

Synthèse des résultats préliminaires

Juin 2014

En partenariat avec les CSSS de la région, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal coordonne la mise en œuvre d'un programme de prévention et d'intervention interdisciplinaire intégré sur le risque cardiométabolique. L'intervention s'inspire du *Chronic Care Model*, dans le contexte de la création de réseaux intégrés de services, et s'adresse aux patients atteints de diabète ou d'hypertension. Dans chaque CSSS, le programme prévoit : un centre d'enseignement offrant aux patients, en complémentarité avec le suivi assuré par le médecin de 1^{re} ligne, une séquence d'interventions cliniques spécifiques réalisée sur 2 ou 3 ans par une équipe interdisciplinaire; un soutien aux médecins de 1^{re} ligne et aux intervenants; l'établissement de liens entre les partenaires du réseau local et la mise en place de mécanismes assurant la gouvernance et la coordination des soins.

L'Agence de Montréal a sollicité la collaboration de l'Équipe santé des populations et services de santé de la Direction de santé publique pour évaluer l'implantation du programme dans 6 des 12 CSSS de Montréal (figure 2). Les objectifs sont les suivants : 1-apprécier le degré d'implantation du programme dans chacun des territoires de CSSS participants et identifier les facteurs pouvant l'expliquer; 2-évaluer les effets du programme sur les patients inscrits¹ et sur la pratique des médecins participants, selon les milieux d'implantation; 3-établir la relation entre les effets observés et le degré d'implantation du programme; et 4-apprécier l'impact de l'implantation du programme sur la consolidation des réseaux locaux de services. Les résultats préliminaires résumés dans les deux premières sections du document ont été présentés le 7 avril 2014 au comité consultatif du projet qui réunissait, à la Direction de santé publique, les directeurs, gestionnaires et intervenants représentant les CSSS participants et l'équipe de l'Agence de Montréal. Les résultats présentés portent sur les deux premiers objectifs de l'évaluation. La section 3 présente les étapes à venir.

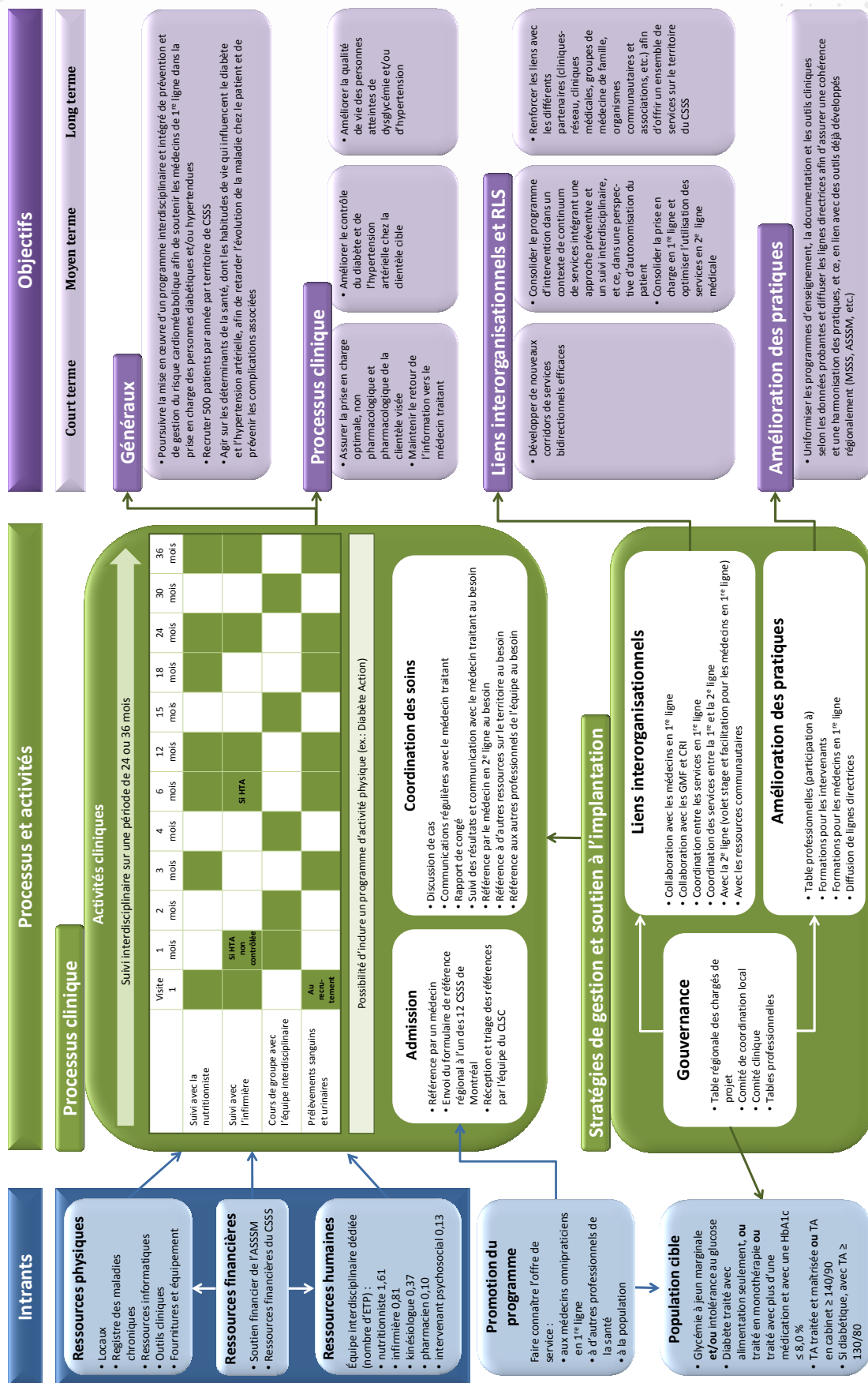
1. Analyse d'implantation du programme

L'analyse d'implantation est réalisée à l'aide d'une stratégie de recherche qualitative. Cette stratégie permet de répondre aux questions suivantes. Quel est le degré d'implantation du programme dans chaque CSSS (en termes de ressources investies et d'activités de promotion réalisées, d'intégralité des composantes du programme et de réalisation des objectifs)? Quels sont les facteurs qui influencent l'implantation du programme? Dans quelle mesure la pérennité du programme est-elle assurée?

La collecte de données (réalisée en mars 2011, puis 20 et 40 mois après) repose sur des entrevues semi-dirigées et des questionnaires aux gestionnaires et aux intervenants dans chaque CSSS. L'analyse est basée sur une étude de cas multiples, où chacun des CSSS représente un cas. Une analyse transversale comparant les CSSS entre eux permet de dégager les principaux constats. Les résultats préliminaires présentés ici sont issus de la collecte de données du T20 (novembre 2012) et des données sur l'inscription des patients provenant du Registre des maladies chroniques (du 1^{er} mars 2011 au 28 février 2014). La modélisation du programme sur laquelle l'analyse d'implantation est basée est présentée à la figure 1.

¹ Dans ce document, « patients inscrits » fait référence aux patients ayant été inscrits ET ayant effectué leur première visite dans le cadre du programme.

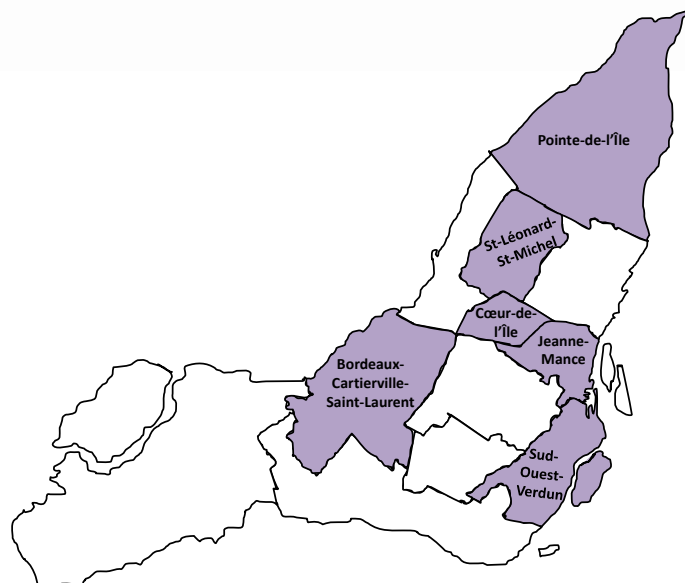
Figure 1 - Modélisation du réseau intégré de prévention et de gestion du risque cardiométabolique en 1^{re} ligne



1.1 Degré d'implantation au T20

Processus clinique - Le processus clinique du programme a été implanté tel que prévu dans tous les CSSS. Seules des différences mineures avec le modèle régional ont été identifiées dans chaque CSSS.

Figure 2 : CSSS participant à l'évaluation



L'objectif d'uniformisation et d'harmonisation des pratiques à travers la région est donc en bonne voie d'être réalisé. Toutefois, bien qu'il soit implanté dans sa forme prévue, le programme l'est moins dans son intensité. De plus, si le processus clinique a été implanté tel que prévu, sur le terrain on souhaite y apporter certaines modifications. Les changements souhaités et les insatisfactions rapportées tournent principalement autour des éléments suivants : s'éloigner de l'exposé magistral, réduire l'information à transmettre, réduire la longueur du processus, centrer le suivi sur les patients (et non sur les indicateurs), mettre de l'avant la kinésiologie et l'activité physique, réduire l'emphase sur le suivi en nutrition, ajuster le processus pour refléter les suivis par l'infirmière et mettre l'accent sur le soin des pieds. Par ailleurs, on rapporte aussi que le changement de pratiques découlant de l'implantation du programme reste difficile.

Ressources - Les ressources investies dans le programme proviennent de l'Agence et des CSSS et une partie de ces ressources doit être consolidée localement. Globalement, l'ensemble des responsables considère que les ressources financières, humaines et parfois même physiques, sont insuffisantes pour pouvoir implanter le programme complètement. Seulement la moitié des CSSS avaient, en novembre 2012, les ETP estimés nécessaires pour admettre et suivre 500 patients par année (soit la cible de recrutement visée).

Autres composantes - On retrouve de la variabilité dans la réalisation des autres processus et activités composant le programme. La promotion (comme intrant du programme) est demeurée limitée à plusieurs endroits. Les mécanismes de gouvernance n'ont pas tous été implantés et ne sont pas plus utilisés partout avec la même intensité. De plus, on remet en question l'utilité du comité de coordination local et le nombre de rencontres régionales entre cadres. Différents corridors de services et ententes ont été établis ou consolidés, mais se limitent à la 1^{re} et à la 2^e ligne, aux CES/CAT et au GACO. Enfin, les actions locales concernant la formation continue des intervenants et des médecins et le soutien à la pratique de façon générale sont variables. Dans la majorité des CSSS, on retrouve un faible degré de satisfaction concernant l'harmonisation du programme, la formation continue et les tables régionales professionnelles.

En bref

- Implantation du processus clinique tel que prévu
- Certaines insatisfactions et changements souhaités
- Changement de pratiques difficile
- Insuffisance des ressources
- Variabilité dans la réalisation des autres composantes

Couverture - À ce stade-ci de l'implantation, l'atteinte des objectifs demeure un défi, notamment, en ce qui a trait à la couverture du programme. Au départ, on estimait pouvoir admettre et suivre 500 patients par année par CSSS. Or en mars 2014, après trois ans d'opérations, un total de 2 811 patients avaient débuté le programme dans les six CSSS participant à l'évaluation, sur les 9 000 prévus. L'objectif de 500 patients par année n'a pas été atteint, et ce même dans les territoires où les ETP estimés nécessaires étaient en place. La couverture du programme est donc faible, même si on ajoute à ce total le nombre de patients qui ont débuté le programme en GMF ou en CRI dans les territoires participants. En considérant la couverture sous l'angle de la participation des médecins, on constate que même si plusieurs médecins différents (154 en moyenne par CSSS) ont au moins un patient inscrit au programme, la majorité d'entre eux n'ont que trois patients inscrits ou moins (81,5 % en moyenne par CSSS). Enfin, plusieurs patients abandonnent le programme une fois inscrits. La proportion d'abandons est plus élevée que le 15 % prévu au départ dans la majorité des CSSS (27,1 % en moyenne).

En bref

- Faible couverture du programme
- Peu de patients inscrits par médecin
- Proportion d'abandons non négligeable

1.2 Synthèse des facteurs qui influencent l'implantation

Globalement, plusieurs facteurs expliquent l'état actuel de l'implantation du programme décrit dans la première section. Alors que certains des facteurs identifiés au départ n'ont pas joué de rôle dans certains CSSS et que d'autres ont eu une influence variable d'un territoire à l'autre, certains facteurs ont exercé une influence similaire sur l'implantation du programme dans les six CSSS participants.

1.2.1 L'appropriation du programme

L'appropriation du programme par les responsables et les intervenants des CSSS comprend un ensemble de facteurs qui peuvent influencer le cours de l'implantation.

Croyances et connaissances / adaptabilité— À ce stade-ci de l'implantation du programme, l'expérience acquise sur le terrain avec le processus clinique incite les acteurs impliqués à souhaiter apporter plusieurs modifications. Interrogés sur la capacité et la latitude dont ils disposent, seulement la moitié des CSSS ont affirmé que c'était possible de réaliser ces changements, s'ils sont d'abord validés avec l'Agence qui est un partenaire. Dans deux CSSS, on considère que le programme ne peut être modifié même si on croit certaines améliorations possibles. Un seul CSSS perçoit le programme comme un cadre à suivre sur deux ou trois ans en termes d'activités cliniques et de thèmes au travers duquel on doit s'adapter aux besoins des patients.

Perception des coûts - Globalement, les coûts assumés localement sont perçus par les responsables comme étant trop élevés. Dans certains cas, on perçoit même ces coûts plus élevés que les bénéfices résultant de l'implantation du programme. L'impact du financement récurrent de l'Agence annoncé en juin 2013 reste à évaluer.

Partage de la vision — Plusieurs CSSS souhaitent un plus grand rôle pour l'Agence dans le financement, la promotion du programme et la formation continue des intervenants. Du côté des objectifs et des impacts visés par le programme, le tiers des responsables ne croit pas que le programme puisse avoir un impact sur la pratique des médecins et la moitié qu'il puisse contribuer à consolider les RLS. On remet également en question la pertinence de certains mécanismes de gouvernance.

1.2.2 Environnement interne des CSSS

Certaines caractéristiques internes des CSSS viennent également influencer le cours de l'implantation.

Climat financier et engagement - Tel que souligné dans la première section, aucun CSSS ne croit disposer des ressources nécessaires pour implanter le programme complètement et avec l'intensité prévue. Dans tous les CSSS participants, les responsables ont affirmé que la direction était engagée envers le programme, mais dans la plupart des cas cet engagement ne semble pas s'être traduit par un investissement significatif. À l'unanimité, le climat financier des CSSS a été évoqué pour expliquer la situation. Ce climat est décrit comme difficile (coupures, manque de ressources, difficulté à obtenir et injecter des ressources additionnelles). On estime également que le soutien financier de l'Agence est insuffisant et qu'il est impossible de consolider localement les ressources requises par le programme. On constate donc que les responsables du programme dans les CSSS ont peu de marge de manœuvre dans l'implantation du programme.

1.2.3 Environnement externe et stratégies

Certains facteurs liés à l'environnement externe et aux stratégies d'implantation (coordination et communications) expliquent en partie, avec la question des ressources, les difficultés associées au recrutement et à la mobilisation des médecins envers le programme.

Environnement externe et mobilisation des acteurs - L'absence d'un historique de collaboration ou d'un réseautage avec les cliniques de 1^{re} ligne représente un obstacle à l'implantation et la mobilisation des médecins en 1^{re} ligne s'avère difficile dans plusieurs CSSS. Dans un seul des six CSSS, on affirme ne pas rencontrer d'obstacles à cet égard. Alors que pour certains la promotion elle-même représente un défi en raison du manque de leviers pour rejoindre les médecins, pour d'autres, l'obstacle est davantage de convaincre les médecins. Ces derniers n'ont en effet pas l'habitude de travailler en collaboration avec le CSSS et le changement de pratiques requiert du temps. De plus, certains médecins ne perçoivent pas d'avantages à travailler de cette manière. À noter que dans certains CSSS les responsables ont déclaré que la promotion du programme est volontairement demeurée limitée en raison du manque de ressources pour répondre aux besoins des patients déjà inscrits et parce qu'on veut d'abord optimiser le processus clinique. Enfin, on doit aussi se rappeler que les territoires participant à l'évaluation ne sont pas tous dotés des mêmes ressources médicales.

Intégration et coordination / communications - Les obstacles liés à la mobilisation des médecins se font également sentir dans la coordination des soins. Celle-ci

semble se réaliser à l'interne au sein des équipes des CSSS, mais s'avère plus difficile avec plusieurs médecins. Enfin, la communication peut aussi influencer le cours de l'implantation. La satisfaction des intervenants à l'égard de la communication, de l'accès à l'information et de la rétroaction est très variable d'un CSSS à l'autre, allant de très faible à élevée.

En bref

- Plusieurs facteurs influencent l'appropriation du programme localement (connaissances / croyances, adaptabilité et coûts)
- On croit ne pas disposer des ressources nécessaires pour implanter le programme totalement et avec l'intensité voulue
- La mobilisation des médecins demeure problématique

2. Effets du programme sur les patients et la pratique des médecins

L'étude des effets du programme repose sur une stratégie de recherche quantitative qui s'apparente à un devis quasi-expérimental « avant-après » et elle vise à analyser les effets du programme et leur variation en fonction des milieux d'implantation. Les données sur les patients proviennent du Registre des maladies chroniques (ex. : HbA1c, TA, habitudes de vie) et de questionnaires sur l'expérience de soins, l'utilisation des services, l'autogestion de la maladie, l'état de santé et l'impact de la maladie sur la qualité de vie, ainsi que les raisons d'abandon du programme le cas échéant. Des données sur l'utilisation des services provenant des banques médico-administratives seront éventuellement jumelées aux données sur les patients. Un questionnaire postal est également administré aux médecins de 1^{re} ligne (omni-praticiens) un an après l'inscription d'un premier patient au programme. Ce questionnaire permet de documenter la participation des médecins au programme et d'apprécier leur perception de ses effets sur leurs patients, leur pratique médicale, leurs liens avec les services de 2^e ligne et la collaboration au sein du RLS.

Les résultats présentés ici sont préliminaires et portent sur une petite partie de l'échantillon. On doit par conséquent être prudent dans leur interprétation. Les analyses réalisées sont principalement descriptives et portent sur l'ensemble des six CSSS participants, puisque la taille actuelle de l'échantillon ne permet pas une stratification par CSSS.

2.1 Effets du programme sur les patients

L'analyse des effets du programme sur les patients concerne les patients qui ont débuté le programme entre le 1^{er} mars 2011 et le 31 mai 2013. Un total de 1 517 patients a accepté de participer à l'évaluation, pour un taux de participation de 64 %.

2.1.1 Qui participe au programme?

Globalement, on constate que le programme rejoint la population visée. Une majorité des patients inscrits sont prédiabétiques ou diabétiques (avec ou sans HTA) alors que 7 % sont hypertendus seulement. Plus de 40 % des patients avec prédiabète ou diabète ont reçu leur diagnostic moins d'un an avant leur entrée dans le programme. La majorité des patients prédiabétiques ou diabétiques ont déjà atteint la cible d'HbA1c de 7 % ou moins à leur entrée dans le programme. Près des deux tiers des patients inscrits présentent un IMC plus grand ou égal à 30 et sont atteints d'au moins une autre morbidité (problèmes cardiovasculaires, respiratoires, musculosquelettiques ou de santé mentale). On note enfin que la majorité des patients inscrits sont suivis en GMF, CR, CLSC ou UMF, une proportion plus grande que dans la population générale.

En bref

- Le programme rejoint la population visée, soit en grande partie une population en début de maladie et bien contrôlée, mais présentant certains facteurs de risque

2.1.2 Qui abandonne le programme?

Plus d'un patient sur cinq (22 %) avait abandonné le programme au début de septembre 2013. La moitié des patients qui abandonnent le programme le font après la première visite. On constate que les patients moins scolarisés, les patients présentant au moins une comorbidité et ceux qui ont une moins bonne connaissance de leur maladie à l'entrée dans le programme ont plus tendance à abandonner que les autres. Les patients orphelins ont moins tendance à abandonner. Près du quart des patients ayant abandonné ont invoqué comme raisons d'abandon le fait que le programme soit trop exigeant, demande trop de temps ou impose un horaire trop contraignant.

2.1.3 Les patients respectent-ils le calendrier prévu?

Douze mois après leur entrée dans le programme, la majorité des patients ont reçu le nombre prévu

d'interventions (rencontres de suivi individuel, de groupe ou examens de labo). On constate toutefois que plus du quart des patients n'ont pas reçu ces interventions au moment prescrit par le calendrier du processus clinique. Les patients plus âgés (55 ans et +), sans emploi, avec un problème de surpoids (IMC ≥ 25) ou ayant déjà atteint la cible HbA1c à l'entrée dans le programme ont tendance à mieux respecter le calendrier.

En bref

- En général, les patients sont exposés à la majorité des interventions mais plusieurs n'arrivent pas à respecter le calendrier

2.1.4 Le programme contribue-t-il à améliorer la santé des patients?

Habitudes de vie – Au regard du niveau d'activité physique, on observe une légère amélioration de la proportion de patients qui atteignent la cible à 3 et à 6 mois. Cette amélioration n'est toutefois pas significative à 12 mois. On constate que les patients plus jeunes, les patients plus scolarisés, ceux ayant une meilleure perception de leur santé au départ et ceux n'ayant pas de problème cardiaque ont davantage tendance à atteindre la cible d'activité physique. En ce qui a trait aux habitudes alimentaires, on note en cours de suivi une amélioration dans la prise de trois repas par jour, dans la qualité des matières grasses consommées et dans la répartition équilibrée des glucides. C'est pour ce dernier indicateur que l'on observe l'augmentation la plus importante de la proportion des patients atteignant la cible, tant à 3 et à 6 mois qu'à 12 mois. Les patients plus jeunes, ainsi que ceux ayant un IMC inférieur à 25, ont plus tendance à atteindre la cible de répartition équilibrée des glucides. Enfin, on ne note pas de changements significatifs à l'égard du tabagisme chez les patients suivis dans le programme.

Connaissances et autogestion de la maladie – On observe une augmentation de la proportion des patients qui considèrent avoir une bonne connaissance de leur diabète ou de leur HTA à 12 mois de suivi (connaissance de la maladie, de son traitement, des signes/symptômes à surveiller et des interventions à faire s'ils apparaissent). L'amélioration des connaissances est plus importante chez les patients ayant un diagnostic récent de prédiabète/diabète (< 1 an). On observe également une légère amélioration de l'autogestion de la maladie. Cette augmentation est significative au regard des comportements préventifs (avoir mangé sainement et avoir fait de

l'activité physique au moins 30 minutes au cours de la dernière semaine), mais non en ce qui concerne l'observance et le monitoring (avoir pris sa médication et avoir effectué ses tests tel que prescrit au cours de la dernière semaine).

Mesures anthropométriques et résultats de laboratoire –

On observe une augmentation de la proportion des patients ayant atteint un IMC inférieur à 30 et des patients ayant atteint la cible de tour de taille à 3, 6 et 12 mois. La proportion des patients ayant un IMC inférieur à 25 reste stable dans le temps. On observe par ailleurs une amélioration dans le contrôle du bilan lipidique (atteinte d'un ratio TC/HDL-C < 4,0) à 3 et à 12 mois. Au regard de l'HbA1c, la proportion des patients ayant atteint la cible de 7 % ou moins augmente à 3 et à 6 mois et semble se stabiliser à 12 mois. Parmi les patients qui n'avaient pas atteint cette cible à leur entrée dans le programme, les patients plus scolarisés et ceux dont le diagnostic est plus récent (< 1 an) ont davantage tendance à atteindre la cible à 3 mois. Enfin, on observe également une augmentation de la proportion des patients ayant une TA < 140/90 (130/80 pour les prédiabétiques/diabétiques) à 3, 6 et 12 mois de suivi.

Perception de l'état de santé – Un peu plus de la moitié des patients percevaient leur état de santé comme très bon ou excellent à leur entrée dans le programme. Plus de 60 % des patients ayant complété le questionnaire après le suivi de 12 mois ont indiqué que leur santé s'est améliorée un peu ou beaucoup par rapport à l'année précédente. Les patients plus jeunes (< 65 ans), au travail ou retraités, diagnostiqués depuis plus d'un an ou ayant une meilleure perception de leur santé à leur entrée dans le programme sont ceux qui ont le plus tendance à percevoir une amélioration à 12 mois.

Utilisation des services de santé – À 12 mois de suivi, les résultats semblent indiquer une réduction de la proportion des patients ayant effectué au moins une visite à l'urgence pour un problème lié au prédiabète/diabète ou à l'HTA au cours de l'année précédente.

En bref

Indicateurs démontrant une amélioration

Niveau d'activité physique
Prise de 3 repas par jour
Qualité des matières grasses consommées
Répartition équilibrée des glucides
Connaissance de la maladie
Comportements préventifs
Atteinte de la cible d'IMC
Atteinte de la cible de tour de taille
Contrôle du bilan lipidique
Atteinte de la cible d'HbA1c
Atteinte de la cible de TA
Perception de l'état de santé
Visites à l'urgence

Indicateurs inchangés

Tabagisme
Observance de la médication et monitoring
Visites chez les médecins généralistes
Hospitalisations
Visites chez les médecins spécialistes

2.2 Effets du programme sur la pratique des médecins

L'analyse des effets du programme sur la pratique des médecins a été réalisée à partir des données du questionnaire envoyé aux médecins omnipraticiens un an après que leur premier patient ait débuté le programme. Un total de 237 omnipraticiens avaient retourné le questionnaire au 31 mai 2013 pour un taux de réponse de 55 %.

2.2.1 Qui sont les médecins qui participent au programme?

La majorité des médecins qui ont des patients inscrits au programme consacrent la moitié ou plus de leurs activités professionnelles à la pratique en 1^{re} ligne et effectuent la moitié ou plus de leurs consultations sur rendez-vous. Les médecins participants semblent donc être surtout des médecins qui font de la prise en charge en 1^{re} ligne. Une majorité de ces médecins pratiquent en GMF, CR, CLSC ou UMF.

La majorité des médecins affirment avoir été informés de l'existence du programme par le CSSS. Bien que les médecins aient indiqué avoir référé en moyenne 13 patients au programme au cours de leur première

année de participation, le nombre moyen de patients inscrits par médecin était de 3,7 au cours de la même période. Parmi les raisons qui les inciteraient à référer davantage, les médecins ont mentionné : plus d'information sur le service offert, plus de rétroaction sur les patients référés, l'assurance d'un meilleur suivi pour les patients, l'élargissement des critères d'admission et des délais d'attente plus courts.

En bref

- La majorité des médecins qui participent font de la prise en charge en 1^{re} ligne
- Le nombre moyen de patients inscrits par médecin est relativement faible

2.2.2 Dans quelle mesure les médecins participants apprécient-ils le programme?

De façon générale, les médecins considèrent que le programme contribue à ce que leurs patients soient mieux informés sur leur maladie, plus motivés à la contrôler, améliorent leurs habitudes de vie, soient plus aptes à gérer leur maladie et aient moins recours à l'urgence ou à l'hospitalisation pour des conditions liées à leur prédiabète/diabète ou HTA. Le fonctionnement du programme est apprécié au regard des critères de référence, des délais et du retour d'information clinique. Une majorité de médecins considèrent également que le programme est un complément utile à leur pratique et allège leur tâche d'enseignement auprès des patients. Par contre, l'appréciation du programme par les médecins est moins grande en ce qui concerne les activités de développement professionnel continu et les outils cliniques. Enfin, peu de médecins considèrent que le programme améliore l'accès aux services de 2^e ligne pour leurs patients, le retour d'information clinique de la 2^e ligne ou qu'il contribue à accroître les collaborations au sein du RLS.

En bref

- De façon générale, les médecins apprécient le programme et considèrent qu'il est un complément utile à leur pratique
- Cette appréciation est toutefois moins grande en ce qui a trait à la formation continue, l'accès à la 2^e ligne et la consolidation du RLS

Conclusion - Les résultats préliminaires sont positifs, à l'échelle individuelle, au regard des effets sur les patients et de l'appréciation des médecins. De plus, tant pour les

patients que pour les médecins, on semble rejoindre la population visée. Par contre, la taille des effectifs à ce stade-ci, la qualité des données disponibles et les données manquantes limitent notre capacité à démontrer des effets de manière significative.

3. Prochaines étapes de l'évaluation

Le programme est présentement en cours d'évaluation. La dernière collecte de données en lien avec l'analyse d'implantation aura lieu en juin 2014. La collecte de données sur les patients et les médecins se terminera en septembre 2014. Les analyses préliminaires présentées ici seront donc répétées avec des effectifs plus grands. Ces analyses incluront également des données provenant des banques de données médico-administratives, ce qui permettra une évaluation plus précise des effets du programme sur l'utilisation des services. De plus, deux objectifs de l'évaluation sont encore à être réalisés. Des modèles d'analyse multivariée seront utilisés pour mesurer l'influence de variables reflétant l'implantation du programme dans les différents CSSS sur les effets observés chez les patients et chez les médecins (objectif 3). L'impact de l'implantation du programme sur la consolidation des réseaux locaux sera documenté auprès d'informateurs-clés à 40 mois (objectif 4).

Acronymes

CAT :	Centre d'abandon du tabac
CES :	Centre d'éducation à la santé
CLSC :	Centre local de services communautaires
CR :	Clinique-réseau
CRI :	Clinique-réseau intégrée
ETP :	Équivalent temps plein
GACO :	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
GMF :	Groupe de médecine de famille
HbA1c :	Hémoglobine glyquée
HTA :	Hypertension artérielle
IMC :	Indice de masse corporelle
MD :	Médecin
RLS :	Réseaux locaux de services
TA :	Tension artérielle
UMF :	Unité de médecine familiale

Auteurs

Dominique Grimard¹, Sylvie Provost^{1,2,4}, Pierre Tousignant^{1,2,3,4}, Raynald Pineault^{1,2,4}

Chercheurs principaux

Pierre Tousignant, Sylvie Provost, Raynald Pineault

Équipe de recherche

Dominique Grimard, Russell Simco¹, Évelyne Dubois¹, Yves Lévesque¹, Brigitte Simard¹

Cochercheurs et partenaires

Christiane Barbeau⁵, André Bélanger⁵, Roxane Borgès Da Silva^{1,4}, Natalie Cliche⁵, Johanne Desforges⁶, Mylène Drouin¹, Debbie Feldman^{1,7}, Michel Fournier¹, Pierre Larochelle^{5,8}, Nicole Leduc⁴, Simon Tessier¹

Mise en page

Mireille Paradis¹

¹ Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; ² CRCHUM; ³ Université McGill; ⁴ IRSPUM; ⁵ Direction des services généraux et des maladies chroniques de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; ⁶ GMF de Verdun; ⁷ Université de Montréal; ⁸ Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM)

Organismes subventionnaires et partenaires

Programme PASS, Instituts de recherche en santé du Canada

Fonds Pfizer-FRQS-MSSS pour les maladies chroniques

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site internet de la Direction de santé publique (www.dsp.santemontreal.qc.ca/ESPSS.html)

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

Dépôt légal — 3^e trimestre 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89673-438-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2014)