

*Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie*

Québec 

**CADRE DE RÉFÉRENCE POUR
LA MISE EN PLACE D'UNE TRAJECTOIRE
DE SERVICES INTÉGRÉS
POUR LA CLIENTÈLE ATTEINTE
DE MALADIES CHRONIQUES**

**Groupe de travail maladies chroniques
RCA Santé physique**

23 novembre 2012

**Une publication du secteur Santé physique, urgences et services généraux
Direction générale associée à la coordination des programmes et du réseau
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie**

Auteur

Liliane Thystere, agente de planification, de programmation et de recherche, ASSS Montérégie

Sous la responsabilité de Denise Bettez, coordonnatrice à la Direction générale associée à la coordination du programme et du réseau (DGACPR), ASSS Montérégie en collaboration avec les membres du groupe de travail des maladies chroniques mentionnés plus loin dans le document.

Collaboration

- Direction de santé publique (DSP)
- Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels (DAMUPP)
- Direction de la gestion de l'information et des connaissances (DGIC)

Secrétariat et mise en pages

Patricia Bourck
Carole Gagnon
Johanne Jolicoeur
Jocelyne Pelchat

Ce document est disponible en version électronique, dans la section *Programmes-services* à l'adresse suivante : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/programmes-services/maladies-chroniques/index.fr.html>

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

ISBN : 978-2-89342-617-4 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89342-618-1 (PDF)

Reproduction ou téléchargement autorisé à des fins non commerciales avec mention de la source :
Thystere, Liliane, et coll. *Cadre de référence pour la mise en place d'une trajectoire de services intégrés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2012, 67 p.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement tous ceux et celles qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration du cadre de référence.

Plus particulièrement, nous souhaitons exprimer toute notre reconnaissance aux instances suivantes qui ont accepté de lire et de commenter le cadre :

- L'ensemble du groupe de travail maladies chroniques (voir la liste des membres du sous-groupe).
- Les membres de la CMUR
- Les membres de la CIR
- La table des DSPH
- La table des DSI
- La table régionale des chefs de médecine spécialisée (TRCMS)
- Le DRMG
- Les membres des RCA PAV et services généraux

Nous remercions également madame Ginette Lafontaine pour ses judicieux conseils quant à la rédaction du cadre.

CALENDRIER DES CONSULTATIONS DU CADRE DE RÉFÉRENCE MALADIES CHRONIQUES

DESCRIPTION	DATE
RCA Santé physique	14 février 2011
RCA PAV	7 avril 2011
RCA Services généraux	30 janvier 2012
Commission infirmière régionale (CIR)	1 ^{er} mars 2012
Commission multidisciplinaire (CMUR)	13 avril 2012
Table des DSPH	30 mars 2012
Table des DSI	27 avril 2012
Table régionale des chefs de médecine spécialisée	6 juin 2012
CCSM	2 novembre 2012
CA	29 novembre 2012

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

.....	11
1. PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX	13
2. Données scientifiques probantes soutenant la trajectoire de base choisie en Montérégie	15
2.1 Les trois assises du modèle montérégien	15
2.1.1 Inclure l'ensemble du continuum	15
2.1.2 Améliorer la gestion des maladies chroniques pour l'ensemble de la population en stratifiant le niveau de risque	16
2.1.3 Intégrer les composantes de l'« Expanded Chronic Care Model »	18
3. VOLET DIABÈTE	25
3.1 Histoire naturelle de la maladie	25
3.2 Données épidémiologiques	26
3.3 Constats du groupe de travail sur les soins et services offerts	27
3.4 Pistes de solutions suggérées par le groupe de travail	28
4. MODÈLE RÉGIONAL DE TRAJECTOIRE INTEGRÉE DIABÈTE PROPOSÉE POUR LA MONTÉRÉGIE	31
4.1 Définition des critères permettant de différencier les niveaux de risque des patients	32
4.2 Définition des rôles responsabilités des différents intervenants de la trajectoire	33
4.2.1 Intervention au niveau de la population générale	33
4.2.2 Première ligne	34
4.2.3 Deuxième ligne	40
4.2.4 Troisième ligne	40
5. MÉCANISMES DE LIAISON ET DE RÉFÉRENCE ENTRE LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS	43
6. PROCHAINES ÉTAPES	45
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	49

LISTE DES FIGURES ET DES ILLUSTRATIONS

Figure 1

Inclure l'ensemble du continuum 16

Figure 2

Pyramide de Kaiser Permanente 17

Figure 3

Chronic Care Model 19

Figure 4

Modèle conceptuel régional de trajectoire-Maladies chroniques 22

Figure 5

Modèle régional de la trajectoire intégrée – Diabète 31

Figure 6

Modèle de trajectoire opérationnelle de services intégrés fondée sur les meilleures pratiques-Diabète-Cheminement de l'utilisateur 42

Figure 7

Structure organisationnelle du programme maladies chroniques - Organigramme 46

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1

Constats du groupe de travail 51

Annexe 2

Priorisation de recension des écrits; cliniques d'enseignement en diabète 53

Annexe 3

Centres d'enseignement du diabète (CED) de la Montérégie 55

Annexe 4

Liste des recensions des écrits en lien avec les CED 61

Annexe 5

Mandat et composition du comité de coordination des maladies chroniques 63

Annexe 6

Réseau local de services 65

Liste des abréviations et sigles 67

LISTE DES MEMBRES DU SOUS-GROUPE DE TRAVAIL

Madame Anne Smith.....	ASSSM-DGIC (depuis janvier 2010)
Docteur Alain Messier	ASSSM-DSP
Monsieur Alain Bernier	CSSS La Pommeraie
Madame Constance Noiseux	CSSS La Pommeraie
Madame Denise Bettez.....	ASSSM-DGACPR
Madame Érika Poirier.....	CSSS Haut-Richelieu – Rouville
Monsieur Gérard Fortin	CSSS Jardins-Roussillon
Madame Ginette Patenaude	CSSS Haut-Richelieu – Rouville
Madame Josée Bourdeau	CSSS de Vaudreuil-Soulanges
Madame Liliane Thystere	ASSSM-DGACPR
Madame Lyne Daoust.....	CSSS du Suroît
Madame Lyne Tremblay.....	CSSS Champlain—Charles-Le Moyne
Madame Marise Levesque	CSSS Haut-Richelieu – Rouville
Docteure Michelle Lecompte	CSSS du Suroît
Madame Mireille Gaudreau	ASSSM-DGIC (jusqu'à décembre 2009)
Madame Nancy Beaulieu	CSSS La Pommeraie
Madame Nicole St-Georges	CSSS Pierre-Boucher
Madame Odette G Morin	CSSS de la Haute-Yamaska
Madame Patricia Reid.....	CSSS du Haut-Saint-Laurent
Docteur Serge Goulet	CSSS Champlain—Charles-Le Moyne
Docteur Stéphane Groulx.....	ASSSM-DSP
Madame Sylvie Provost.....	CSSS Richelieu-Yamaska

INTRODUCTION

Ce document est un cadre de référence pour la mise en place de services intégrés offerts à la clientèle atteinte de maladies chroniques. L'objectif est d'en assurer le suivi systématique de cette clientèle.

En 2004, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM) a mis sur pied les réseaux clinico-administratifs (RCA), constitués de représentants cliniques et administratifs des établissements concernés par un continuum d'interventions et de ressources de l'Agence.

Le RCA Santé physique adulte se préoccupe de plusieurs sujets en lien avec la santé physique, dont les maladies chroniques. De plus, un système de choix prioritaire basé sur une analyse multicritères a abouti à des orientations régionales à mettre en œuvre dans les prochaines années.

L'orientation en lien avec les maladies chroniques retenue est le « *suivi systématique des clientèles atteintes de maladies chroniques* ».

Afin d'implanter cette orientation, le RCA a démarré un groupe de travail « maladies chroniques » qui a travaillé à l'organisation des services.

À l'image des RCA, le groupe de travail maladies chroniques se veut représentatif des réseaux locaux, s'efforçant de recruter des membres actifs en provenance de divers établissements du réseau et de l'Agence (voir liste des membres, page 5).

Son mandat est d'élaborer un cadre de référence pour favoriser la mise en œuvre du suivi systématique des clientèles (SSC) atteintes de maladies chroniques en Montérégie. Ce groupe de travail a choisi de commencer son mandat avec le diabète.

La démarche s'est faite en plusieurs phases. Dans un premier temps, un questionnaire en lien avec la problématique du diabète a été envoyé à tous les établissements et l'analyse a permis de faire certains constats.

Par la suite, le groupe de travail a priorisé certains éléments, notamment les centres d'enseignement du diabète, en vue de réaliser une recension des écrits. Suite à cette revue de littérature, il s'est avéré que certaines données probantes manquaient au niveau de l'organisation des services.

Pour remédier à ce manque, le groupe de travail s'est inspiré des travaux réalisés dans d'autres régions, notamment celles du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay – Lac-Saint-Jean et de l'Estrie. D'ailleurs, en 2010, ce groupe de travail a organisé un forum d'experts en Montérégie. L'objectif de ce forum visait à alimenter les réflexions des décideurs quant à l'organisation des services intégrés en première ligne pour les usagers adultes atteints de diabète, et ce, afin d'assurer un suivi systématique optimal.

L'Agence a libéré du budget pour mettre en place des responsables des maladies chroniques dans chacun des établissements.

Pour clore le tout et expliquer le nouveau paradigme vers lequel la province se tourne, une conférence sur l'adoption d'une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques, issue des recommandations 2010 du commissaire à la santé et au bien-être, a été organisée.

Tous ces éléments ont, par conséquent, permis au groupe de travail d'élaborer ce cadre de référence pour la mise en place de services intégrés offerts à la clientèle atteinte de maladies chroniques.

L'objectif était de proposer un cadre que les divers réseaux locaux de services (RLS) pourront adapter à leur couleur locale (voir figure annexe 6). En effet, la création des RLS, à l'échelle du Québec, avait pour objectifs de rapprocher les services à la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus. Les différents intervenants offrant des services de santé et des services sociaux à la population d'un territoire local étaient appelés à partager collectivement une responsabilité envers cette population et à rendre accessible un éventail de services le plus complet possible, tout en agissant pour améliorer la santé et le bien-être de la population locale. Pour être en mesure d'assumer pleinement leur responsabilité populationnelle, les établissements de santé devront animer les RLS en travaillant d'une façon de plus en plus intégrée à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population (Roy 2006).

1. PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX

Au Canada, plus de 65 % de la population âgée de 12 ans et plus rapportent souffrir d'au moins une maladie chronique (Le Commissaire à la santé et au bien être 2010).

Au Québec, un peu plus de la moitié de la population âgée de 12 ans et plus est atteinte d'au moins une maladie chronique soit 52,6 % de la population (Le Commissaire à la santé et au bien-être, 2010). De plus, les individus ayant une maladie chronique ont un risque plus élevé de développer des maladies chroniques additionnelles (Le Commissaire à la santé et au bien être 2010).

En Montérégie, les personnes atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques représentent environ 26 % de la population (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005). Il est reconnu que la prise en charge de ces maladies est complexe et le fardeau économique et social qu'elles engendrent est considérable (Schaefer 2005).

De plus, la prévalence de ces maladies est en croissance en raison du vieillissement de la population et de l'accroissement de l'espérance de vie. Plusieurs études ont démontré l'existence d'écart thérapeutiques importants entre les pratiques usuelles et les pratiques exemplaires au niveau de la prévention, du dépistage, du diagnostic et du traitement de ces affections. Ce constat a un impact plus significatif auprès des personnes âgées (Montague 2005). La coordination et l'intégration des services sont des stratégies adaptées et bien documentées (Kreindler 2009).

Enjeux

La littérature, le forum d'experts et les difficultés récurrentes inhérentes à tous nos établissements ont permis de dégager plusieurs enjeux en regard des maladies chroniques dont :

- L'implantation d'un modèle de gestion intégré des maladies chroniques (CCM) dans un processus continu;
- La mise en place des meilleures pratiques cliniques. En effet, les meilleures pratiques sont généralement connues des cliniciens et des professionnels qui travaillent sur le terrain. Néanmoins, seuls 50 % les appliquent (McGlynn, Asch et al. 2003). L'enjeu est de se les approprier et les implanter au quotidien;
- La gestion du changement qu'il faudra réaliser dans les divers établissements, et ce, dans un contexte de pénurie de ressources et de roulement du personnel;

- Les mécanismes de communication interétablissements (dossier patient partageable);
- Le défi de la coordination interdisciplinaire visant la complémentarité entre les différents partenaires (exemple : les pharmaciens communautaires et les médecins en cabinets privés du même réseau local);
- Le manque de soutien pour promouvoir efficacement l'autogestion;
- La définition des rôles de chaque intervenant dans une optique de complémentarité et d'optimisation;
- L'accessibilité aux plateaux techniques et aux services spécialisés;
- Un leadership organisationnel pour coordonner les services intégrés;
- L'arrimage avec les actions de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques;
- Le rehaussement des interventions préventives sur les habitudes de vie;
- Le manque d'intégration dans le continuum de services;
- L'harmonisation des pratiques cliniques;
- La prise en charge des comorbidités associées aux maladies chroniques.

2. DONNÉES SCIENTIFIQUES PROBANTES SOUTENANT LA TRAJECTOIRE DE BASE CHOISIE EN MONTÉRÉGIE

Le groupe de travail s'est basé sur deux modèles reconnus en gestion des maladies chroniques. Il s'agit de la **Pyramide de Kaiser Permanente** et de ***l'Expanded Chronic Care Model*** (ECCM) développés par la Colombie-Britannique et provenant du **Chronic Care Model** (CCM). De plus, comme souligné précédemment, le groupe a tenu compte également des conclusions issues du forum d'experts ainsi que des expériences réalisées dans d'autres régions pour élaborer son modèle.

2.1 Les trois assises du modèle montérégien

Trois assises principales ont guidé le groupe de travail dans l'élaboration de la trajectoire :

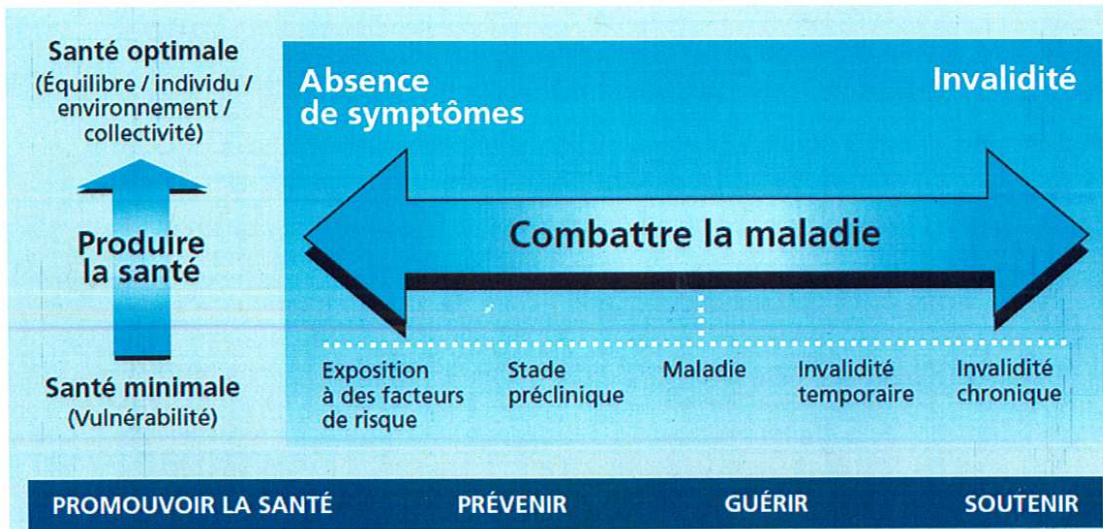
- Inclure l'ensemble du continuum de soins des maladies chroniques dans la trajectoire;
- Améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques pour l'ensemble de la population (Pyramide de Kaiser Permanente);
- Intégrer, si possible, l'ensemble des composantes de *l'Expanded Chronic Care Model*.

2.1.1 Inclure l'ensemble du continuum

Le groupe de travail a souhaité inclure l'ensemble du continuum dans la trajectoire de soins proposée et ce, allant de la promotion de la santé jusqu'à la fin de la maladie (invalidité, décès ou guérison), tel que schématisé à la Figure 1. Concernant les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques, celles-ci sont répertoriées dans le plan d'action régional de santé publique et ne sont pas reprises dans le présent document. Le groupe de travail invite les lecteurs à le consulter pour avoir plus de précisions.

Figure 1

Un continuum santé en amont du continuum santé-maladie



Inspiré de : Saint-Pierre et Richard, 2006

2.1.2 Améliorer la gestion des maladies chroniques pour l'ensemble de la population en stratifiant le niveau de risque

Pour ce volet, le groupe de travail s'est beaucoup inspiré du modèle de l'*Estrie*, (Programme-services Santé physique 2007) basé sur *Kaiser Permanente*. Il a permis au groupe de déterminer différents niveaux de soins adaptés à différents degrés d'atteintes pathologiques (Figure 2). De plus, ce modèle prône une approche proactive plutôt que réactive et non planifiée en réponse aux épisodes aigus.

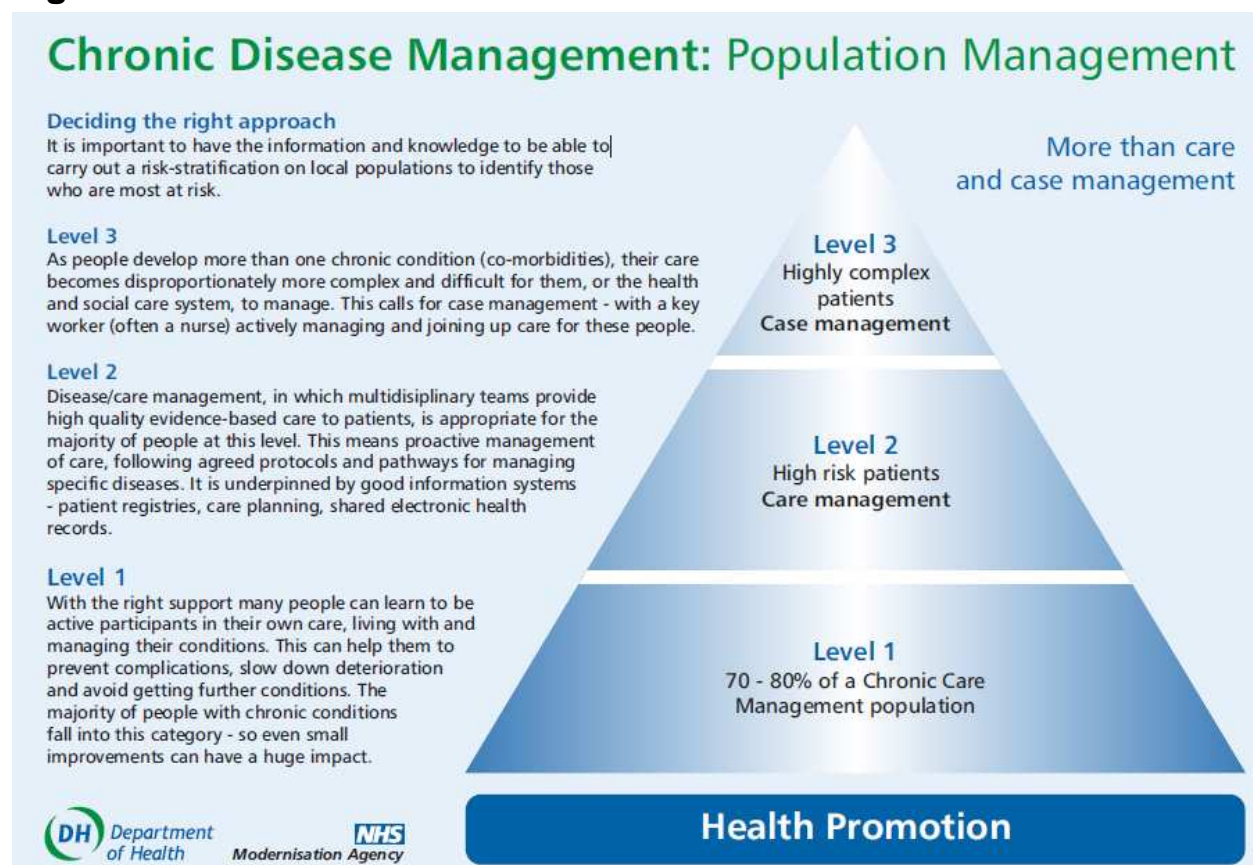
Il y a trois niveaux de gravité dans les maladies chroniques qui nécessitent différents niveaux de services.

Au niveau 1 : selon la Pyramide de Kaiser Permanente, les usagers représentant entre 70 et 80 % de la population visée, sont des partenaires actifs dans la gestion de leur maladie chronique, évitant ainsi la détérioration et le développement de complications. Cette tranche de population a moins accès aux services et devrait en avoir un meilleur (Singh and et coll 2005). Ils sont désignés comme étant des patients **à faible risque**. Les patients à faible risque, ainsi que leurs proches, devraient être soutenus afin qu'ils développent des habiletés, des connaissances et la confiance pour prendre en charge leur condition de façon efficace. Ils ont besoin d'un programme d'autogestion (CCM).

Au niveau 2 : les intervenants multidisciplinaires assurent une gestion proactive des soins grâce à des protocoles d'entente soutenus par un système de dossiers informatisés. Ils prennent en charge les patients à haut risque qui constituent 20 % de la population visée. Les **patients à haut risque** devraient recevoir des soins spécifiques impliquant divers professionnels (plan d'intervention interdisciplinaire : PII). Notons que les patients du niveau 1 et 2 sont mobiles et peuvent facilement passer d'un groupe à l'autre selon que la maladie soit stabilisée ou exacerbée. L'objectif étant de les maintenir, le plus possible, au niveau 1.

Au niveau 3 : étant donné la complexité et la chronicité de la maladie chronique, une utilisation optimale des diverses spécialités est assumée par un responsable coordonnateur des soins. Il prend en charge les patients à très haut risque qui constituent 5 % de la population visée. Les patients **à très haut risque** devraient être identifiés et faire l'objet d'une approche prenant en compte l'ensemble de leurs besoins (Plan de services individualisés ou PSI).

Figure 2



En gestion de maladies chroniques, la Pyramide de Kaiser Permanente suit les principes d'efficacité d'une gestion intégrée des soins, tenant compte du niveau de risque.

L'application de ce modèle résulte en :

- Une diminution de la durée de court séjour en milieu hospitalier;
- Une diminution du taux d'hospitalisation;
- Une réduction du rôle central de l'hôpital dans la gestion des soins en maladies chroniques;
- Une meilleure qualité de vie des usagers;
- Une synchronisation des professionnels.

L'impact stratégique de ce modèle de gestion proactive divisé en trois niveaux d'intervention est de favoriser les mécanismes de coordination interdisciplinaire entre professionnels et gestionnaires, permettant d'assurer une prise en charge systémique et optimale des usagers atteints de maladies chroniques (Borgès Da Silva 2005).

2.1.3 Intégrer les composantes de l'« *Expanded Chronic Care Model* »

L'*Expanded Chronic Care Model (ECCM)* vise globalement à générer des équipes de soins proactives et intégrées, qui interagissent avec des patients informés et actifs, cela en y associant les services de la communauté tels que décrits à la figure 3.

Il comprend plusieurs dimensions dont :

- La conception du système de prestation / réorientation des services de santé;
- Le soutien à l'autogestion des soins;
- Le soutien à la décision clinique;
- Le développement de systèmes d'information clinique;
- L'utilisation des ressources communautaires;
- L'organisation d'ensemble du système de santé.

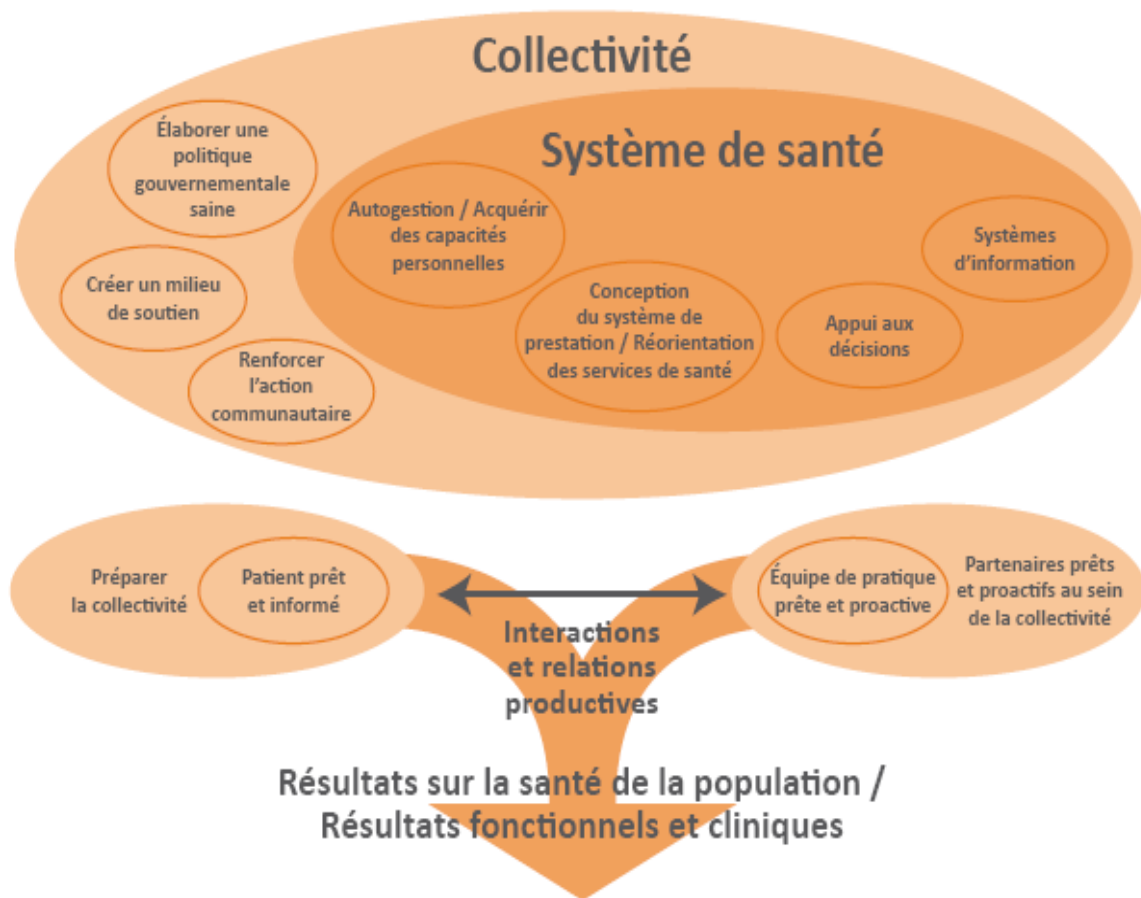
L'implantation de l'ECCM pour les suivis cliniques a été choisie unanimement par le groupe de travail. Ce modèle de gestion des maladies chroniques largement documenté dans la littérature scientifique présente un niveau de preuve scientifique élevé (Tsai, Morton et al. Août 2005). Ce modèle vise à générer des équipes de soins proactives et intégrées interagissant auprès de patients informés et actifs (renforcement des autosoins), et ce, en collaboration étroite avec les services de la communauté. En effet, utiliser de façon optimale les services offerts par la communauté ne peut être que bénéfique pour les patients.

Selon Nutting et collaborateurs (Nutting, Dickinson et al. 2007) , le CCM améliore significativement plusieurs paramètres chez les personnes diabétiques : notamment, les taux d'hémoglobine glycosylée (HbA), ainsi que les taux de cholestérol. Ce dernier est associé significativement à un meilleur état de santé chez les personnes atteintes d'une maladie chronique (Institute for Innovation and Improvement 2006).

Les éléments facilitant la mise en application du ECCM sont :

- Un modèle de 1^{re} ligne compatible avec la pratique de groupe (CLSC, GMF, cliniques réseau);
- Un secteur communautaire bien développé;
- Un programme de santé publique bien développé;
- La disponibilité d'un dossier patient informatisé ou d'un système d'information clinique;
- Le soutien des gestionnaires et la présence d'un leadership médical.

Figure 3 :
Expanded Chronic Care Model



Créé par : Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts et Dariana Ravenadale (2002)

Adapté de : Glasgow, A., Orleans, C., Wagner, E., Curry, S., Soldberg, L. (2001). "Does the Chronic Care Model also serve as a template for improving prevention?" *The Milbank Quarterly*, 79(4), l'Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et l'Association canadienne pour la santé publique. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

Tiré du site Internet du gouvernement de la Colombie-Britannique – Ministry of Health Services– Chronic Disease Management : http://www.health.gov.bc.ca/cdm/cdminbc/chronic_care_model.html

Présentement, seules deux dimensions sur six du *Chronic Care Model* ont fait l'objet de travaux par le sous-groupe de travail :

- L'organisation de l'offre et de la prestation des services;
- Le soutien à l'autogestion des soins.

En effet, un article réalisé par S. A. Kreindler, basé sur une vaste étude englobant plus de 50 revues systématiques et méta-analyses, a démontré que toutes les dimensions du CCM n'ont pas le même impact (Kreindler 2009). Certaines sont plus probantes que d'autres. Parmi les six composantes du CCM, l'auteur propose de s'attaquer d'abord à celles dont les interventions cumulent le niveau de preuve scientifique le plus élevé, soit l'organisation de l'offre et de la prestation de services *Delivery System Redesign* (DSR) ainsi que le soutien à l'autogestion.

Les modèles du **Bas-Saint-Laurent** et du **Saguenay—Lac-Saint-Jean**, également inspirés du CCM, ont des particularités qui ont été très utiles au sous-groupe de travail montérégien. Ces modèles proposent plusieurs trajectoires de soins et services ainsi que la mise en place d'une seule et même équipe dédiée aux maladies chroniques possédant un tronc commun qui mise sur la modification des habitudes de vie et d'autres volets plus spécifiques à la maladie.

Le **forum d'experts** sur le diabète organisé en octobre 2010 par la Direction de la gestion des connaissances (DGIC) de l'Agence a également permis de façonner notre modèle.

Tous ces éléments combinés nous suggèrent la mise en place d'une seule et même équipe interdisciplinaire dédiée aux maladies chroniques misant sur l'autogestion qui comporterait deux volets dont :

- L'un en lien avec la modification des habitudes de vie incluant l'autogestion, volet commun aux différentes maladies chroniques;
- L'autre portant sur le traitement et l'enseignement plus spécifique, incluant l'autogestion, regroupant éventuellement plusieurs maladies chroniques ayant des caractéristiques semblables (diabète et maladie cardio-vasculaire (MCV), asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)...).

Afin d'assurer une organisation de l'offre et de la prestation des services, la pérennité des équipes en place, la collaboration et l'intégration des services entre toutes les instances du RLS, une gouvernance du projet « maladies chroniques » devrait être instaurée. Elle sera assurée par le comité de coordination local des maladies chroniques.

De plus, afin de développer un partenariat entre l'ensemble des intervenants et de mettre en place un processus d'évaluation avec le support de l'Agence (ASSSM), un comité de coordination local des maladies chroniques devait être formé dans chaque RLS. Ce comité serait composé du gestionnaire de première ligne responsable de la trajectoire de la clientèle atteinte de maladies chroniques ainsi que d'un médecin désigné par le DRMG local et d'autres intervenants. La composition suggérée de ce comité ainsi que son mandat se retrouve à l'annexe 5 :

En définitive, toutes ces données ont alimenté les réflexions du groupe de travail lors de l'élaboration du modèle conceptuel de trajectoire pour les maladies chroniques (voir figure 4).

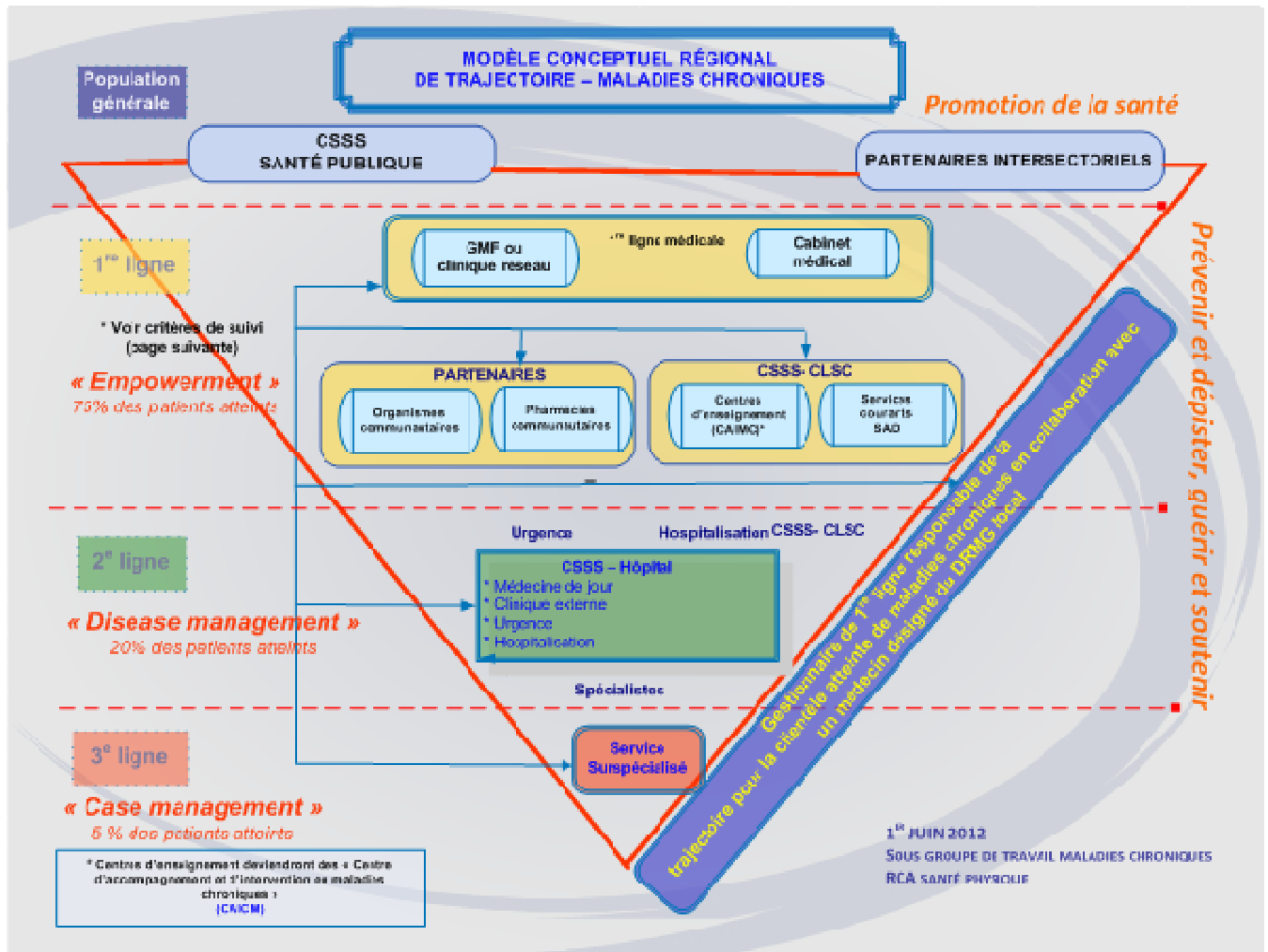
Au niveau de l'implantation de l'autogestion des soins en tant que meilleure pratique clinique, il est à rappeler que l'autogestion non seulement a le potentiel de renforcer le changement de comportements vers de saines habitudes de vie, mais est également une norme évaluée par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Cependant, plus de 40 % des personnes atteintes de maladies chroniques au Canada ne reçoivent pas le soutien nécessaire à l'autogestion, selon le Conseil canadien de la santé (2010).

Pour accompagner plus efficacement les patients dans la gestion de leur(s) maladie(s) chronique(s), l'intégration systématique de cette pratique dans les interventions des professionnels de la santé s'avère essentielle. Par ailleurs, conscient que, bien que les meilleures pratiques sont généralement connues des cliniciens et des professionnels, mais que seulement 50 % les appliquent (McGlynn, Asch, & Adams, 2003), l'enjeu se situe davantage au niveau de l'appropriation et l'implantation à l'intérieur de sa pratique professionnelle que de l'acquisition des connaissances.

À ce titre, une structure locale d'encadrement et de soutien à la pratique professionnelle s'avère essentielle pour le développement optimal en autogestion dans les soins de première ligne. Le soutien des gestionnaires, de même que l'engagement des professionnels sont également des atouts pour contribuer à instaurer pleinement les pratiques exemplaires d'autogestion.

Ce modèle sera appliqué et adapté aux différentes maladies chroniques. L'exemple appliqué au diabète se trouve plus loin dans le document.

Figure 4



***VOLET
DIABÈTE***



3. VOLET DIABÈTE

3.1 Histoire naturelle de la maladie

Ce chapitre résume des éléments de connaissance sur le diabète et les soins diabétologiques utiles à la planification de la trajectoire intégrée des services aux personnes diabétiques. Ils sont tirés des lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète (ACD) pour la prévention et le traitement du diabète au Canada (<http://www.diabetis.ca>) et de *Standard of Medical Care in Diabetes-2008, American Diabetes Association, Diabetes Care*, Volume 31, Supplément I, January 2008.

Le diabète est une maladie chronique qui nécessite des soins médicaux continus et une formation du patient à l'autosoin de la maladie pour prévenir les complications aiguës et réduire le risque de complications à long terme. Les soins diabétologiques (SD) sont complexes et exigent qu'on s'occupe de plusieurs problèmes, au-delà du contrôle de la glycémie.

Le diabète est un trouble métabolique caractérisé par l'hyperglycémie attribuable, soit à un défaut de sécrétion d'insuline (type I), soit à un défaut de sécrétion ou d'action de l'insuline (type II), soit à d'autres troubles relativement peu courants (types particuliers).

Le diabète gestationnel est une intolérance au glucose qui se manifeste ou qu'on dépiste pour la première fois pendant la grossesse. Le terme « prédiabète » est utilisé pour désigner l'intolérance au glucose isolée (IG), l'anomalie de la glycémie à jeun isolée (AGJ) et l'association des deux.

Définitions

L'hyperglycémie associée au diabète correspond à une glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L; à une glycémie aléatoire $\geq 11,1$ mmol/L avec des symptômes de diabète; ou à une glycémie $\geq 11,1$ mmol/L, 2 heures après l'ingestion de 75 g de glucose.

L'hyperglycémie chronique du diabète est associée à d'importantes séquelles à long terme, particulièrement à des lésions, des anomalies et une insuffisance de divers organes, surtout les reins, les yeux, les nerfs, le cœur et les vaisseaux sanguins.

Le terme « dysglycémie » est un qualificatif servant à décrire une glycémie anormale sans en définir le seuil. Ce terme a été adopté en raison de l'incertitude quant à ce qui constitue une gamme de glycémies optimales et parce qu'on sait maintenant qu'une

glycémie même légèrement élevée est associée à un risque de maladie cardiovasculaire et de décès.

Médications

L'insuline : les préparations d'insuline sont classées en fonction de leur durée d'action, de leur délai d'action et du moment de leur activité maximale.

La voie d'administration de l'insuline est parentérale, avec une seringue, un stylo injecteur ou une pompe (perfusion sous-cutanée). L'insuline inhalable a été homologuée au Canada, mais elle n'est pas encore sur le marché. Il y a également les hypoglycémifiants oraux qui comprennent cinq classes de médicaments.

3.2 Données épidémiologiques

En 2009, l'Association canadienne du diabète (ACD), estime que :

- Le nombre de personnes diabétiques au Canada aurait doublé entre 2000 et 2010, passant de 1,3 million à près de 2,5 millions;
- On estime que le nombre de nouveaux cas diagnostiqués de diabète entre 2010 et 2020 pourrait atteindre 3,7 millions de personnes;
- La population atteinte de diabète estimée à 4,2 % de la population atteignait 7,3 % en 2010, pour passer à 9,9 % en 2020. Les principaux facteurs de risque associés à cette progression du diabète sont :
 - l'obésité;
 - la hausse de sédentarité;
 - le vieillissement de la population.

En Montérégie, la prévalence du diabète a été estimée à l'aide du système québécois de surveillance du diabète, conçu à partir des fichiers administratifs, dont le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, le fichier d'inscription des personnes assurées et le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO dans le cadre du projet CoMPAS.

Ainsi, en 2006-2007, on a estimé que 80 348 personnes souffraient de diabète, soit 7,8 % de la population de 20 ans et plus.

La prévalence du diabète augmente avec l'âge, touchant 1,4 % des personnes de 20 à 44 ans, comparativement à 19,4 % des personnes de 65 ans et plus.

De plus, entre 2002 et 2007, 30,1 % des patients diabétiques en Montérégie ont eu une complication cardiaque, 8,7 %, un infarctus aigu du myocarde et, 13,8 % une rétinopathie.

En 2006-2007, en Montérégie, 31 % ont eu recours à l'urgence (au moins une visite) et 22 % ont été hospitalisés au moins une fois.

3.3 Constats du groupe de travail sur les soins et services offerts

Une collecte de données a été réalisée en avril 2008 auprès de tous les établissements de la Montérégie. Elle a été réalisée à l'aide de questionnaires auto-administrés et, lorsque nécessaire, par des entrevues téléphoniques. Cela a permis de faire certains constats (voir annexe 1).

Le résultat de cette collecte de données fait ressortir les éléments suivants :

- Tous les centres de santé et des services sociaux (CSSS) ont des centres d'enseignement du diabète (CED);
- Sur le plan des critères d'accès au CED, certains n'acceptent que des diabétiques nouvellement diagnostiqués (de novo), d'autres offrent des cours aux prédiabétiques et à ceux atteints du syndrome métabolique;
- Les services offerts varient d'un CSSS à l'autre. Ainsi, dépendamment du CSSS, il peut y avoir une équipe composée d'une infirmière, d'une nutritionniste et d'un kinésologue à temps complet ou à temps partiel;
- Le kinésologue est présent dans trois CSSS, d'autres réfèrent les patients vers les ressources privées ou ont des ententes avec ces dernières;
- Il y a plusieurs types de services offerts dans un même réseau local soit des rencontres individuelles ou de groupe. Ces dernières sont généralement offertes dans les missions des centres locaux de services communautaires (CLSC), et dans quelques missions centres hospitaliers (CH). Certains GMF et organismes communautaires offrent parfois de l'enseignement de groupe ou individuel. Cependant, il n'existe pas de concertation factuelle entre les différentes instances, ni de programme-cadre. Il y a donc très peu de coordination, d'intégration ou d'optimisation de ces services;
- Concernant le suivi, on note qu'à long terme, il est peu effectué (après l'enseignement initial, les patients ne sont plus suivis dans le cadre de rappels après six mois ou un an). Le degré de prise en charge à plus long terme dans les cliniques en GMF est variable d'une clinique à l'autre;
- Comme la plupart des CED situés dans les missions CLSC n'ont pas de médecin affilié à la clinique, le suivi est facilité quand le patient a un médecin de famille;
- Dans la majorité des cas, l'accès aux cliniques de première ou deuxième ligne dépend uniquement de la porte d'entrée du patient dans le système. Par exemple, si le patient entre dans le système via l'Urgence et est hospitalisé, il recevra très probablement les services de la clinique du CH même si c'est un patient qui répond à des critères lui permettant d'être suivi par les services de première ligne (voir point 4.1);
- Des dédoublements ont été constatés : en effet, du fait d'un manque de coordination des services, il peut arriver que le même patient reçoive de l'enseignement pratiquement au même moment, par l'infirmière GMF et par l'infirmière du CED, sans que les deux se soient concertées. Il peut également recevoir dans le même temps, de l'information d'un organisme communautaire, également sans concertation avec les autres instances;

- En dehors des centres d'enseignement, le rôle des différentes instances (*soutien à domicile, services courants*) de la mission CLSC n'est pas clair;
- Peu de liens entre les secteurs responsables des activités de promotion de la santé et de prévention ainsi que les équipes de soins en maladies chroniques;
- Peu de services sont prévus pour la clientèle à faible risque.

3.4 Pistes de solutions suggérées par le groupe de travail

Il ressort de cette analyse qu'il y a surtout des liens à établir et des rôles à préciser dans un souci d'optimisation et de complémentarité. En effet, selon une vaste étude basée sur plus de 50 revues de littérature et méta-analyses, effectuée par S.A. Kreindler (Kreindler 2009), quatre interventions sont fortement recommandées aux gestionnaires qui souhaitent mettre l'accent sur les actions les plus payantes :

1. Restructurer le système de prestation de soins en misant sur les interventions qui se sont avérées efficaces (données probantes).
2. Améliorer et élargir les activités pour soutenir efficacement l'autogestion.
3. Développer des liens de collaboration intersectorielle et communautaire.
4. Travailler avec les divers partenaires afin d'influencer les changements de politiques à grande échelle, notamment en matière de déterminants de la santé.

Sur la base de ces recommandations et de celles provenant du forum d'experts, voici ce que suggère le groupe de travail en maladies chroniques :

- *Améliorer le modèle de soins et de prestation des services* en désignant une personne responsable des maladies chroniques dans chaque RLS ou en rehaussant les services offerts en ajoutant du temps aux professionnels directement en lien avec cette clientèle (Smith 2010) (Infirmières, nutritionnistes, kinésilogues...);
- *Mettre en place un réseautage* permettant la concertation entre les différentes instances (Smith 2010) offrant de l'enseignement aux patients pour s'assurer de la cohérence de l'enseignement donné par les divers intervenants. En effet, les enseignements pourraient s'échelonner dans le temps de façon à renforcer la formation initiale. L'infirmière du GMF pourrait diriger les patients au CED dès l'annonce du diagnostic et faire du renforcement à intervalle régulier auprès du patient. De plus, le patient pourrait être recommandé à un organisme communautaire, par la suite, pour bénéficier de l'effet de groupe;
- *Soutenir l'autogestion en recensant les meilleures pratiques en centre d'enseignement* : à cet effet, une recension des écrits a été réalisée sur les centres d'enseignement et cinq axes de recherche ont été ciblés (annexe 2) que voici :

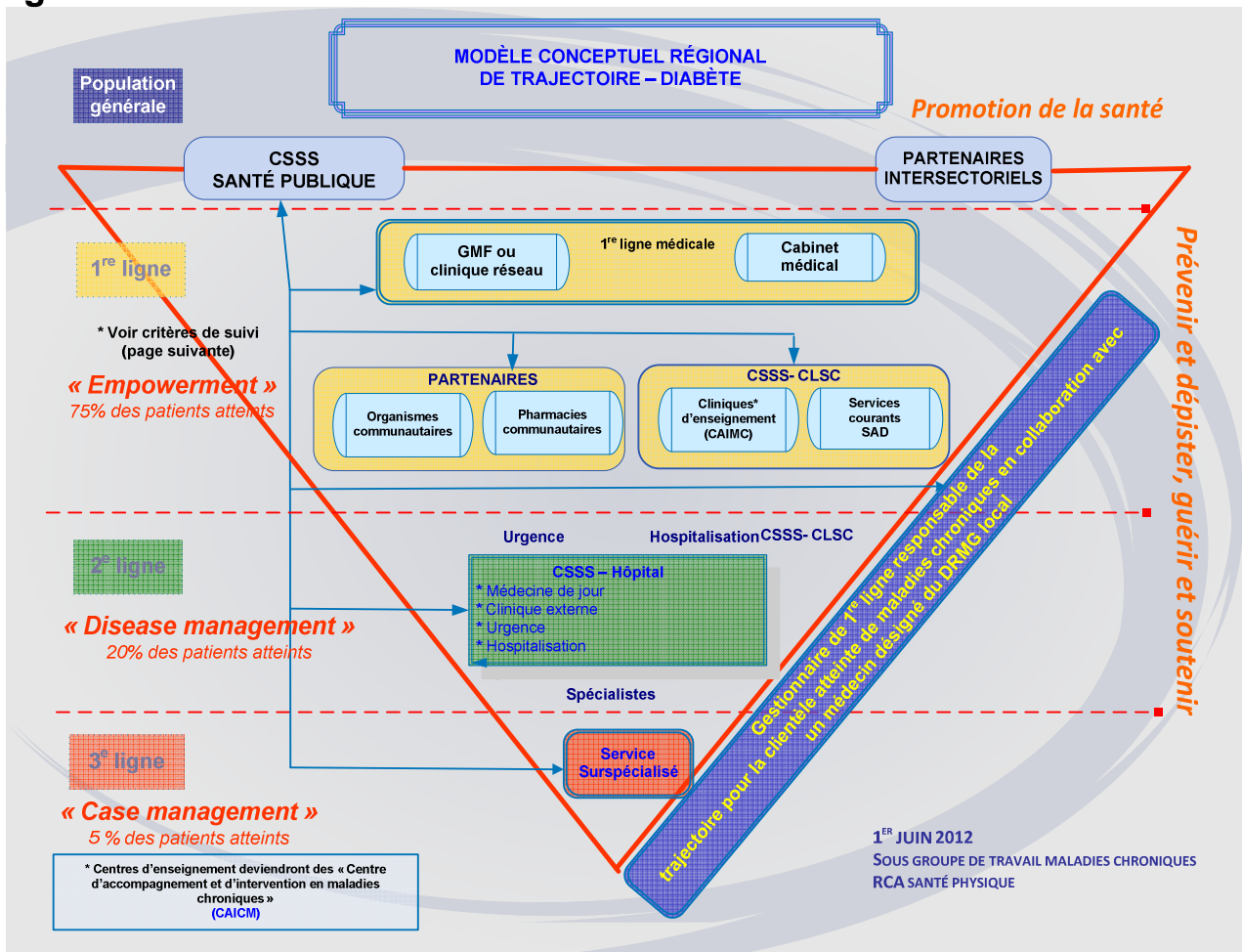
1. Les méthodes d'enseignement (groupe, individuel, entretien téléphonique et les sites internet).
 2. Le curriculum (objectifs éducationnels ciblés).
 3. Les compétences des éducateurs (définition des compétences requises).
 4. Le matériel éducatif avec bas niveau de littéracie.
 5. La diversité des stratégies pédagogiques.
- *Définir des critères d'accès aux centres d'enseignement;*
 - *Définir les rôles et responsabilités des différents intervenants selon leur lieu de pratique dans une optique de complémentarité (Smith 2010);*
 - *Mettre l'emphase sur les patients à faible risque qui reçoivent peu de services pour éviter le développement des complications (Smith 2010).*

4. MODÈLE RÉGIONAL DE TRAJECTOIRE INTÉGRÉE DIABÈTE PROPOSÉE POUR LA MONTÉRÉGIE

Comme expliqué précédemment, le modèle régional de trajectoire intégrée repose sur trois assises validées par des données probantes :

- 1) Inclure l'ensemble du continuum des soins.
- 2) Améliorer la gestion des maladies chroniques pour l'ensemble de la population selon le modèle de Kaiser Permanente.
- 3) Incorporer l'ensemble des composantes de l'ECM. Le modèle tient compte également de la réalité clinique propre à certains milieux.

Figure 5



4.1 Définition des critères permettant de différencier les niveaux de risque des patients

Les critères ci-après (HCLM et CSSS Champlain novembre 2008) permettent de définir quels sont les patients à faible, haut et très haut risque en lien avec la pathologie du diabète. Ils ont été approuvés par les médecins du département de médecine générale qui travaillent sur le projet d'amélioration continue de la qualité.

En 2006-2007, 80 348 patients diabétiques ont été recensés en Montérégie. Sur la base de ce chiffre, le groupe de travail a élaboré le scénario suivant :

Patients à faible risque (75 %) → 60 261 personnes

Première ligne {
Syndrome métabolique
Prédiabète
Diabète de novo type 2
Diabète contrôlé (HbA1C < 7 %)
Diabète type 2 avec besoin insuline
Faible risque de complications¹
Diabète de type 1 stable

Patients à haut risque (20 %) → 16 070 personnes

Deuxième ligne {
Diabète type 1 mal contrôlé
Diabète débalancé (usager en acidose, ayant présenté un coma hyperosmolaire ou un coma hypoglycémique ou glycémie >20 mmol/l)
Haut risque de complications¹

Patients à très haut risque (5 %) → 4 017 personnes

Troisième ligne {
Diabétiques sous dialyse
Amputations
Cécité
Complications¹ et comorbidités établies et requérant des plateaux techniques ou ressources spécialisées

1

- Cardiovasculaires
- Neurologiques
- Néphrologiques
- Ophtalmologiques

4.2 Définition des rôles et responsabilités des différents intervenants de la trajectoire

Dans une optique de complémentarité des services, il a été recommandé par le forum d'experts :

- D'assurer le suivi de dossiers entre les professionnels impliqués;
- De délimiter clairement les rôles et responsabilités des partenaires en misant sur leur complémentarité;
- De déterminer un porteur de dossier et un lieu institué pour partager l'information pertinente;
- D'augmenter la confiance entre divers partenaires des services;
- De mieux faire connaître les ressources disponibles par les intervenants.

Voici les suggestions d'activités ciblées à différents niveaux.

4.2.1 Intervention au niveau de la population générale

À ce niveau, on retrouve principalement les actions de santé publique visant à agir sur les déterminants de la santé et à favoriser l'adoption de saines habitudes de vie par la population générale. Ces actions sont prises en charge aux différents niveaux, soit national, régional et local, selon les responsabilités qui leur sont confiées.

Du côté local, diverses actions sont prévues dans les plans d'action locaux de santé publique et mises en place comme, par exemple; les centres d'abandon du tabagisme, le programme 0-5-30 combinaison-prévention, le soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives. Des infirmières-conseils en prévention clinique ont été nommées dans 6 des 11 territoires de CSSS. Leur tâche consiste, en collaboration avec l'équipe régionale de la Direction de santé publique, à promouvoir et soutenir l'adoption des pratiques cliniques préventives dans les milieux cliniques de première ligne. Le forum d'experts a également recommandé de maximiser les interventions préventives sur les saines habitudes de vie.

En santé publique, le CSSS établit également des liens avec le milieu intersectoriel, dont les municipalités, le milieu scolaire et les milieux de travail.

Recommandation 1 : Consolider les actions de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques prévues au plan d'action régional de santé publique et aux plans d'action locaux.

4.2.2 Première ligne

A. La première ligne médicale

Elle est constituée des cabinets médicaux privés, des groupes de médecine de famille (GMF), des cliniques-réseau, des unités de médecine familiale (unités d'enseignement de la médecine de famille) et des coopératives de santé.

La plupart des milieux cliniques offrent des services sans rendez-vous aux patients. Cela permet à toute personne aux prises avec des problèmes aigus d'avoir accès rapidement à un médecin. De plus, les personnes qui n'ont pas de médecin de famille (patients orphelins) peuvent se prévaloir de ce service. Néanmoins, ce type de service ne permet pas de faire des suivis à long terme qui sont généralement assurés par les médecins de famille. Par conséquent, un lien devra être fait avec le guichet des clientèles orphelines qui a été mis en place dans chaque CSSS.

Le groupe s'est également inspiré des constats et des recommandations issus du projet DICE (http://www.diabete.qc.ca/html/le_diabete/recherche/html/dice.html) (*Diabetes In Canada Evaluation*)

- Selon l'étude DICE, la glycémie n'est pas adéquatement maîtrisée pour quatre Québécois sur dix atteints de diabète de type 2. De ce fait, les médecins devraient amorcer le traitement le plus tôt possible et traiter plus énergiquement le diabète de type 2, comme recommandé dans les lignes directrices 2008 de l'Association canadienne du Diabète (ACD).
- Les médecins prenant part à l'étude ont désigné les modifications du mode de vie comme moyen choisi pour atteindre l'équilibre glycémique chez 79 % de leurs patients diabétiques. Paradoxalement, ils ont également affirmé que la non-observance du régime alimentaire (72 %) et du programme d'exercice (71 %) étaient les principaux obstacles à l'atteinte des objectifs thérapeutiques de la vaste majorité de leurs patients.

En Montérégie, pour pallier ces deux constats, un autre groupe de travail relevant de la Direction des affaires médicales et des partenariats professionnels (DAMUPP) et du Département régional de médecine générale (DRMG) a été créé; il s'agit du « comité CoMPAS (*collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services*) ». Ce groupe travaille sur l'amélioration continue des pratiques médicales et l'une de ses priorités est d'améliorer la condition de santé des patients atteints de certaines maladies chroniques et des comorbidités qui les accompagnent.

Il souhaite implanter progressivement et volontairement un suivi systématique des clientèles atteintes de maladies chroniques en Montérégie par l'entremise des établissements, des médecins de famille et autres partenaires, notamment les

pharmaciens et les patients. Des ateliers de pratique réflexive ont été organisés dans les RLS.

Suite à ces ateliers de pratique réflexive, il a été suggéré de s'assurer d'une collaboration plus serrée entre les médecins du DRMG et le gestionnaire de première ligne responsable de la trajectoire pour la clientèle atteinte de maladies chroniques.

Concernant la collaboration entre les médecins et les autres intervenants en maladies chroniques, il est ressorti, lors du forum d'experts qu'il fallait délimiter clairement les rôles et responsabilités des partenaires et développer la confiance entre intervenants impliqués dans les soins, le tout dans une optique de complémentarité (Smith 2010). Cela a amené le groupe à suggérer la mise en place d'une collaboration plus poussée entre les médecins de famille et les équipes des CED.

En effet, dans un des RLS de la Montérégie, un partenariat a été créé entre les GMF et le CED. La nutritionniste du CED se déplace dans les GMF pour donner de l'enseignement aux patients. Des rencontres ont lieu à intervalles réguliers entre les infirmières GMF et l'équipe du CED dans un souci d'optimisation. Ainsi, les infirmières GMF et les nutritionnistes effectuent un suivi conjoint des patients et le partage de leurs tâches serait bien établi.

De plus, comme l'accessibilité au médecin de famille peut être limitée, il faut prévoir que le dépistage et la première ligne d'intervention (enseignement, diète, glycémies capillaires) puissent se faire par le biais du guichet de la clientèle orpheline en utilisant des ordonnances collectives.

Recommandation 2 : Les médecins et autres professionnels de la santé et les organismes publics devraient consolider leur travail de collaboration afin d'assurer une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Les patients orphelins devraient systématiquement être dirigés au guichet d'accès des clientèles orphelines.

B. CSSS : Le CLSC

Il offre plusieurs services :

Les centres d'enseignement du diabète : présents dans tous les réseaux locaux de services (RLS), leur équipe est composée minimalement d'une infirmière et d'une nutritionniste qui, selon les territoires, travaillent à temps complet ou partiel pour le CED. À ces deux professionnels, peuvent quelquefois s'adjoindre un kinésologue qui travaille généralement à temps partiel.

Le rôle du CED est de transmettre de l'information aux patients et de les impliquer de façon à favoriser l'« autogestion » c'est-à-dire les patients acquièrent les connaissances et les habiletés nécessaires pour gérer leur maladie, dans l'optique d'une prise en

charge de celle-ci. D'ailleurs, lors de l'agrément des établissements, le Conseil canadien d'agrément des services de santé évalue leur aptitude à collaborer avec la communauté afin d'aider les patients à gérer eux-mêmes leur maladie chronique. Il faut noter que l'équipe interdisciplinaire offrant des services aux patients atteints de maladies chroniques fait également partie de cette évaluation (Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) 2009).

Aussi, les centres d'enseignements du diabète ont fait l'objet d'une recherche documentaire poussée et plusieurs éléments sont ressortis concernant :

- *La comparaison entre l'éducation individuelle et l'éducation de groupe :*

Selon diverses études systématiques et divers essais contrôlés randomisés (Consortium 2009), il n'y a pas de différence significative entre les deux méthodes, après 12 à 18 mois, concernant les aspects suivants :

- Le contrôle glycémique;
- La pression artérielle;
- Les connaissances des saines habitudes de vie;
- Certains aspects psychologiques.

- *L'impact d'un programme éducatif structuré en groupe :*

Un tel programme, destiné aux usagers récemment diagnostiqués, qui est dispensé pendant six heures et est animé par deux éducateurs, a permis d'améliorer, 12 mois plus tard, les aspects suivants (Davies, Skinner et al. 2008) :

- Une perte de poids plus importante;
- Un nombre plus élevé d'abandons du tabagisme;
- De meilleures connaissances sur le diabète.
- Aucune amélioration de l'HbA1c n'a, toutefois, été enregistrée.

- *L'impact de la durée des sessions : suite à l'analyse de 50 essais contrôlés (Lifeng and Sidani 2009) :*

Les programmes individuels ou de groupe, s'échelonnant sur plus de 24 semaines, ont un meilleur impact. La tendance a démontré un meilleur apprentissage si le nombre de sessions est supérieur à 10 rencontres. Les interventions offertes sur une longue période (6 mois à 1 an) avec un système de rappel dans les 3 à 6 mois démontrent un degré d'efficacité supérieur aux interventions à court terme (Consortium 2009).

- *L'impact des suivis téléphoniques :*

Ils se sont avérés efficaces pour soutenir l'autogestion chez les usagers résistants ou non disponibles aux rencontres (Lifeng and Sidani 2009). Le suivi téléphonique représente une avenue à promouvoir pour soutenir efficacement à long terme les

patients diabétiques. Toutefois, la littérature note que les principes d'autogestion doivent être inclusifs dans ces suivis téléphoniques. De plus, les patients les apprécient grandement. La durée moyenne de ces appels est estimée entre 15 à 20 minutes, et ce, pour une fréquence de 1 à 2 fois par semaine. (Lévesque, Salois et al. 2010).

Les sessions de rappel sont fortement recommandées pour soutenir à long terme; l'autogestion et le maintien des changements de comportements (Lifeng and Sidani 2009).

Recommandation 3 : Échelonner les sessions des centres d'enseignement sur une période plus longue (de 6 mois à 1 an) en les accompagnant d'un système de rappel est un facteur de succès. Les contacts téléphoniques par des professionnels se sont avérés efficaces pour soutenir l'autogestion.

Comme mentionnées précédemment (voir Chapitre 2), les expériences réalisées dans d'autres régions ont suggéré au groupe de travail la mise sur pied d'une seule et même équipe interdisciplinaire dédiée aux maladies chroniques. Cela, d'autant plus que le volet d'amélioration des saines habitudes de vie est souvent commun à plusieurs maladies chroniques et que certains patients sont atteints de plusieurs maladies chroniques à la fois (comorbidités). De plus, le MSSS, dans son projet d'orientation pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, préconise de regrouper l'ensemble des services spécifiques aux maladies chroniques en une équipe « maladies chroniques » dédiée en première ligne (diabète, asthme, MPOC, hypertension, maladies cardiaques, arthrite).

Recommandation 4 : Dans un souci d'optimisation des ressources et de mieux desservir le patient souffrant de multiples pathologies, les CSSS pourraient envisager de mettre en place un seul centre d'accompagnement et d'intervention en maladies chroniques (CAIMC), avec un tronc commun, en lien avec l'alimentation et l'activité physique ainsi que des spécialités liées à la pathologie chronique (diabète, MPOC, maladies cardiovasculaires...)

Le CAIMC serait composé d'un tronc commun équivalent à une équipe de base constituée des professionnels suivants : infirmière, nutritionniste, kinésiologue et travailleuse sociale, ainsi que d'autres professionnels plus spécifiques à chaque pathologie. Pour faciliter le travail entre les différents intervenants, des plans d'intervention interdisciplinaires (PII) devraient être utilisés. Il y aurait lieu de soutenir l'encadrement de la pratique professionnelle pour la région dans une optique d'optimisation des ressources. Les membres de cette équipe de base devraient avoir la possibilité d'effectuer des références vers les médecins spécialistes avec un accès facilité, car les usagers doivent souvent attendre plusieurs mois avant de revoir leur

médecin de famille. Les patients des cliniques externes ou des centres de jour devraient bénéficier des services du tronc commun. Ce tronc commun doit également avoir un arrimage fluide avec les centres d'abandon du tabagisme (CAT).

Le soutien à domicile et les services courants : une certaine proportion des personnes âgées sont atteintes de maladies chroniques et ont souvent recours au service du Soutien à domicile (SAD). Le personnel soignant du SAD peut être mis à contribution pour renforcer l'enseignement, dans la mesure où il demeure cohérent avec les messages véhiculés par le CAIMC. De même, les professionnels des services courants peuvent également le faire, lorsque l'occasion se présente. Dans cette optique, les intervenants du SAD et des services courants recevraient de la formation et bénéficieraient du coaching de l'équipe du CAIMC afin d'appuyer le message des centres d'enseignement. Dans un des CSSS de la région, les infirmières du service courant, par le biais de la clinique des plaies, peuvent diriger des patients au CAIMC. C'est la même chose pour tous les intervenants en contact avec des patients qui, selon leur jugement clinique, auraient besoin de recevoir de l'enseignement.

Recommandation 5 : Les intervenants de la mission CLSC des CSSS qui offrent des services aux patients atteints de maladies chroniques pourraient renforcer le message véhiculé par le centre d'accompagnement et d'intervention en maladies chroniques (CAIMC) et les y référer lorsque requis.

C. Partenaires du réseau local de services

Plusieurs partenaires sont d'ores et déjà impliqués dans les soins aux patients diabétiques : il s'agit surtout des pharmaciens et des organismes communautaires.

Les pharmaciens communautaires ont généralement des contacts fréquents avec les patients diabétiques. Ils peuvent, de ce fait, renforcer l'enseignement donné aux patients dans les CAIMC, et même y référer les patients s'ils le jugent pertinent, d'où l'intérêt d'établir des liens entre les CSSS et les pharmacies communautaires. Le forum d'experts a recommandé de les impliquer davantage (Smith 2010). Les pharmaciens communautaires peuvent également s'assurer de l'observance du traitement, surveiller les effets secondaires des médicaments et prévenir les interactions médicamenteuses.

Les organismes communautaires ont, principalement, un rôle de soutien. Le forum d'experts préconise l'implication des organismes communautaires et les identifie comme étant un des moyens efficaces de soutenir l'autogestion (Smith 2010). Grâce à « l'effet de groupe », ils aident le patient à renforcer l'autogestion de sa maladie. Ils donnent des conférences sur divers sujets d'intérêt, effectuent quelquefois des visites à l'épicerie avec le patient accompagné d'une nutritionniste et offrent des ateliers de cuisine collective pour diabétique sur la base des recommandations.

Les podiatres ont un rôle important à l'égard des soins des pieds : les CSSS ou les médecins en cabinet pourraient conclure des ententes avec des podiatres et offrir à la clientèle la liste des spécialistes en soins des pieds.

Les optométristes ont un rôle au niveau du dépistage de la rétinopathie diabétique : les CSSS ou les médecins en cabinet pourraient s'associer avec les optométristes et leur diriger les patients, comme recommandé dans les lignes directrices.

Les centres de réadaptation en déficience physique ont un rôle au niveau de la réadaptation des patients : les CSSS ou les médecins devraient adresser les patients au Centre montréalais de réadaptation (CMR) pour des services de réadaptation suite à une déficience motrice (amputation) et à l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) suite à une déficience visuelle. L'INLB offre des services en de réadaptation dont l'attribution d'aide technique requise (exemple : la validation du glucomètre pour les patients diabétiques ayant une rétinopathie), la sécurité dans les déplacements pour éviter les risques de chutes (exemple : neuropathie diabétique). Le but étant d'aider le patient à mieux gérer ses soins malgré son handicap. L'accès à ces services se fait par le biais d'une référence du CSSS qui suit le patient.

Recommandation 6 : Les CSSS ou les médecins devraient diriger les patients aux différents partenaires du réseau local de services lorsque requis et en se basant sur les guides de bonne pratique.

4.2.3 Deuxième ligne

À ce palier de soins, une clinique de référence prendrait en charge les patients à haut risque qui représentent environ 20 % des personnes atteintes, comme décrit précédemment dans le modèle. La clinique devrait être constituée d'une équipe interdisciplinaire qui comprend des infirmières, des nutritionnistes, des pharmaciens, des psychologues et des médecins possédant une expertise de pointe en diabète.

Cette équipe apporterait, en cas de nécessité, un support aux équipes de première ligne et pourrait éventuellement réaliser du coaching auprès des équipes de première ligne lors de formations. Elle pourrait également référer des patients, qu'elle jugerait stables, aux équipes de première ligne et s'occuper des patients avec diabète non contrôlé référés par les équipes de première ligne. Les patients qui le requièrent devraient être référés au CMR pour la réadaptation en déficience physique et à l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) suite à une déficience visuelle.

Recommandation 7 : Une équipe interdisciplinaire spécialisée de 2^e ligne prendrait soin des patients à haut risque, travaillant en étroite collaboration avec les équipes de première ligne.

4.2.4 Troisième ligne

À ce palier de soins, le personnel soignant prendrait en charge les patients à très haut risque (5 %) précédemment décrits. Ces patients, en raison de leur état de santé plus complexe (*complications et comorbidités*), devraient être suivis par des ressources plus spécialisées et, si possible, bénéficier d'un gestionnaire de cas, comme recommandé par le modèle de Kaiser Permanente (Programme-services Santé physique 2007). On estime que près de la moitié des personnes qui souffrent d'une maladie chronique doivent aussi composer avec d'autres morbidités. La coordination et l'intégration des services sont des composantes bien documentées dans la littérature (Kreindler 2008).

La présence d'un gestionnaire de cas, travaillant étroitement avec les médecins cliniciens, de par ses expertises cliniques et sa capacité d'identifier les besoins systémiques des individus, constitue un apport significatif pour assurer le suivi des usagers et la coordination des intervenants (Corser 2009).

Recommandation 8: Les patients à très haut risque devraient, si possible, bénéficier d'un gestionnaire de cas.

La figure 6 nous montre un modèle de trajectoire pour les usagers atteints de diabète.

Pour le patient, différentes portes d'entrée au système sont possibles :

- L'urgence ;
- Les médecins omnipraticiens ;
- Les infirmières cliniciennes spécialisées (IPS) ou les cliniques externes.

Quelle que soit la porte d'entrée, un dépistage basé sur les lignes directrices canadiennes doit être réalisé. Si le résultat est négatif, le patient est retourné en première ligne où les pratiques cliniques préventives habituelles devraient être appliquées. Dans le cas contraire, si le patient est diabétique ou prédiabétique, il devrait être référé au CAIMC où, en collaboration avec le patient, des objectifs à atteindre seraient fixés. Si ces objectifs sont atteints, le patient retourne à son médecin de famille ou au guichet, pour la clientèle orpheline, avec en main un rapport.

Si les objectifs ne sont pas atteints, un suivi individuel est effectué au moyen de rencontres individuelles, suivis téléphoniques ou courriels. Une révision systématique de l'enseignement serait souhaitable tous les trois ans.

5. MÉCANISMES DE LIAISON ET DE RÉFÉRENCE ENTRE LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

Pour développer efficacement des services intégrés destinés aux patients diabétiques, il faut mettre en place des mécanismes de coordination (Smith 2010), à savoir :

- Le partage d'un formulaire commun de références : première, deuxième et troisième lignes;
- La détermination du rôle de chacun pour assurer une systématisation des soins;
- Les mécanismes de liaison clairement définis en partenariat avec les divers services;
- Le partage d'information à partir de dossiers papier vers des dossiers informatisés (ex. : dossier MCAS, fiche de liaison), comme recommandé dans le CCM;
- Le répertoire d'échange d'information interservices;
- La mise en place de tables sectorielles (*Diabetes In Canada Evaluation*) propres à chaque profession afin de développer et consolider l'expertise;
- La mise en place d'un comité local de coordination des maladies chroniques dans chaque RLS ;
- La consolidation et le développement des liens formels entre les équipes de santé publique des CSSS et les cliniciens des cabinets privés, mais également du CAIMC.

Lorsque le portrait des services offerts en Montérégie a été réalisé, il en ressortait un manque de liens entre les différents acteurs impliqués dans la trajectoire du diabète.

Parmi les solutions potentielles, on retrouve :

1. L'ajout d'un « *gestionnaire de première ligne responsable de la trajectoire des personnes atteintes de maladie chronique* ». Cet intervenant peut être mis en place ou existe déjà au sein des établissements. Le grand volet de coordination des soins figure dans la description de ses fonctions.

De manière globale, cette ressource devra veiller à la coordination, la continuité et l'efficacité des soins et services offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques sur son territoire.

Voici le descriptif un peu plus détaillé de ses fonctions :

- Elle effectuera dans un premier temps, le volet diabète et ensuite un portrait de l'ensemble des services offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques ;
- Elle arrimera les services afin d'assurer leur complémentarité ;
- Elle organisera les services de concert avec les équipes afin d'éviter les duplications ;
- Elle développera et hiérarchisera les trajectoires de soins et de services sur le territoire en tenant compte des recommandations proposées par le groupe de travail régional ;
- Elle s'assurera de l'orientation des clientèles vers les bons services en tenant compte du principe d'équité ;
- Elle documentera, surveillera et évaluera les processus de soins et de services en place sur le territoire, tant sur le plan de la performance que de la qualité (ex. : compléter un tableau de bord harmonisé pour tous les CSSS, analyser les profils d'utilisation et les parcours de soins dans son territoire) ;
- Elle sera au fait et participera aux travaux liés aux projets cliniques de son réseau local de services, ainsi qu'aux diverses tables des réseaux locaux de services ;
- Elle siègera et participera aux travaux du groupe de travail régional avec le soutien de l'Agence ;
- Elle stimulera la volonté des gestionnaires à soutenir plus efficacement les intervenants professionnels face aux changements (Smith 2010) ;
- Elle participera aux projets et travaux d'amélioration des pratiques et d'évaluation de performance en cours sur son territoire (ex : Projet CoMPAS ou autres démarches) ;
- Elle émettra des recommandations auprès de son supérieur hiérarchique, notamment sur le portrait de situation et des propositions du groupe de travail régional.

Recommandation 9 : Un responsable de la trajectoire des maladies chroniques devrait être assigné dans tous les établissements et travailler en tandem avec un médecin désigné du DRMG local.

2. La mise en place d'un logiciel permettant de suivre la trajectoire des patients, d'effectuer leur suivi et de partager l'information entre les différents intervenants.
3. L'élaboration d'un formulaire inter-intervenant comportant de l'information pertinente sur le patient et circulant entre les divers intervenants serait une solution alternative si l'informatisation n'est pas disponible.

6. PROCHAINES ÉTAPES

Ce cadre de référence a pour objectif principal de soutenir les établissements et leurs équipes en leur offrant des balises permettant la mise en place d'une trajectoire de services intégrés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques. Il a été conçu afin de les orienter tout en respectant leur autonomie, l'adaptation du cadre à leur spécificité locale et leur responsabilité dans les choix de priorité d'action nécessaire à la mise en place du programme.

Suggestions d'actions à réaliser en vue de l'implantation du cadre de référence :

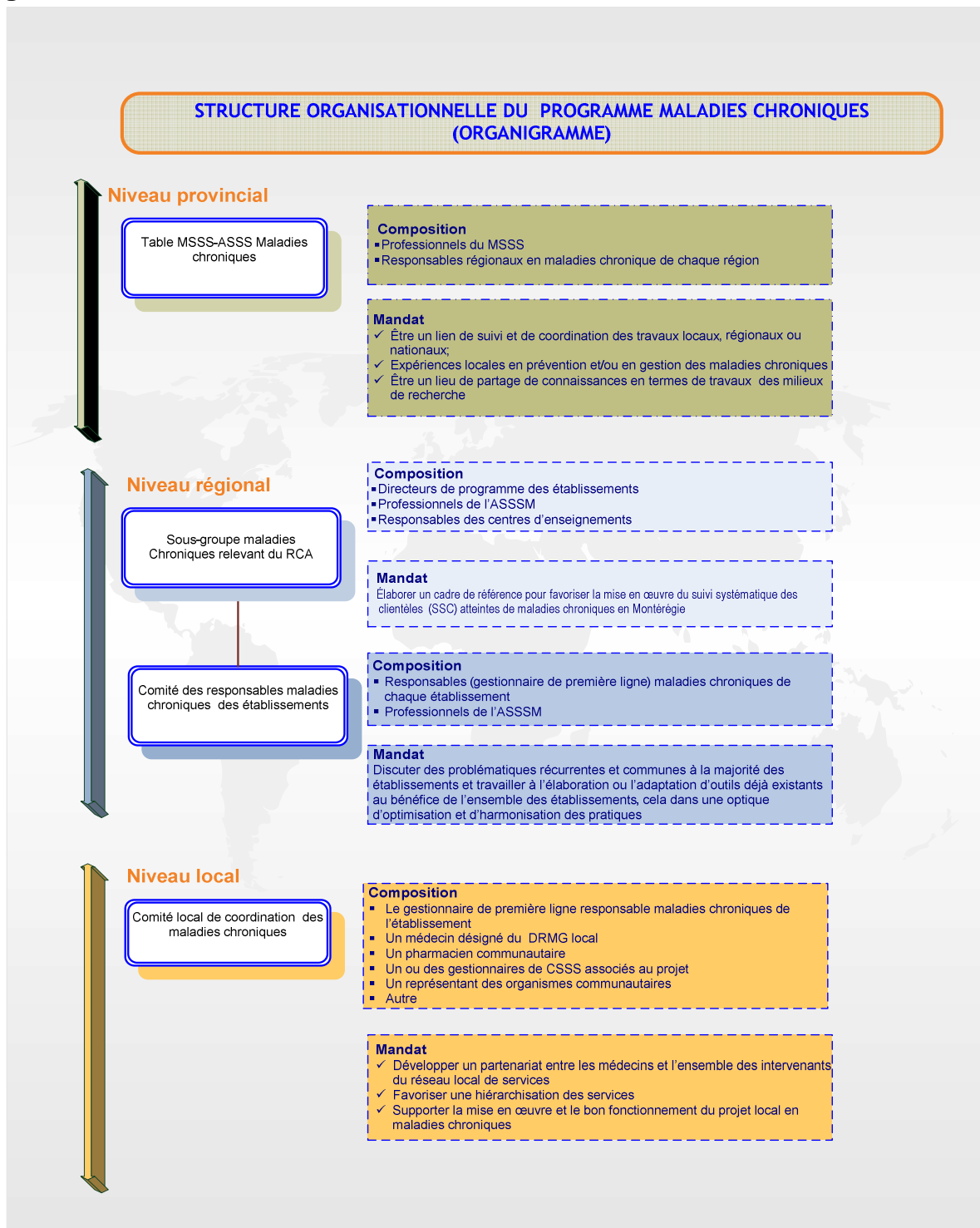
1. Identifier un responsable des maladies chroniques dans chaque établissement;
2. Mettre en place une gouvernance du projet « *Maladies chroniques* » soit, instaurer un comité local de coordination des maladies chroniques. Il serait composé de médecins dont un médecin désigné du DRMG local, de gestionnaires, d'autres représentants du réseau local de services (organismes communautaires, intersectoriels...) et des responsables de trajectoire. En effet, une telle équipe chargée d'implanter le cadre de référence, d'évaluer le programme et trouvant des solutions aux problèmes, au fur et à mesure de l'implantation, est primordiale. C'est une des conditions facilitant l'implantation du CCM. Le tandem formé par le médecin désigné du DRMG local et la responsable de trajectoire des maladies chroniques travailleraient en étroite collaboration pour la mise en place de projets « maladies chroniques », comme recommandé par les membres du Comité CoMPAS.

Recommandation 10 : Un comité de coordination local des maladies chroniques doit être mis en place dans chaque RLS.

3. Mettre en place un comité régional avec les responsables des maladies chroniques (Gestionnaire de première ligne, responsable de la trajectoire des maladies chroniques) désigné dans chaque établissement au niveau régional (voir figure 7). Ce comité discuterait des problématiques récurrentes et communes à la majorité des établissements et travaillerait à l'élaboration ou l'adaptation d'outils déjà existants au bénéfice de l'ensemble des établissements, cela dans une visée d'optimisation et d'harmonisation des pratiques;
4. Planifier la diffusion du cadre de référence;

5. Planifier l'implantation du modèle;
6. Évaluer les résultats; Transposer la trajectoire « Maladies chroniques » à d'autres maladies chroniques dont la MPOC les maladies cardiovasculaires et l'asthme.

Figure 7



CONCLUSION

En matière de diabète, la Montérégie offre une gamme assez étendue de services. Néanmoins, des lacunes sont visibles au niveau de la coordination et de la continuité des soins sur le long terme.

Les établissements en sont conscients et, de ce fait, ils ont d'ores et déjà entrepris divers projets novateurs et variés pour pallier ces lacunes. Ce document est un cadre basé sur les meilleures pratiques qui devrait être adapté au contexte local et en fonction des ressources disponibles. Toutefois, ce sera à chaque RLS de développer un leadership et favoriser l'implantation de son projet de lutte aux maladies chroniques.

BIBLIOGRAPHIE ET LISTE DES RESSOURCES

- Borgès Da Silva (2005).
- Borgès Da Silva (Octobre/décembre 2005). "La gestion intégrée des soins : l'expérience de Kaiser permanente et de Veterans health administration, aux USA " Revue médicale de l'assurance maladie **36**(4): 323-335.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) (2009). Programme d'agrément du CCASS-Normes -Population vivant avec une maladie chronique: 9-10.
- Consortium, D. A. G. D. (2009). National Evidence based guideline for patient education in type 2 Diabetes. U. o. Sidney: 145.
- Corser, K. (2009). "Facilitating patient's diabetes self-management." Journal of Nursing Care Quaterly **4**(2): 172-178.
- Davies, M., T. Skinner, et al. (2008). "Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. ." British Medical Journal **336**: 491-495.
- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, E. (2005). **3.1**.
- HCLM et CSSS Champlain (novembre 2008). "Cadre de référence: Continuum de services des maladies chroniques-Volet diabète." 64 p.
http://www.diabete.qc.ca/html/le_diabete/recherche/html/dice.html. from
http://www.diabete.qc.ca/html/le_diabete/recherche/html/dice.html.
- Institute for Innovation and Improvement (2006). "Improving Care for People with Long-Term Conditions. A review of UK and International Frameworks,." (University of Birmingham, National Health Service).
- Kreindler (2008).
- Kreindler (2009). "Lifting the burden of chronic disease: what has worked? What hasn't ? What next?" Healthcare quaterly **12 n 2**: 30-41.
- Kreindler (2009). "Lifting the burden of chronic disease: what has worked? what hasn't? what next?" Healthcare quaterly **12, n 2**.
- Kreindler, S. A. (2008). "Watching your wait: evidence-informed strategies for reducing health care wait times." Qual Manag Health Care **17**(2): 128-135.
- Le Commissaire à la santé et au bien être (2010). "Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010- État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et des services sociaux." p.18.
- Lévesque, J.-F., R. Salois, et al. (2010). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2010. Québec, CSBE.
- Lifeng, F. and S. Sidani (2009). "Effectiveness of diabetes self-management education intervention elements : a meta-analysis." Canadian Journal of Diabetes **33**(1): 18-26.
- McGlynn, E. A., S. M. Asch, et al. (2003). "The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States." New England Journal of Medicine **vol. 348, no 26**: 2635-2645.

- Montague, T. (2004). Le patient avant tout : combler les écarts thérapeutiques au Canada. [Mississauga], John Wiley & Sons Canada.
- Montague, T. (2005). "Le patient avant tout: Combler les écarts thérapeutiques au Canada." 352.
- Nutting, P. A., W. P. Dickinson, et al. (2007). "Use of chronic care model elements is associated with higher-quality care for diabetes." Ann Fam Med **5(1)**: 14-20.
- Programme-services Santé physique (2007). Prévention et gestion des maladies chroniques.
- Programme-services Santé physique (2007). Prévention et gestion des maladies chroniques 2007-2012: p.19.
- Roy, A. D. (2006). Un système de gouvernance régionale axé sur l'amélioration continue de la performance: Projet de santé et bien-être Montérégie. Document synthèse soumis lors du 4e colloque montréalais sur les réseaux locaux de services.
- Schaefer, C. e. c. (2005). "Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par des saines habitudes de vie: Programme 0-5-30 Combinaison/prévention." (Direction de santé publique de la Montérégie).
- Singh and et coll (2005).
- Smith, A. (2010). Résumé du forum d'expert en diabète: Identification d'un modèle de services intégrés par une équipe multidisciplinaire permettant d'assurer le suivi systématique optimal en première ligne auprès des clientèles atteintes de diabète de type 2
- Smith, A. (2010). Résumé du forum d'expert en diabète: Identification d'un modèle de services intégrés par une équipe multidisciplinaire permettant d'assurer le suivi systématique optimal en première ligne auprès des clientèles atteintes de diabète de type 2
- Smith, A. (2010). Résumé du forum d'expert en diabète: Identification d'un modèle de services intégrés par une équipe multidisciplinaire permettant d'assurer le suivi systématique optimal en première ligne auprès des clientèles atteintes de diabète de type 2
- Smith, A. (2010). Résumé du forum d'expert en diabète: Identification d'un modèle de services intégrés par une équipe multidisciplinaire permettant d'assurer le suivi systématique optimal en première ligne auprès des clientèles atteintes de diabète de type 2
- Smith, A. (2010). Résumé du forum d'expert en diabète: Identification d'un modèle de services intégrés par une équipe multidisciplinaire permettant d'assurer le suivi systématique optimal en première ligne auprès des clientèles atteintes de diabète de type 2
- Smith, A. (2010). Résumé du forum d'expert en diabète: Identification d'un modèle de services intégrés par une équipe multidisciplinaire permettant d'assurer le suivi systématique optimal en première ligne auprès des clientèles atteintes de diabète de type 2
- Smith, A. (2010). Résumé du forum d'expert en diabète: Identification d'un modèle de services intégrés par une équipe multidisciplinaire permettant d'assurer le suivi systématique optimal en première ligne auprès des clientèles atteintes de diabète de type 2
- Tsai, A., S. Morton, et al. (Août 2005). "A meta-analysis of interventions to improve Care for chronic illnesses." The american journal of managed care **11**: 478-488.
- Wagner, E. H. (1998). "Chronic Disease Management: What will it take to improve care for chronic illness?" Effective Clinical practice **1**: 2-4.

Annexe I

CONSTATS DU GROUPE DE TRAVAIL

CONSTATS DU GROUPE DE TRAVAIL

Une collecte de données a été réalisée, en avril 2008, auprès de tous les établissements de la Montérégie. Elle a été effectuée par l'envoi d'un questionnaire et, lorsque nécessaire, par des entrevues téléphoniques. Cela nous a permis de faire certains constats :

Offre de services dans les établissements	
Centre d'enseignement du diabète (CED)	Les 12 établissements de la région ont un CED Couverture : 12/12
Composition de l'équipe du CED	Réponses (R) : 12/12 1. Infirmière ² 2. Nutritionniste à temps partiel ou temps plein 3. Kinésologue (3/12)
Critères d'admission	R : 12/12 1. Diabétique de Novo et moins d'un an 2. Pré diabétique +diabète 3. Syndrome métabolique +diabète 4. Tout diabétique Les diabètes de grossesse sont exclus dans la plupart des cas.
Pratiques cliniques préventives effectuées	
Counselling antitabagique	R : 9/12 Professionnels impliqués : 1. Infirmière (8/9) 2. GMF (5/9), médecin en GMF (6/9) 3. Services courants et SAD (6/9) 4. Médecin en cabinet (5/9)
Counselling activité physique	R : 9/12 Professionnels impliqués : 1. Infirmière (8/9) 2. Infirmière GMF (7/9), médecin en GMF (6/9) 3. Médecin en cabinet (5/9) 4. Kinésologue (3/9) 5. Nutritionniste (3/9)

² Sauf indication contraire, il est question de l'infirmière œuvrant au Centre d'enseignement du diabète.

Counselling nutritionnel individuel	R : 12/12 Professionnels principalement impliqués : 1. Nutritionniste (12/12) 2. CSSS services courants SAD (4/12) 3. Infirmière (3/12)
Counselling nutritionnel en groupe	R : 12/12 Professionnels impliqués : 1. Nutritionniste (12/12)
Suivi psychologique	R : 7/12 Professionnels impliqués : 1. Infirmière (2/12) 2. Travailleuse sociale (1/12) 3. Psychologue (4/12) 4. Médecin interniste ou endocrinologue (3/12) 5. Médecin en cabinet (2/12) 6. Médecin en GMF (1/12)

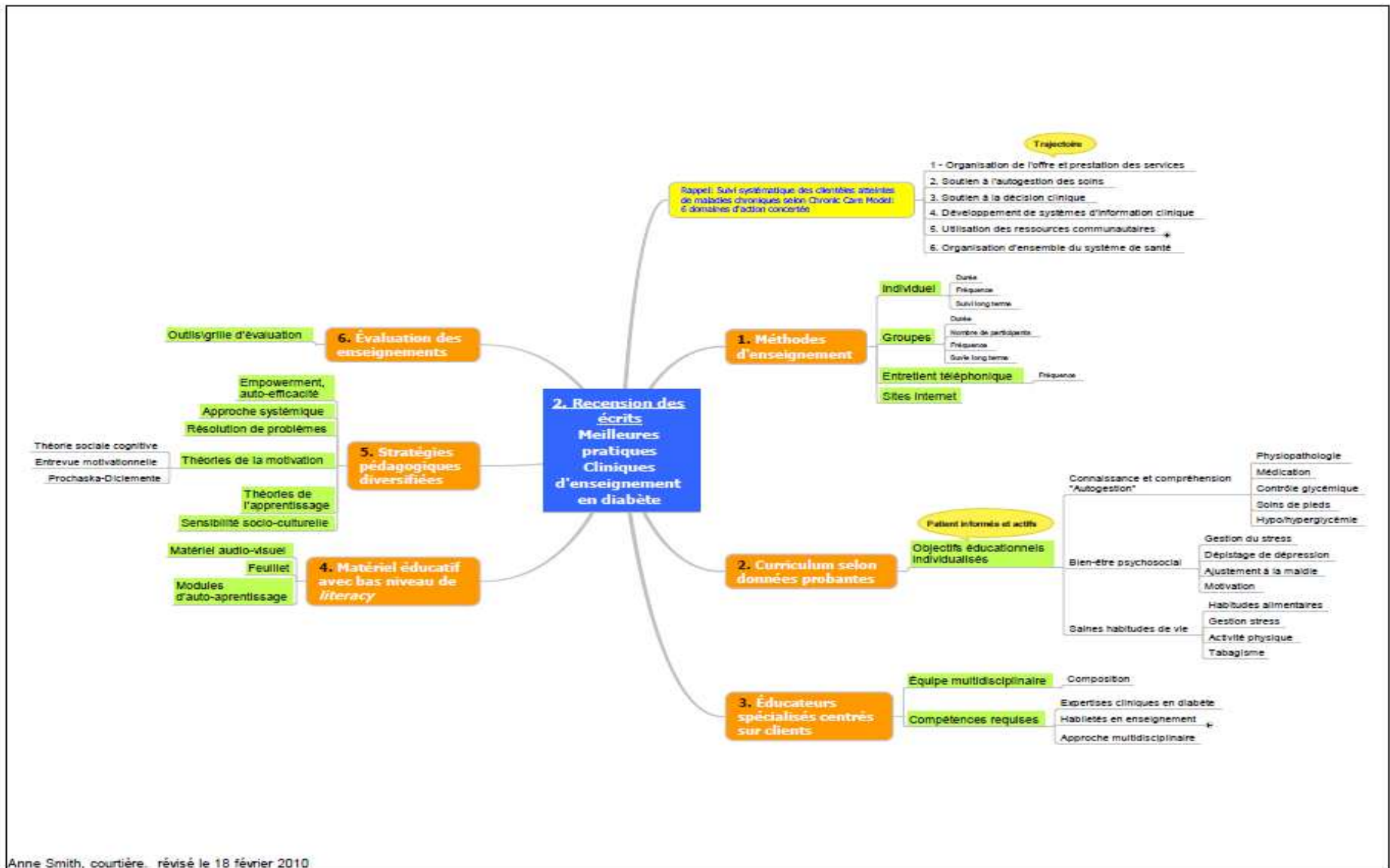
Mécanismes de suivi et de référence

Suivi téléphonique post enseignement	Professionnels impliqués : 1. Infirmière (12/12) 2. Nutritionniste (6/12)
Système de rappel	Professionnels impliqués : 1. Infirmière (7/12) 2. Nutritionniste (5/12)
Transmission du rapport sommaire au médecin traitant	Professionnels impliqués : 1. Infirmière (9/12) 2. Nutritionniste (7/12) 3. Endocrinologue ou interniste (2/12) 4. Suite à l'hospitalisation (4/12)
Référence à l'ophtalmologiste	Professionnels impliqués : 1. Infirmière (3/12) 2. Médecin interniste ou endocrinologue (5/12) 3. Médecin GMF (6/12) 4. Médecin en cabinet (5/12) 5. Lors d'une hospitalisation (4/12)
Référence aux organismes communautaires	Mission CLSC via les intervenants du CED ou du SAD

Annexe 2

**PRIORISATION DE RECENSION DES ÉCRITS ;
CLINIQUES D'ENSEIGNEMENT DU DIABÈTE (2010)**

PRIORISATION DE RECENSION DES ÉCRITS ; CLINIQUES D'ENSEIGNEMENT DU DIABÈTE (2010)



Anne Smith, courtière, révisé le 18 février 2010

Annexe 3

CENTRES D'ENSEIGNEMENT DU DIABÈTE (CED) DE LA MONTÉRÉGIE



CLINIQUES D'ENSEIGNEMENT DU DIABÈTE EN MONTÉRÉGIE (2009)

ÉTABLISSEMENTS CSSS	TYPOLOGIE DES CLINIQUES	PORTE D'ENTRÉE À LA CLINIQUE (RÉFÉRENCE)	SUIVI POSTENSEIGNEMENT
du Suroît	Une seule clinique située en CH	Patients référés par l'infirmière GMF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi téléphonique postenseignement ▪ Visites de relance effectuées par l'infirmière et la nutritionniste
Richelieu-Yamaska	Centre intégré du diabète avec guichet unique, patient référé en première ou deuxième ligne suivant certains critères édictés par les endocrinologues	Patients référés par les médecins de famille, les médecins spécialistes. Ils sont également acceptés sans référence.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi?
Pierre-De Saurel	Clinique en CLSC accepte tout diabétique de plus de 18 ans, sauf ceux dialysés et les femmes enceintes suivies en milieu hospitalier	Patients référés par le médecin de famille.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi tous les 3 mois ou les 6 mois, selon les besoins pendant minimalement 18 mois. Le dossier reste ouvert au besoin
la Pommeraie	Clinique en CH et en CLSC	Médecin de famille en cabinet, infirmière GMF, médecin au sans rendez-vous, clinique CLSC pour le CH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi téléphonique postenseignement pour CH et CLSC, et système de rappel juste en CLSC
Pierre-Boucher	Guichet unique; patient référé en première ou deuxième ligne, suivant certains critères	Médecin de famille en cabinet, infirmière GMF, médecin au sans rendez-vous	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi téléphonique postenseignement, et système de rappel
de la Haute-Yamaska	Deux cliniques une au CH et une au CLSC	Référés par médecin de famille, infirmière GMF, médecin au sans rendez-vous	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi téléphonique postenseignement pour le CH et le CLSC ▪ Système de rappel juste en CLSC
Jardins-Roussillon	Deux cliniques, une au CH et une au CLSC. Au CLSC, ce sont les infirmières du SAD qui sont impliquées	Référés principalement par les infirmières du SAD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi téléphonique postenseignement pour les 2 missions ▪ Système de rappel au CH

ÉTABLISSEMENTS CSSS	TYPOLOGIE DES CLINIQUES	PORTE D'ENTRÉE À LA CLINIQUE (RÉFÉRENCE)	SUIVI POSTENSEIGNEMENT
Champlain	Une clinique en CLSC jumelée à un programme PRIISME qui perdure	Médecin de famille	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi pendant un an
du Haut-Saint-Laurent	Une seule clinique avec des membres de l'équipe en CH	Médecin de famille	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi téléphonique postenseignement ▪ Retour au médecin de la clinique ▪ Possibilité de revenir à la clinique lors de dîners-causeries
Hôpital Charles LeMoine	Une équipe qui souhaite travailler en collaboration avec le CSSS Champlain	Clinique CSSS Champlain, médecin de GMF, lors de l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi téléphonique postenseignement, et système de rappel
de Vaudreuil-Soulanges	Une seule clinique	Médecin de GMF, médecins en cabinets privés, cliniques sans rendez-vous	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi téléphonique postenseignement, ainsi qu'un système de rappel ▪ Suivi pendant 24 mois
Haut-Richelieu-Rouville	Une seule clinique au CLSC	Médecins ou patients	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relance après 2 ans mais abandonné faute de ressources

Annexe 4

LISTE DES RECENSIONS DES ÉCRITS EN LIEN AVEC LES CED



LISTES DES RECENSIONS DES ÉCRITS EN LIEN AVEC LES CED (2010)

- Compétences des éducateurs;
- Curriculum;
- Équipe multidisciplinaire;
- Forum d'experts en diabète, résumé;
- Littéracie;
- Meilleures approches éducatives pour les programmes d'enseignement en diabète;
- Méthodes d'enseignement;
- Programmes éducatifs en ligne pour la clientèle diabétique;
- Rôles et responsabilités selon les éléments du modèle de la trajectoire intégré-diabète;
- Suivis téléphoniques pour la clientèle diabétique.

Ces recensions se retrouvent dans l'CEIL Santé physique.

Annexe 5

MANDAT ET COMPOSITION SUGGÉRÉE DU COMITÉ LOCAL DE COORDINATION DES MALADIES CHRONIQUES



MANDAT ET COMPOSITION SUGGÉRÉE DU COMITÉ LOCAL DE COORDINATION DES MALADIES CHRONIQUES

Mandat

- Développer un partenariat entre les médecins et l'ensemble des intervenants du réseau local de services;
- Favoriser une hiérarchisation des services;
- Supporter la mise en œuvre et le bon fonctionnement du projet local en maladies chroniques;
- Mettre en place un processus d'évaluation;
- Assurer un plan de communication pour les médecins du territoire;
- Prévoir un plan de communication pour véhiculer les changements prévus au sein de l'établissement;
- Assurer la formation clinique des intervenants.

Composition suggérée

- Un médecin omnipraticien désigné par le DRMG local;
- Un pharmacien communautaire;
- Un ou des gestionnaires de CSSS associés au projet;
- Un représentant des organismes communautaires dédié aux maladies chroniques ciblées;

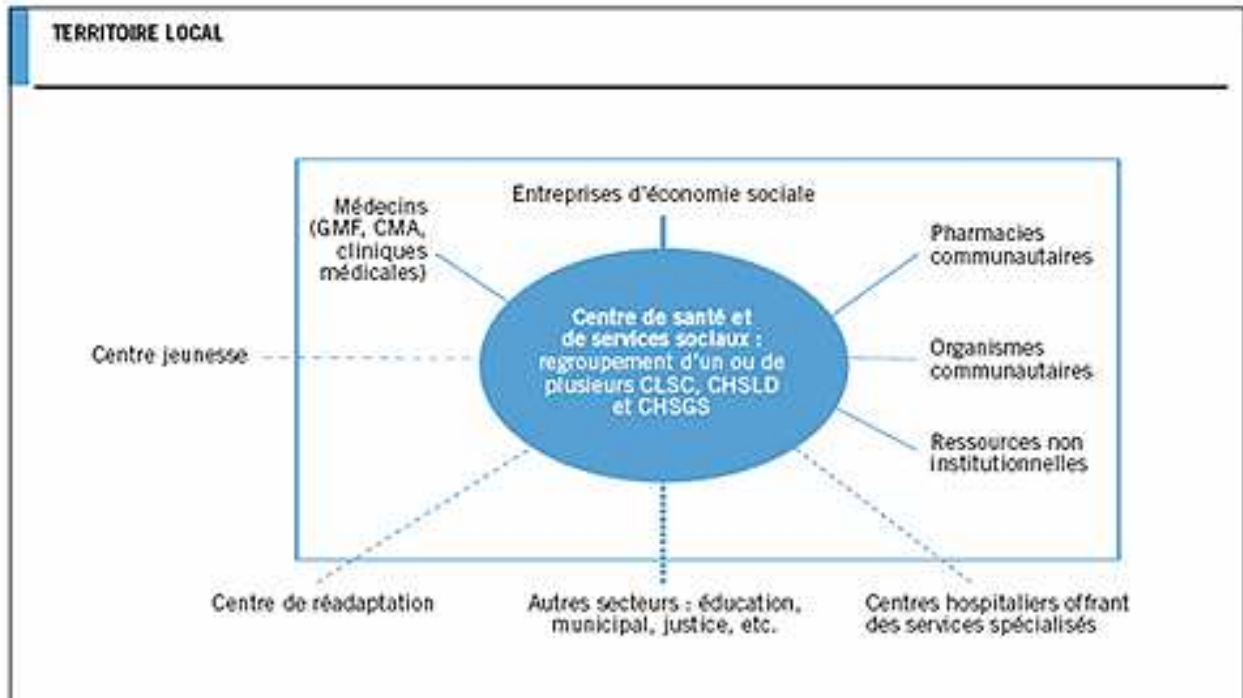
Partenaires potentiels qui se joindront au besoin

- Un professionnel dédié au volet :
 - Diabète
 - MPOC
 - Maladies cardiovasculaires (Wagner 1998)
 - Asthme
- Un représentant de la :
 - Direction de santé publique locale
 - Conférence régionale des élus (CRÉ) pour les saines habitudes de vie
- Toute autre personne dont la présence vous semble pertinente.

Annexe 6

RÉSEAU LOCAL DE SERVICES

RÉSEAU LOCAL DE SERVICES



LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

ACD	Association Canadienne du Diabète
AGJ	Anomalie de la glycémie à jeun isolée
ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
CCM	<i>CHRONIC CARE MODEL</i>
CAIMC	Centre d'accompagnement et d'intervention en maladies chroniques
CED	Centre d'enseignement du diabète
CH	Centre hospitalier
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR	Centre montérégien de réadaptation
CoMPAS	Collectif pour les Meilleures Pratiques et l'Amélioration des Soins et services
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DAMUPP	Direction des affaires médicales et des partenariats professionnels
DGIC	Direction de la gestion des connaissances
DICE	Diabetes In Canada Evaluation
DSR	Delivery System Redesign
ECCM	<i>Expanded Chronic Care Model</i>
GMF	Groupes de médecine de famille
HbA1C	Hémoglobine glycosylée (glyquée)
HCLM	Hôpital Charles LeMoine
IG	Intolérance au glucose
IPS	Infirmière praticienne spécialiste
MCV	Maladie cardiovasculaire
MED-ÉCHO	Base de données administratives renfermant des résumés de données cliniques et démographiques des malades hospitalisés dans les hôpitaux de soins actifs
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
OEIL	Outil d'échange d'information en ligne
PECCO	Prise en charge de la clientèle orpheline
PRIISME	Programme intégré d'information de suivi médical et d'enseignement
PSI	Plan de services individualisés
RCA	Réseaux clinico-administratifs (RCA)
RLS	Réseaux locaux de services
SAD	Soins à domicile
SD	Soins diabétologiques
SSC	Suivi systématique des clientèles