles liés à la mobilisation des médecins de 1<sup>re</sup> ligne et au réseautage ont ralenti l'implantation au regard de la couverture du programme et du développement de partenariats.

### Résultats chez les patients

Au total, 1689 patients ont participé à l'évaluation (taux de participation 60 %). Plus de la moitié étaient des femmes; l'âge moyen était de 57,6 ans et 25 % avaient un diplôme universitaire (Tableau 2). Les trois quarts souffraient à la fois de diabète (ou prédiabète) et d'HTA; 65 % avaient un indice de masse corporelle (IMC) de 30 ou plus à leur entrée dans le programme et 68 % avaient au moins une autre maladie chronique.

La proportion des patients ayant atteint certaines des cibles cliniques visées à leur entrée dans le programme (T0) est présentée dans le Tableau 3. Parmi les patients pour lesquels des données pour tous ces indicateurs étaient disponibles à T0 (n=1374), moins de 1 % avaient atteint toutes ces cibles à leur entrée dans le programme.

| Tableau 2 - Caractéristiques des patients participant à l'évaluation (n=1689)             | %     |
|---|-------|
| Femmes  | 55,3  |
| ≥ 65 ans  | 28,8  |
| Français parlé à la maison  | 79,7  |
| Diplôme universitaire   | 25,3  |
| Diabète/prédiabète avec HTA   | 76,8  |
| Diagnostic de diabète/prédiabète < 1 an   | 44,9* |
| Diagnostic de HTA < 1 an  | 17,0* |
| Au moins une comorbidité (MCV, asthme/MPOC, arthrite/arthrose, problème de santé mentale) | 67,8  |
| IMC ≥ 30  | 64,7  |
| Suivis en GMF, CR, GMF-CR, CLSC ou UMF  | 73,6  |

\*Plus de 35 % de données manquantes pour ces variables

| Tableau 3 - Proportion des patients pour lesquels certaines cibles cliniques étaient atteintes à T0 (n=1689)   | %    |
|--|------|
| HbA1c ≤ 7 % (chez les patients diab./prédiab.)   | 63,6 |
| TA < 140/90 (< 130/80 chez les diab./prédiab.)   | 41,5 |
| IMC < 25   | 8,8  |
| Ratio TC/HDL-C < 4,0   | 52,6 |
| Répartition équilibrée des glucides (évaluée par la nutritionniste)  | 17,8 |
| Niveau d'activité physique 4/4 (nombre de jours/sem. avec ≥ 30 minutes d'activités physiques, pondéré par l'intensité de ces activités physiques et rapporté sur une échelle de 4) | 8,8  |

### Abandons et respect du calendrier

Environ 40 % des patients inscrits ont abandonné le programme en cours de suivi. Chez les patients ayant donné une raison d'abandon (n=284), 12 % ont dit qu'un élément du programme ne leur convenait pas; 31 % que le programme était trop exigeant, demandait trop de temps ou que l'horaire ne convenait pas; 32 % ont déclaré ne pas avoir besoin de ce type de service.

Parmi les patients ayant un suivi de 12 mois ou plus (n=992), le degré de respect du calendrier des interventions était d'environ 60 %. Les patients plus âgés, plus scolarisés et sans comorbidité étaient proportionnellement moins nombreux à abandonner et avaient un meilleur respect du calendrier. Une coordination plus importante de l'équipe interdisciplinaire avec les médecins de 1<sup>re</sup> ligne était associée à une proportion moindre d'abandons au programme et, parmi les patients ayant abandonné, à une proportion moindre d'abandons avant 3 mois de suivi.

## Évolution des indicateurs cliniques en cours de suivi

La grande majorité des patients ont, à des degrés divers, tiré des bénéfices de leur participation au programme. Ainsi, 85 % des patients pour lesquels on disposait de données sur l'amélioration en cours de suivi pour l'ensemble des 6 indicateurs présentés au Tableau 3 (n=706) présentaient une amélioration sur au moins un de ces indicateurs. Plus de la moitié (55 %) des autres patients avaient amélioré d'autres indicateurs en cours de suivi : connaissance de la maladie, comportements préventifs, perception de l'état de santé, perception de l'impact de la maladie sur la qualité de vie (et les données sur ces indicateurs étaient manquantes chez les autres patients).

À 12 mois de suivi, on observait :

- au regard de l'autogestion de la maladie, une augmentation significative de la proportion des patients déclarant avoir une bonne connaissance de leur diabète ou HTA et de son traitement, être capables de déceler les signes et symptômes de changement dans l'évolution de leur maladie et savoir quoi faire le cas échéant (Figure 1), ainsi qu'une amélioration de certains comportements préventifs (Figure 2);
- une augmentation significative de la proportion des patients ayant atteint : une répartition équilibrée des glucides (Figure 3), les cibles de contrôle de la TA (Figure 5), de l'HbA1c (Figure 6) et du bilan lipidique (ratio TC/HDL-C < 4,0), de même qu'un IMC inférieur à 30;
- une diminution significative de l'impact de la maladie sur la qualité de vie (Figure 8).

Toutefois, malgré une augmentation significative en début de suivi, la proportion des patients ayant atteint la cible d'activité physique était inchangée à 12 mois (Figure 4).

À 12 et à 24 mois de suivi, la proportion de patients déclarant avoir effectué au moins une visite à l'urgence en

lien avec le diabète ou l'HTA au cours de l'année précédente avait diminué de façon significative (Figure 7), et 60 % déclaraient que leur état de santé s'était amélioré par rapport à l'année précédente (Figure 8). On notait aussi une amélioration significative de l'évaluation des patients au regard de la prise en charge de leur maladie chronique (PACIC) (Figure 9).

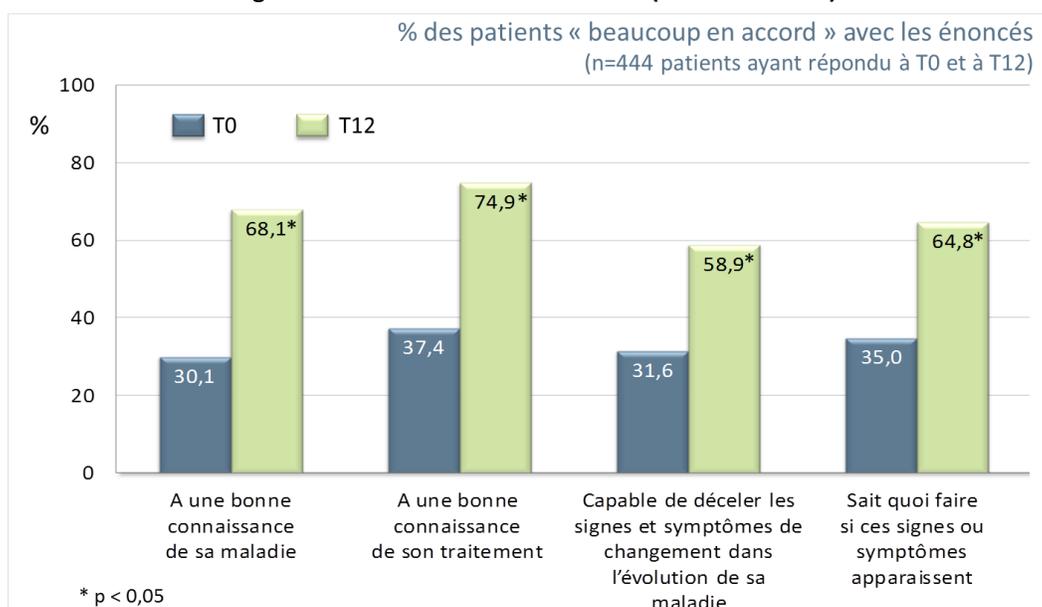
## Facteurs associés à l'amélioration des indicateurs

Être âgé de moins de 65 ans, un niveau de scolarité plus élevé, l'absence de comorbidités, ainsi qu'un IMC inférieur à 30 et une perception plus favorable de l'état de santé à T0, étaient les caractéristiques des patients les plus souvent associées à l'amélioration des indicateurs.

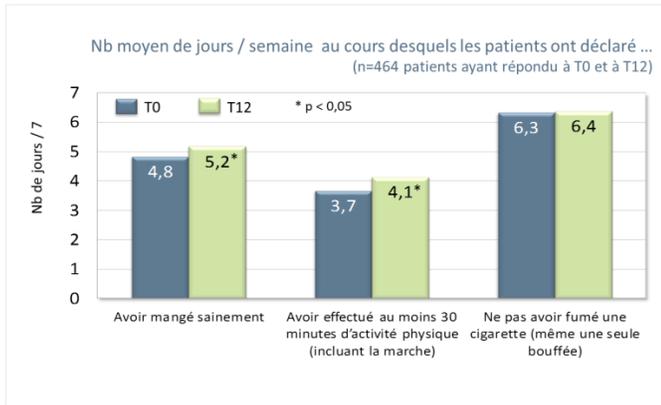
Une plus grande exposition au programme et un meilleur respect du calendrier étaient associés à de meilleurs résultats pour les habitudes de vie, la TA et la perception de l'état de santé.

Par ailleurs, bien que le degré d'implantation du processus clinique ait été similaire d'un CSSS à l'autre, certaines variations ont quand même été observées. Nos résultats indiquent que ces variations ont relativement peu influencé les résultats chez les patients. Néanmoins, une plus grande conformité du programme au modèle prévu s'est avérée associée à de meilleurs résultats pour l'atteinte des cibles de TA et de répartition des glucides, ainsi qu'à une évaluation plus favorable des patients au regard de la prise en charge de leur maladie chronique (PACIC). De plus, une coordination plus importante de l'équipe interdisciplinaire avec les médecins de 1<sup>re</sup> ligne (fréquence du retour d'information clinique, appréciation du suivi interdisciplinaire et de la coordination des soins par les intervenants) était associée à l'atteinte des cibles de répartition des glucides, d'HbA1c et de TA, ainsi qu'à une réduction de l'impact de la maladie sur la qualité de vie.

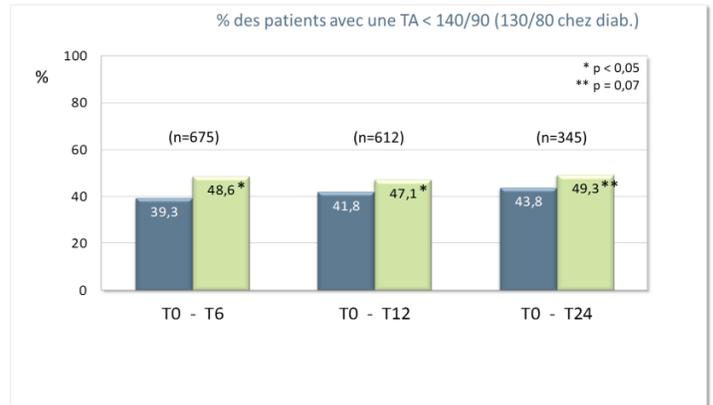
Figure 1 - Connaissance de la maladie (diabète ou HTA)



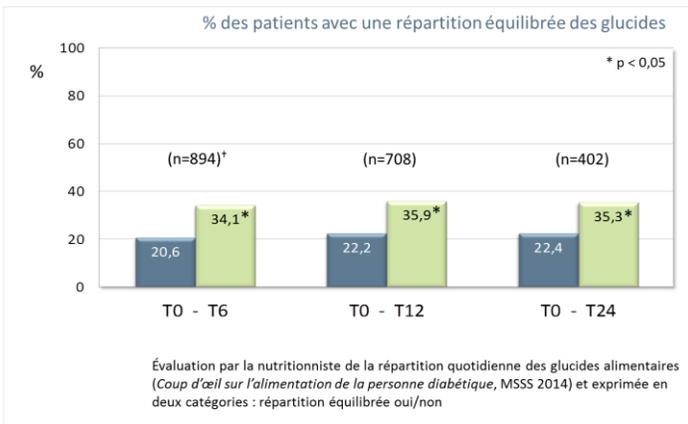
**Figure 2 - Comportements préventifs**



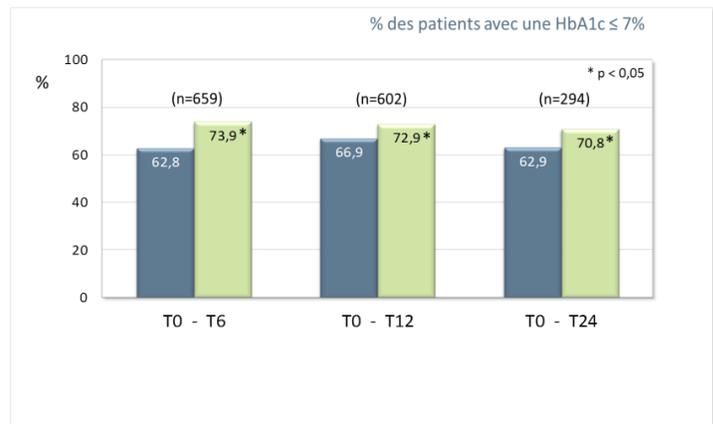
**Figure 5 - Contrôle des paramètres biologiques : TA**



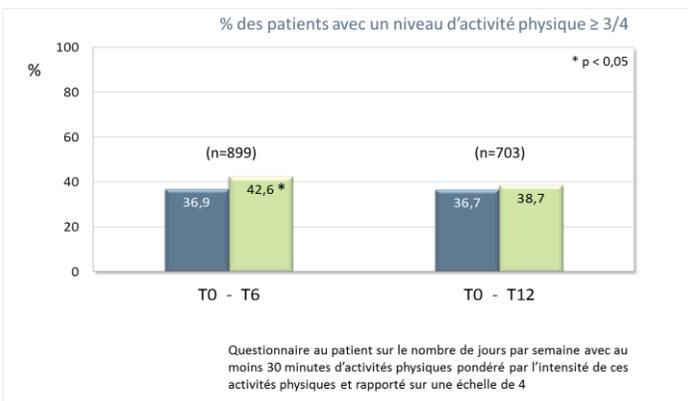
**Figure 3 - Répartition des glucides**



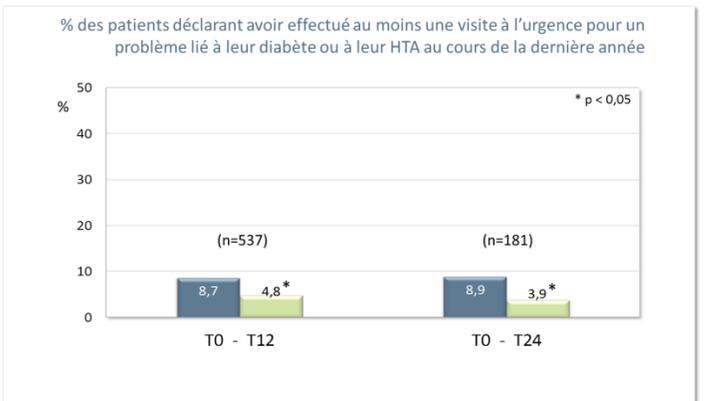
**Figure 6 - Contrôle des paramètres biologiques : HbA1c**



**Figure 4 - Niveau d'activité physique**

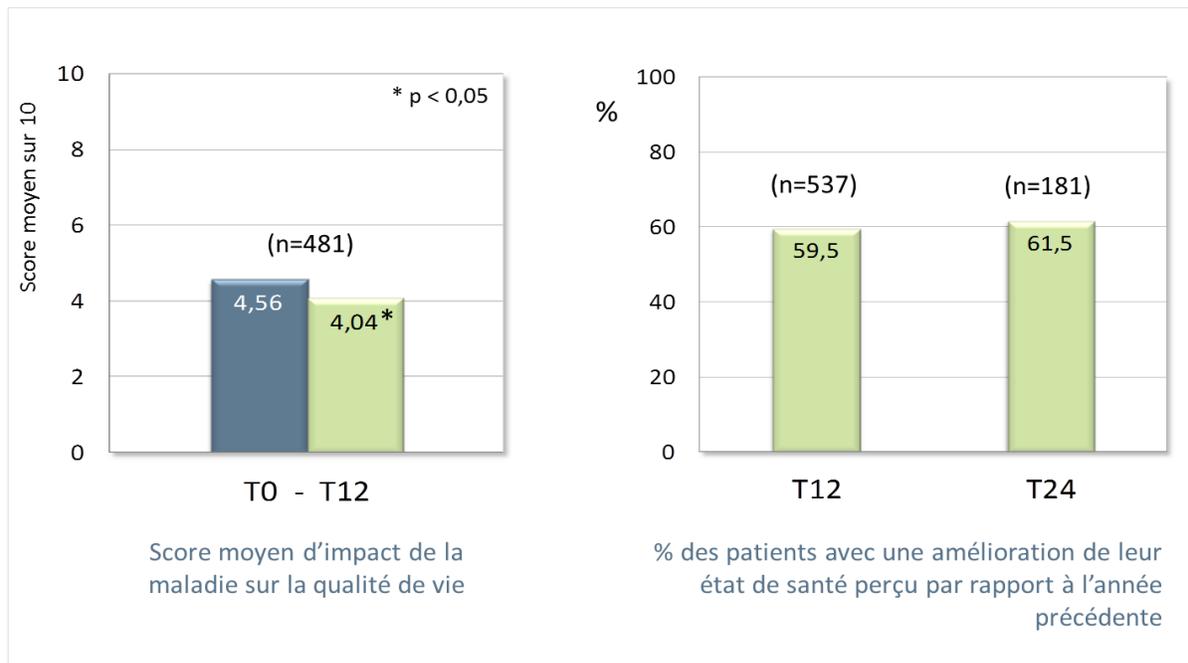


**Figure 7 - Visites à l'urgence**

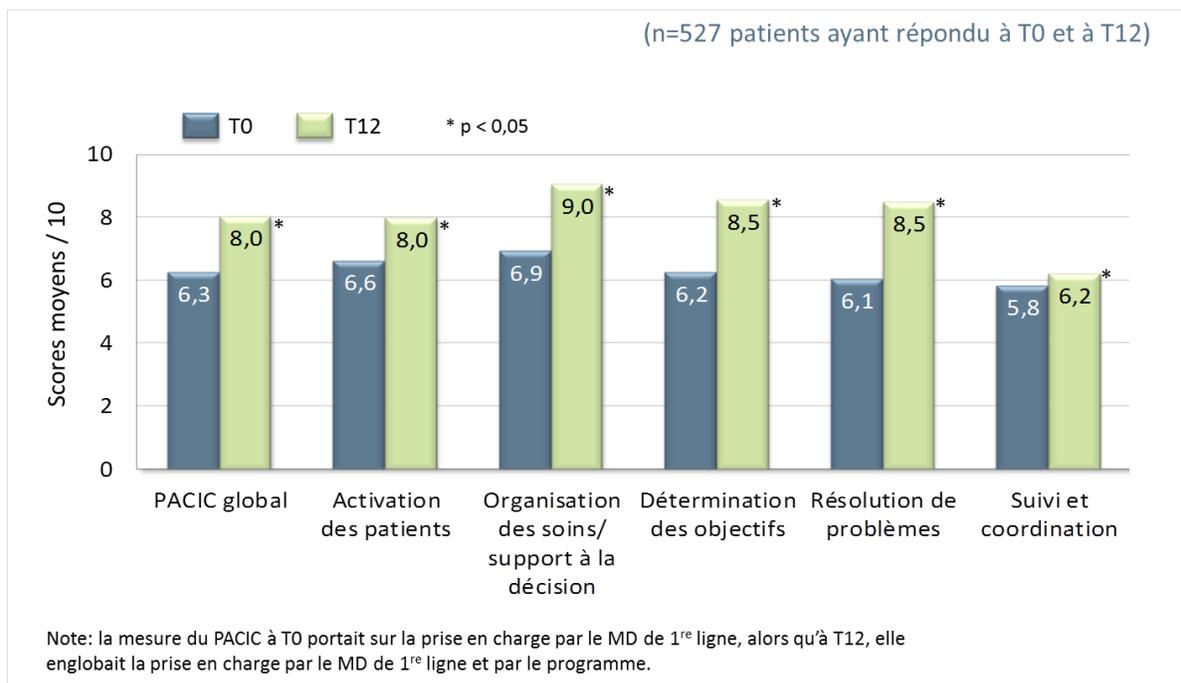


† Les « n » entre parenthèses représentent le nombre de patients pour lesquels des données sur l'indicateur présenté sont disponibles aux 2 temps d'analyse.

**Figure 8 - Impact de la maladie sur la qualité de vie et perception de l'état de santé**



**Figure 9 – Évaluation des patients au regard du suivi de leur maladie chronique (PACIC - Patient Assessment of Chronic Illness Care)**



## Résultats chez les médecins participants

Un total de 381 omnipraticiens ont participé à l'évaluation (taux de réponse 51 %). La moitié des répondants étaient des femmes et 41 % avaient plus de 30 ans d'expérience (Tableau 4). La majorité consacraient au moins la moitié de leurs activités professionnelles en clinique de 1<sup>re</sup> ligne et travaillaient en GMF, CR, GMF-CR, CLSC ou UMF.

Ils ont indiqué avoir recommandé en moyenne 13 patients au programme (médiane = 10) au cours de l'année précédente. Les médecins ont mentionné que plus d'information sur le service offert (48 %), plus de rétroaction sur les patients référés (42 %) et l'élargissement des critères d'admission (34 %) les inciteraient à référer davantage de patients au programme.

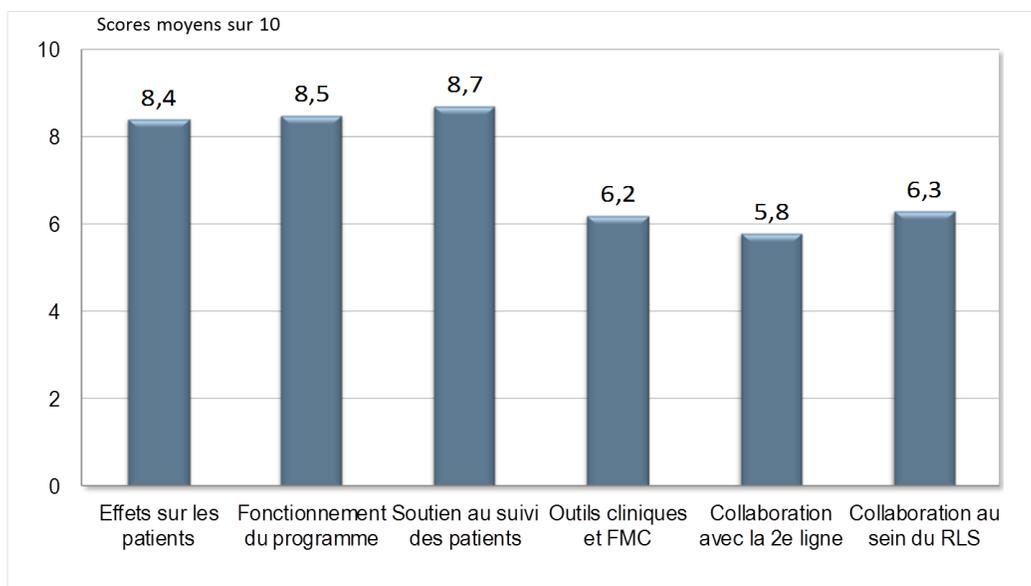
Les médecins ont déclaré que le programme était bénéfique pour leurs patients en termes d'amélioration des habitudes de vie, information et autogestion de la maladie, motivation à la contrôler, et qu'il était utile pour leur pratique en termes de soutien au suivi des patients. L'appréciation était moindre au regard de l'offre d'activités de formation continue et d'outils cliniques, et de l'impact sur la collaboration avec les services de 2<sup>e</sup> ligne et au sein du RLS. Il faut noter que le degré d'implantation de ces éléments du programme était aussi moins élevé.

La Figure 10 présente les résultats des scores d'appréciation calculés à partir des items documentant les différentes facettes de l'appréciation du programme par les médecins. Les résultats détaillés concernant ces items sont présentés dans le Tableau 5.

Un plus grand nombre de patients vus chaque semaine en clinique de 1<sup>re</sup> ligne, ainsi qu'une pratique orientée vers la prise en charge des maladies chroniques (indice de Nutting plus élevé), étaient associés au fait de référer plus de patients au programme et à une meilleure appréciation du programme (données non montrées).

| Tableau 4- Caractéristiques des médecins de 1 <sup>re</sup> ligne participant à l'évaluation (n=381) |                 |      |
|--|-----------------|------|
|  |                 | %    |
| Sexe   | Femme           | 51,1 |
| Nombre d'années d'expérience   | Moins de 10 ans | 16,3 |
|  | 10 à 19 ans     | 15,5 |
|  | 20 à 29 ans     | 26,8 |
| % des activités professionnelles en clinique de 1 <sup>re</sup> ligne                                | Plus de 30 ans  | 41,4 |
|  | < 50 %          | 15,0 |
|  | 50 à 99 %       | 47,9 |
| Nombre de patients / sem. vus en clinique de 1 <sup>re</sup> ligne                                   | 100 %           | 37,1 |
|  | < 50            | 33,3 |
|  | 50 à 99         | 37,2 |
| % patients diab./HTA vus dans une journée de rendez-vous en 1 <sup>re</sup> ligne                    | 100 ou +        | 29,5 |
|  | Moins de 20 %   | 30,5 |
|  | 20 à 29 %       | 26,1 |
| % de consultations sans rendez-vous en clinique de 1 <sup>re</sup> ligne                             | 30 % ou plus    | 43,4 |
|  | 26 % ou plus    | 29,2 |
|  | 1 à 25 %        | 51,8 |
| Indice de prise en charge des maladies chroniques (Nutting) de 6,5/10 ou +                           | 0 %             | 19,0 |
|  |                 | 31,5 |
| Type de clinique de 1 <sup>re</sup> ligne  | Groupe ou solo  | 26,6 |
|  | GMF/CR ou CR    | 31,6 |
|  | GMF             | 28,9 |
|  | CLSC/UMF        | 12,9 |

Figure 10 - Appréciation du programme par les médecins de 1<sup>re</sup> ligne participants



| Tableau 5 - Appréciation du programme (%) par les médecins participants |  | Très en accord | Partielle-ment en accord | En désaccord |
|---|--|----------------|--------------------------|--------------|
| Effets sur les patients   | La majorité des patients que vous avez référés au programme ...  |                |                          |              |
|   | ▪ ont un meilleur contrôle de leur diabète ou leur HTA   | 37,5           | 57,7                     | 4,8          |
|   | ▪ sont plus observants au regard de leur médication  | 42,3           | 52,0                     | 5,7          |
|   | ▪ sont mieux informés concernant leur maladie  | 74,9           | 23,6                     | 1,5          |
|   | ▪ sont plus motivés à contrôler leur maladie   | 49,3           | 46,5                     | 4,2          |
|   | ▪ ont amélioré leurs habitudes de vie  | 35,8           | 56,0                     | 8,2          |
|   | ▪ sont plus compétents dans l'autogestion de leur maladie  | 44,1           | 49,2                     | 6,7          |
|   | ▪ recourent moins souvent à l'urgence pour des conditions associées à leur diabète ou leur HTA                                 | 31,6           | 53,0                     | 15,4         |
|   | ▪ sont moins souvent hospitalisés pour des conditions associées à leur diabète ou leur HTA                                     | 32,2           | 49,7                     | 18,1         |
| Fonctionnement  | La plupart de vos patients diabétiques ou HTA répondent aux critères d'éligibilité du programme                                | 51,4           | 39,3                     | 9,3          |
|   | La majorité des patients que vous référez au programme sont vus dans un délai raisonnable                                      | 49,1           | 43,2                     | 7,7          |
|   | Vous recevez un retour d'information clinique sur tous les patients que vous référez au programme                              | 52,4           | 31,0                     | 16,6         |
| Soutien au suivi des patients   | Le programme sur le risque cardiométabolique mis en place par le CSSS ...  |                |                          |              |
|   | ▪ est un complément utile à votre pratique   | 60,4           | 32,7                     | 6,9          |
|   | ▪ allège votre tâche d'enseignement auprès des patients  | 61,4           | 29,7                     | 8,9          |
|   | ▪ vous permet d'assurer un meilleur suivi des patients   | 52,8           | 35,3                     | 11,9         |
| Outils cliniques et activités de FMC                                    | ▪ vous a offert des activités de développement professionnel continu utiles pour votre pratique                                | 17,1           | 32,9                     | 50,0         |
|   | ▪ vous a offert des outils cliniques (ex.: résumés de lignes directrices, documents pour les patients) utiles à votre pratique | 17,0           | 30,2                     | 52,8         |
|   | ▪ vous a permis d'améliorer vos connaissances au regard de la prise en charge des patients diab./HTA                           | 15,2           | 31,5                     | 53,3         |
|   | ▪ vous a permis d'améliorer votre connaissance des ressources disponibles pour vos patients diab. ou HTA                       | 27,6           | 41,6                     | 30,8         |
| Collaboration 2 <sup>e</sup> ligne                                      | ▪ vous permet de référer plus facilement vos patients diabétiques ou hypertendus aux spécialistes                              | 16,3           | 34,7                     | 49,0         |
|   | ▪ vous assure un meilleur retour d'information clinique de la part des spécialistes consultés                                  | 13,7           | 31,9                     | 54,4         |
|   | ▪ a permis d'établir des corridors de services avec la 2 <sup>e</sup> ligne pour d'autres types de patients (ex.: MPOC)        | 10,1           | 28,8                     | 61,1         |
| Collaboration RLS   | ▪ a augmenté les collaborations entre le CSSS, votre clinique et les autres ressources du territoire                           | 18,1           | 48,0                     | 33,9         |
|   | ▪ a suscité la création d'autres réseaux pour la gestion des maladies chroniques   | 11,5           | 36,0                     | 52,5         |
|   | ▪ a consolidé le réseautage dans le territoire   | 13,5           | 39,2                     | 47,3         |

## CONCLUSION

L'analyse d'implantation a permis de constater que le programme sur le risque cardiométabolique mis en œuvre à Montréal s'est actualisé dans les six CSSS de façon assez similaire. Le programme donne des résultats positifs chez les patients et les médecins participants lui ont accordé une appréciation très favorable. Les variations dans l'implantation du programme ont eu relativement peu d'impact sur les résultats chez les patients, bien qu'une plus grande coordination et intégration des services entre les équipes interdisciplinaires et les médecins de 1<sup>re</sup> ligne semblent se traduire par des effets bénéfiques chez les patients.

Le taux d'abandon des patients demeure néanmoins préoccupant et la participation des médecins reste encore relativement faible. Des efforts devront être consentis pour augmenter la couverture du programme et favoriser le développement des partenariats pour permettre une meilleure intégration des services destinés aux patients.

Des réflexions devront aussi être poursuivies en vue de faciliter la planification des ressources tout en permettant assez de souplesse pour répondre aux besoins spécifiques de certains patients, sans compromettre la performance du programme en termes de résultats pour les patients.

## LIMITES DE L'ÉTUDE

Le recrutement de patients plus lent que prévu, ainsi que les difficultés liées à l'implantation du registre informatisé des maladies chroniques, ont eu des impacts négatifs sur l'évaluation des résultats du programme en termes de quantité et de qualité des données disponibles. Ainsi, les effectifs particulièrement faibles à 24 mois de suivi (n=506) ont limité la portée des analyses. De même, les données manquantes et erreurs de saisie dans le registre informatisé des maladies chroniques peuvent avoir limité notre capacité à détecter des effets ou à documenter les facteurs associés à l'atteinte de meilleurs résultats.

Plusieurs données proviennent de questionnaires aux patients et aux médecins. La présence de certains biais, tels que des biais de mémoire ou de désirabilité sociale, ne peuvent être totalement exclus. Par ailleurs, bien que le taux de participation à l'évaluation du programme ait été relativement élevé tant chez les patients que chez les médecins, nos données ne nous permettent pas de nous assurer hors de tout doute de la représentativité des participants. Notons toutefois que les données disponibles indiquent que les patients participant à l'évaluation ne différaient pas de manière statistiquement significative des autres participants au programme au regard de l'âge et du sexe. En ce qui concerne les médecins, on ne notait pas de différence significative au regard du nombre d'années d'expérience et du type de clinique de 1<sup>re</sup> ligne entre les médecins répondants et les autres médecins ayant des patients inscrits au programme. Par rapport à l'ensemble des patients et des médecins des territoires de CSSS participants, on observe cependant une proportion plus importante de patients et de médecins de GMF, CR, GMF-CR, CLSC ou UMF. Ceci s'explique par le fait que la promotion du programme a d'abord été effectuée principalement auprès des médecins travaillant dans ces types d'organisations de 1<sup>re</sup> ligne.

Enfin, le faible nombre de milieux cliniques étudiés et le peu de variations constatées dans l'implantation du programme entre ces milieux a limité notre capacité à documenter l'impact des variations dans l'implantation des divers aspects du programme sur les résultats de santé chez les patients. L'une des limites de l'analyse d'implantation est qu'elle repose en très grande partie sur la perception des acteurs impliqués.

Malgré ces limites, les effectifs de patients satisfaisants au cours de la première année de suivi, les analyses longitudinales utilisant des mesures répétées pour les différents indicateurs, l'utilisation de différentes sources de données et de nombreux indicateurs pour documenter les effets chez les patients et l'utilisation d'un devis mixte alliant analyse qualitative de l'implantation et analyse quantitative des résultats chez les patients nous ont permis de dégager des résultats intéressants et constituent des forces de cette étude. La coproduction de cette étude avec les décideurs de la région a permis d'enrichir l'interprétation des résultats en fournissant un portrait plus juste du contexte d'implantation. L'analyse d'implantation a également bénéficié de plusieurs temps de collecte et de plusieurs sources de données qui ont permis d'observer l'implantation et son évolution sur une période de plus de trois ans.

### Auteurs

Sylvie Provost<sup>1,2,3</sup>, Raynald Pineault<sup>1,2,3,4</sup>, Pierre Tousignant<sup>1,2,3,5</sup>, Dominique Grimard<sup>1</sup>

### Chercheurs principaux

Pierre Tousignant, Sylvie Provost, Raynald Pineault

### Équipe de recherche

Dominique Grimard<sup>1</sup>, José Pérez<sup>1,2</sup>, Michel Fournier<sup>1</sup>, Yves Lévesque<sup>1</sup>, Russell Simco<sup>1</sup>, Evelyne Dubois<sup>1</sup>, Brigitte Simard<sup>1</sup>

### Cochercheurs et partenaires

Christiane Barbeau<sup>6</sup>, André Bélanger<sup>6</sup>, Roxane Borgès Da Silva<sup>3,7</sup>, Natalie Cliche<sup>8</sup>, Johanne Desforges<sup>9,10</sup>, Mylène Drouin<sup>1</sup>, Debbie Feldman<sup>11</sup>, Pierre Larochelle<sup>12</sup>, Nicole Leduc<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; <sup>2</sup>Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal; <sup>3</sup>Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal; <sup>4</sup>Institut national de santé publique du Québec; <sup>5</sup>Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University; <sup>6</sup>Ministère de la Santé et des Services sociaux; <sup>7</sup>Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal; <sup>8</sup>Vigi Santé; <sup>9</sup>CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; <sup>10</sup>Groupe de médecine de famille et Unité de médecine familiale de Verdun; <sup>11</sup>Université de Montréal; <sup>12</sup>Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM)

### Organismes subventionnaires

Programme PASS, Instituts de recherche en santé du Canada  
Fonds Pfizer-FRQS-MSSS pour les maladies chroniques

Le projet a reçu une approbation de conformité éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

© Gouvernement du Québec (2016)

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'Île-de-Montréal

Québec 

Direction régionale de santé publique