

Projets cliniques

Partenaires pour la santé et le mieux-être de notre population

Volume 3, numéro 4 Dernière parution

Mai 2008

Voir le site www.agenceestrie.qc.ca/agence/ pour consulter les feuillets antérieurs

Prévention et gestion des maladies chroniques

Le programme-service Santé physique voit ses travaux se compléter par le volet des maladies chroniques. Cette catégorie de services est connue pour les améliorations que notre réseau de la santé et des services sociaux doit y apporter.

Voici quelques éléments ciblés :

- Diagnostic plus hâtif ;
- Suivi capable de prévenir les détériorations prévisibles de l'état de santé ;
- Adaptation et inclusion de pratiques probantes ;
- Ouverture et partage des plans d'intervention avec les professionnels concernés ;
- Stratégie efficace de prévention à implanter ;
- Orientation de la promotion de la santé à adapter localement ;
- Implication de la personne et de ses proches dans la prise en charge de sa santé et du traitement qui l'accompagne.

Le volet des maladies chroniques pose tout un défi : le nombre de personnes malades est en augmentation constante et la pratique de soins et services tend à se « surspécialiser » : il faut renverser la vapeur en se dotant régionalement d'une démarche qui consistera à :

- 1) Mieux soutenir les gens malades (meilleure accessibilité) ;
- 2) Ajuster l'offre de service des milieux cliniques (meilleure continuité) ;
- 3) Favoriser l'implication des communautés de base (meilleure qualité).

Parions que l'ajustement de l'offre de service en « Prévention et gestion des maladies chroniques » aura des retombées sur l'ensemble de l'offre de service du réseau public, car il met au centre de ses préoccupations l'utilisateur de services et favorise l'engagement des communautés locales.

Les textes qui suivent énoncent déjà des pistes d'action bien prometteuses.

Bonne lecture !

Pierre Richard
Chargé de projet régional

Au CHUS : de l'intention à l'action

La transformation du réseau des soins de santé représente un défi de taille pour tous les acteurs concernés et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) n'y fait pas exception. Le projet clinique a confirmé l'importance du partenariat entre le CHUS et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) puisque nous partageons un objectif d'améliorer la santé de la population.

Cette collaboration permet de fournir un ensemble coordonné de services à la population des CSSS de Sherbrooke, de Coaticook, du Val-Saint-François et du Haut-Saint-François, en tant qu'hôpital local de ces

territoires et en tant qu'hôpital régional pour l'ensemble des territoires de l'Estrie. Coordonner nos services en réponse aux divers besoins de ces populations exige d'avoir une vision commune d'organisation des services dans un esprit de collaboration et de confiance. En adoptant un fonctionnement en réseau, nous pouvons mieux assumer notre mandat en privilégiant la continuité du service, donc une fluidité dans le cheminement du patient.

Cette collaboration permet d'offrir une gamme élargie de services où chaque partenaire a un rôle important à jouer, par exemple, au niveau du suivi pour les patients atteints de diabète ainsi qu'en réadaptation cardiaque. D'ailleurs, les travaux actuels portant sur l'organisation des services pour les patients atteints de maladies chroniques témoignent bien de l'importance des liens à établir entre les partenaires, notamment les spécialistes et les médecins de famille, pour assurer un meilleur suivi de la clientèle.

L'équipe de direction et les divers intervenants du CHUS ont réussi à faire du projet clinique un projet porteur visant à améliorer la prestation de services à la population. Voici des exemples d'actions communes dont certaines ont déjà des effets concrets:

- une prise en charge plus rapide et un suivi plus systématique des patients qu'avant ;
- une diminution des délais d'attente pour la consultation des médecins spécialistes;

- une meilleure accessibilité aux soins et aux services près du milieu de vie;
- une prise en charge mieux adaptée aux besoins du patient, ce qui diminue le recours aux services d'urgence et à l'hospitalisation, entre autres.

Les travaux relatifs au projet clinique nous rappellent à quel point il faut passer à l'action et mettre en œuvre des solutions cliniques concrètes pour les patients. Je suis très confiante que nous pourrons, ensemble, atteindre nos objectifs et concrétiser notre vision collective tout en ayant le souci d'intégrer les ressources informationnelles, technologiques, humaines et financières nécessaires.



Mme Patricia Gauthier
Directrice générale du CHUS

Et le suivi des projets cliniques?

Maintenant que l'importante étape d'élaboration des projets cliniques se complète partout dans la région sur des notes d'engagements partagés, notre prochain défi sera sans doute le suivi à assurer à ces engagements au cours des prochaines années.

Dans la MRC de Memphrémagog, déjà nous sommes à l'heure des bilans avec les partenaires du réseau local de services. Un premier fut réalisé en novembre 2007 pour le projet clinique du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement. Deux autres bilans se réaliseront au cours de l'automne 2008, soit ceux portant sur les programmes-services de Services généraux et Santé physique : volet Cancer et soins palliatifs.

Dans cette perspective et afin de soutenir la coordination de l'actualisation du projet clinique pour l'ensemble de ces programmes au sein du réseau local de services (RLS), une première version d'un tableau de bord du RLS a été conçue.

Il présente notamment la date d'adoption des projets cliniques pour chacun des programmes-services et les cibles prioritaires retenues. Suite aux rencontres de bilan, sont ajoutés au tableau de bord les résultats afférents aux cibles

priorisées pour l'année écoulée de même que les actions concertées menées au-delà des priorités retenues ainsi que les objectifs choisis par les partenaires pour la prochaine année.

Cet outil de suivi des projets cliniques se veut utile non seulement pour les équipes internes, les gestionnaires et le conseil d'administration du CSSS de Memphrémagog mais aussi pour les partenaires du RLS. Ainsi, pourront-ils, tout au long des prochaines années, suivre non plus chacun des projets cliniques mais le projet clinique global du réseau local de services et apprécier le chemin parcouru avec la concertation qui l'anime.

Bonne route à tous les réseaux locaux de l'Estrie!



Monique Corbeil, directrice générale
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Programme-service maladies chroniques

Dans le long processus des programmes /services, un des derniers à être abordés fut celui des maladies chroniques. À titre de médecins en première ligne faisant de la prise en charge, nous attendions avec fébrilité ce programme car une partie importante de notre pratique est le suivi de patients porteurs de maladies chroniques.

Nous avons été quelques braves à avoir cheminé tout au long du processus des programmes toujours disponibles à alimenter nos gestionnaires de notre expérience sur le terrain.

Les limites temporelles d'application des programmes étant à moyen terme, quelques années, nous ne pouvions aborder l'ensemble des maladies chroniques ou même plusieurs d'entre elles. Nous avons donc recommandé d'appliquer l'approche par programme à 3 problématiques plus particulières à savoir, maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires obstructives chroniques et diabète en tenant compte d'un certain nombre de facteurs, entre autres, :

- la prévalence de ces problèmes;
- l'existence de méthodes d'intervention efficaces;
- des indicateurs d'évaluation d'efficacité reconnus;
- la nécessité de l'approche concertée d'équipe incluant un volet d'approche plus communautaire

Tout ceci, dans une approche modulée selon le degré actuel de développement de ces programmes. Ainsi pour le programme maladie cardiovasculaire, on visera surtout le maintien des activités déjà existantes. Pour le programme MPOC, il est à prévoir l'élargissement du programme aux clientèles moins atteintes et de développer le volet réadaptation. Pour le programme diabète, la mise sur pied progressive d'une approche concertée au niveau local sur la prise en charge de ce problème incluant évidemment le volet réadaptation et le volet prévention.

Évidemment, à un niveau local, le partage des compétences et des interventions se fera de façon transversale entre ces sous-programmes afin d'avoir la masse critique pour bénéficier des intervenants plus spécialisés.

Nous espérons ne pas négliger l'évaluation de l'application de ces approches à être prévue vers la fin du cycle de ces programmes dans environ 4 ans.

Avec la conclusion de la planification des programmes-services, nous entrons dans une phase plus active celle que, à titre d'intervenant sur le terrain, nous attendons avec une certaine impatience.

Au plaisir de s'en reparler dans 4 ans.

Robert Cloutier, m.d.
Médecin participant

Les travaux sherbrookoïses sur les maladies chroniques

Par Céline Bureau, CSSS-IUGS et Gaétan Godbout, CHUS

À Sherbrooke, deux groupes de travail ont été mis sur pied pour élaborer le volet Maladies chroniques du projet clinique.

Le premier groupe porte sur l'aspect des saines habitudes de vie. Il permet des échanges entre les intervenants du CSSS-IUGS qui sont impliqués dans divers domaines (ex. : École en santé, interventions en promotion et prévention), de Kino-Québec et de Sherbrooke Ville en santé.

Le second groupe s'intéresse aux services aux personnes qui ont une maladie chronique. Il est composé d'intervenants et gestionnaires du CSSS-IUGS impliqués dans les continuums des maladies prioritaires régionalement (diabète, maladies cardio-vasculaires et MPOC) et de la directrice des services professionnels et du partenariat médical. En raison des liens importants avec le CHUS, l'adjoint au partenariat clinique s'est joint au groupe.

Plusieurs idées d'amélioration émergent.

Tout d'abord, se doter d'un mécanisme de concertation de niveau stratégique et administratif afin d'optimiser les interventions en promotion/prévention.

En deuxième lieu, élaborer un programme opérationnel (le comment-faire) qui intègre les interventions visant les trois maladies chroniques ciblées et qui permet d'identifier un tronc commun de services / approches / activités / outils puis des éléments plus spécifiques à chaque maladie. Les travaux coordonnés par le CHUS à propos du diabète

ainsi que les cadres de référence régionaux déjà disponibles servent de trame de base.

Troisièmement, mieux cerner les responsabilités du CSSS-IUGS comme « clinique d'insuffisance cardiaque sans urgence ».

Enfin, améliorer les liens avec les médecins de famille.

Céline Bureau
Chargé de projet local

Le diabète en Estrie

En 2003-2004, la prévalence du diabète atteignait 5,2 % de la population de l'Estrie, ce qui correspond à une augmentation de 18 % depuis 1999-2000. Ces personnes diabétiques, dont 50 % sont âgées de plus de 65 ans, sont de grands utilisateurs des services de santé, tant au niveau des services ambulatoires que des services institutionnels. Tel que mentionné dans les lignes directrices canadiennes sur le traitement du diabète : « Le succès du traitement du diabète dépend des efforts quotidiens que fait la personne diabétique pour prendre en charge son état en créant un équilibre entre son mode de vie et ses médicaments. Les soins diabétologiques doivent être prodigués par une équipe multidisciplinaires et interdisciplinaire pouvant établir et entretenir un réseau de communication entre la personne diabétique et les systèmes de soins de santé et communautaires pertinents ».

Jusqu'à ce jour, les équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires œuvrant auprès des personnes diabétiques étaient extrêmement limitées et relativement difficiles d'accès en Estrie. Dans le cadre du projet clinique « Prévention et gestion des maladies chroniques » seront maintenant accessibles à la population de l'Estrie, un ensemble de services assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes diabétiques dans tous les CSSS de la région. La mise sur pied d'un réseau de services en diabétologie permettra enfin d'améliorer l'accessibilité mais soulève plusieurs défis et problématiques. Entre autres, les problèmes à éviter qu'il faut se rappeler, le manque de continuité et de coordination entre les services, le cloisonnement, la duplication et la multiplication des réseaux. Le défi majeur est de mettre sur pied un seul réseau axé sur la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des ententes et corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence mais, aussi, la planification du retour de la personne dans son milieu de vie. Le médecin traitant doit conserver la responsabilité de son patient et en assumer la prise en charge. Il doit être rapidement informé des interventions faites et à venir pour ses patients.

Le diabète est une maladie chronique pour laquelle une approche globale et intégrée est nécessaire, et ce, en vue de réduire les complications associées au diabète. Afin de prévenir ces complications, les intervenants doivent travailler sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires qui préviennent aussi les atteintes microvasculaires. Alors, comme ces habitudes néfastes pour la santé se retrouvent tout autant dans le programme des maladies cardio-vasculaires, il est opportun de penser que certaines activités d'un programme telles que la promotion et la pratique de l'activité physique, les séances sur la cessation tabagique, la gestion du stress peuvent être intégrées avec le programme de diabète. Il est aussi important d'agir non seulement sur les individus atteints de diabète mais aussi sur ceux présentant un risque élevé de développer la maladie, soit les personnes atteintes d'une anomalie de la glycémie à jeun ou d'une intolérance au glucose et d'assurer le dépistage dans les populations à risque.

Finalement, il apparaît rapidement, que le projet diabète doit s'intégrer dans un projet global de prévention et traitement des maladies chroniques. Les enjeux sont donc :

- de former un réseau intégré de services;
- de former une équipe interdisciplinaire pour la clientèle atteinte de maladies chroniques;
- d'avoir un intervenant qui aura un rôle pivot selon l'approche globale de la personne;
- d'utiliser, dans la mesure du possible, des outils communs pour l'ensemble de la clientèle atteinte de maladies chroniques;
- de favoriser la continuité et la coordination des soins et services entre les différents acteurs du réseau local et régional;
- de développer des liens efficaces avec les médecins traitants, les GMF et les pharmacies communautaires;
- d'être en lien avec les services spécialisés du territoire lorsque requis.

Ghislaine Houde, MD, FRCPC
Professeure agrégée de médecine
Directrice du Centre de jour du diabète de l'Estrie
Service d'endocrinologie
Université de Sherbrooke, CHUS