

GUIDE D'IMPLANTATION DU PROGRAMME AGIR SUR SA SANTÉ (ASSSÉ) À L'INTENTION DES GESTIONNAIRES DES CISSS ET DES CIUSSS

PAR LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE – DIRECTION DES SERVICES GÉNÉRAUX

JUILLET 2018

ÉQUIPE DE RÉALISATION

Rédaction

Marie Massuard, courtière de connaissances, Service de transfert de connaissances et des pratiques de pointe (STCPP), Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS).

Christine Brown, chargée de projet au développement et à l'implantation du programme Agir sur sa santé, assistante scientifique de recherche de l'Unité enseignement, traitement et recherche en obésité, Centre de recherche clinique du CHUS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Collaboration à la rédaction

Mona Abaoui, courtière de connaissances, STCPP, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Coordination

Julie Lane, chef de service du STCPP et adjointe au directeur, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS. (Jusqu'en novembre 2017).

Maryse Berthiaume, adjointe au directeur, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Validation

Dre Marie-France Langlois, endocrinologue et chercheure, Direction médicale de l'unité métabolique ambulatoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Linda Cormier, coordonnatrice RTS, Services spécialisés, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Sylvain Poisson, chef de service maladies cardiovasculaires, métaboliques et respiratoires, RLS Haute-Yamaska, La Pommeraie, Memphrémagog, Coaticook et Val-Saint-François, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Recherche documentaire

Francis Lacasse, bibliothécaire, Service des bibliothèques, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Citation proposée

Massuard, M. et Brown, C. (2018). *Guide d'implantation du programme Agir Sur Sa Santé (ASSSÉ) à l'intention des gestionnaires des CISSS et des CIUSSS*, Direction des services généraux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 23 pages.

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

ISBN 978-2-550-82026-0 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2018

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	4
INTRODUCTION AU GUIDE	5
À QUI S'ADRESSE CE GUIDE?	5
QU'EST-CE QU'AGIR SUR SA SANTÉ (ASSSÉ)?	5
POURQUOI IMPLANTER AGIR SUR SA SANTÉ (ASSSÉ)?	6
D'OÙ VIENT CE GUIDE?	7
COMMENT EST STRUCTURÉ CE GUIDE ?	7
ÉTAPE 1. MOBILISER LES GESTIONNAIRES ET FAIRE UN PLAN D'ACTION	8
ÉTAPE 2. FAIRE UN PORTRAIT DE LA SITUATION	10
ÉTAPE 3. ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT	11
ÉTAPE 4. SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CLINIQUES	13
ÉTAPE 5. METTRE EN PLACE DES STRATÉGIES DE PÉRENNISATION	14
POUR VOUS INSPIRER	15
1. APPROPRIATION D'UN NOUVEAU RÔLE POUR LES INFIRMIÈRES EN GMF	15
2. DÉDIER UNE PERSONNE EN SOUTIEN AUX MEMBRES DE L'ÉQUIPE EN CLSC	16
3. FACILITER LE PARTAGE D'INFORMATION ENTRE GMF ET CLSC	17
CONCLUSION	18
RÉFÉRENCES	19
<i>Annexe A. Illustration de la trajectoire de soins pour la prévention et la gestion des maladies chroniques cardio-métaboliques lors de l'implantation en Estrie</i>	21
<i>Annexe B. Programme et objectifs de la Formation sur le programme régional Agir sur sa santé pour la prévention et la gestion des maladies chroniques cardio-métaboliques</i>	22

LISTE DES ACRONYMES

ASSSÉ	Agir Sur Sa Santé
CCM	Chronic Care Model
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DMÉ	Dossier médical électronique
DOSPLI	Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés
DRMG	Département régional de médecine générale
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ETC	Équivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine familiale
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PSI	Plan de services individualisés
RLS	Réseau local de services

INTRODUCTION AU GUIDE

À QUI S'ADRESSE CE GUIDE?

Ce guide d'implantation du programme Agir sur sa santé (ASSSÉ) s'adresse aux gestionnaires des CISSS et des CIUSSS qui ont pour rôle d'assurer la prestation de soins et de services dans le domaine de la prévention et de la gestion des maladies chroniques, notamment en première ligne. Ces gestionnaires collaborent également avec les groupes de médecine familiale (GMF) et les partenaires du milieu communautaire.

QU'EST-CE QU'AGIR SUR SA SANTÉ (ASSSÉ)?

ASSSÉ est un programme de prévention et de gestion des maladies chroniques intégré. C'est-à-dire qu'il s'adresse aux personnes à risque de développer une maladie chronique ou qui souffre d'une ou plusieurs maladies chroniques (diabète, hypertension, obésité ou maladie cardiovasculaire). Il s'agit d'un programme développé en Estrie en 2013.

Le programme ASSSÉ en bref²

L'accès au programme peut se faire suite à la référence du médecin de famille ou d'un autre professionnel de la santé. Une personne qui répond aux critères d'éligibilité peut aussi faire une demande par autoréférence.

Les critères d'éligibilité sont d'avoir au moins un facteur de risque modifiable biologique ou associé au mode de vie ou d'avoir au moins un diagnostic d'une maladie chronique.

Le programme se déroule généralement selon la séquence suivante :

- La personne a une rencontre initiale avec une infirmière :
 - o évaluation des habitudes de vie de la personne;
 - o échange au sujet de l'impact des comportements sur sa santé;
 - o proposition d'interventions pouvant être nécessaires selon la condition de santé de la personne et sa motivation à effectuer des changements.
- La personne et l'infirmière planifient ensemble la participation aux ateliers éducatifs de groupe du « tronc commun », avec une possibilité de 10 ateliers offerts par différents intervenants.
- À la suite des ateliers du tronc commun, la personne a une deuxième rencontre d'évaluation de sa condition de santé avec l'infirmière. En même temps, l'infirmière offre une rencontre de counseling à la personne dans le but de convenir de la suite de sa participation dans le programme en fonction de ses besoins et sa motivation à poursuivre la démarche (suivi structuré dans le cadre des « stratégies personnalisées »).
- La médication peut être ajustée au fur et à mesure des besoins et de l'évolution de la condition de santé de la personne.

L'implantation du programme en Estrie a permis de développer plusieurs outils pour soutenir les gestionnaires et les intervenants. En voici quelques-uns :

- Illustration de la trajectoire de soins pour la prévention et la gestion des maladies chroniques cardio-métaboliques en Estrie (Annexe A);
- Le syllabus de la formation à l'intention des professionnels en GMF et CLSC Formation sur le programme régional Agir sur sa santé pour la prévention et la gestion des maladies chroniques cardio-métaboliques en Estrie (Annexe B).

POURQUOI IMPLANTER AGIR SUR SA SANTÉ (ASSSÉ)?

L'état de santé de la population québécoise préoccupe le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi que les gestionnaires et les intervenants qui travaillent dans le milieu. Les maladies chroniques, et particulièrement les maladies cardiovasculaires, sont la cause de nombreuses hospitalisations³. De plus, le nombre de personnes aux prises avec plus d'une maladie chronique est en croissance². Voici quelques données associées aux maladies chroniques^{9,10}:

- 35% de la population québécoise fait de l'embonpoint et 19% est obèse (Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015, 15 ans et plus);
- environ 19% des Québécois sont des fumeurs réguliers ou occasionnels (EQSP, 2014-2015, 15 ans et plus);
- près de 3 Québécois sur 10 (30%) demeurent sédentaires dans les loisirs et le transport (EQSP, 2014-2015, 15 ans et plus);
- 15,1% de la population québécoise déclare faire de l'hypertension (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2005, 12 ans et plus);
- 5,1% de la population québécoise déclare faire du diabète (ESCC 2005, 12 ans et plus);
- 5,1% de la population québécoise déclare avoir une maladie cardiaque (ESCC 2005, 12 ans et plus).

Plusieurs programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques sont offerts en première ligne en Estrie : (diabète (2008), réadaptation cardiaque (2004/2010), insuffisance cardiaque (2010), saines habitudes de vie (0-5-30)). Étant donné la prévalence de multimorbidité, « une **approche plus intégrée de soins devait être développée pour faciliter l'accessibilité, la coordination et l'uniformisation des soins** »².

Le programme ASSSÉ est en cohérence avec les actions prioritaires du MSSS présentées dans le *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*¹³ :

- **Développer des services de première ligne intégrés** en prévention et en gestion des maladies chroniques selon une approche [interprofessionnelle], incluant des services de réadaptation et d'autogestion.
- **Soutenir les pratiques [interprofessionnelles]** de l'équipe de première ligne pour le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques.
- Consolider une trajectoire entre les services de première ligne et les services spécialisés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques.

Les interventions proposées dans le programme ASSSÉ sont fortement inspirées du *Chronic Care Model*¹⁹⁻²¹ (CCM). Ce modèle est reconnu pour avoir des effets bénéfiques sur la santé des participants¹², par exemple, l'amélioration des résultats de santé chez les patients atteints de diabète ou d'hypertension¹⁴.

Le programme ASSSÉ mise sur une « meilleure articulation du réseau local de services (RLS) dont les groupes de médecine familiale (GMF), le [CISSS ou CIUSSS] et les pharmacies communautaires, ainsi que les services de 2^e et 3^e ligne »². Il permet d'éviter la duplication et la fragmentation des interventions entre les GMF et les CLSC et permet une meilleure prise en charge de la multimorbidité.

Les caractéristiques phares du programme ASSSÉ sont notamment² :

- l'intégration des activités de prévention et de gestion de la maladie;
- l'utilisation d'approches fondées sur les données probantes et centrées sur la participation active de la personne (l'approche motivationnelle);
- le soutien à l'autogestion de la maladie;
- la hiérarchisation des services offerts selon le niveau de gravité ou de complexité de la maladie.

D'OÙ VIENT CE GUIDE?

Le projet ASSSÉ fait partie d'un des 3 projets financés en 2014-2016 par la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés (DOSPLI) du MSSS. ASSSÉ est choisi en raison de son approche novatrice et la possibilité de déploiement à d'autres régions.

La subvention de la DOSPLI a permis de réaliser l'implantation du programme *Agir sur sa santé* dans plusieurs points de services du CIUSSS de l'Estrie-CHUS depuis 2014. Le programme a fait l'objet d'une évaluation pré/post implantation, elle aussi subventionnée par la DOSPLI. Les analyses statistiques sont en cours et les résultats de l'étude seront éventuellement publiés.

Docteure Marie-France Langlois a demandé le soutien du service de transfert de connaissances et des pratiques de pointe pour rédiger un guide à l'intention des gestionnaires faisant état des principales stratégies favorables à mettre en place lors de l'implantation du programme ASSSÉ. Ce guide est proposé pour soutenir le déploiement d'ASSSÉ au sein des CISSS et CIUSSS.

COMMENT EST STRUCTURÉ CE GUIDE ?

Les pistes d'action proposées dans ce document reposent sur l'expérience d'implantation d'*Agir sur sa santé* en Estrie ainsi que sur une exploration des écrits.

Le processus d'implantation proposé contient 5 étapes, en plus du cœur de la démarche qui est « agir pour et avec la personne, ses proches et la population ». Le contenu de chaque étape est présenté sous la forme de « pistes d'action » et « d'éléments pour faciliter et soutenir la mise en place des pistes d'action ». Le processus proposé est le suivant :



Le processus d'implantation est vécu de manière séquencée. Ceci signifie qu'avant de passer d'une étape à une autre, le responsable de l'implantation devrait s'assurer que les conditions sont en place pour poursuivre. Par exemple, si à la fin de l'étape 1 du processus, des enjeux font en sorte que les gestionnaires ne sont pas prêts à s'investir et à s'engager dans la démarche d'implantation, il est préférable de poser de nouvelles actions pour ancrer la démarche au plan stratégique, mobiliser les personnes clés ou revoir le plan d'action avant de passer à l'étape 2.

ÉTAPE 1. MOBILISER LES GESTIONNAIRES ET FAIRE UN PLAN D'ACTION

À la suite des cinq étapes, le lecteur trouvera une section intitulée « Pour vous inspirer ». Cette section présente de manière très brève et concrète quelques enjeux tirés de l'expérience de l'implantation de ASSSÉ en Estrie ainsi que des moyens qui ont permis de les résoudre.



Pour vous mettre en action

L'implantation d'un nouveau programme est un défi dans les organisations de grande taille comme les CISSS et les CIUSSS. Les changements organisationnels et cliniques souhaités par ASSSÉ gagnent à être convenus et soutenus par l'ensemble des instances concernées. Il est nécessaire d'estimer la capacité organisationnelle ainsi que les besoins avant l'implantation du programme¹¹.

L'organisation est-elle capable d'investir l'énergie nécessaire à l'implantation du programme?

Quelles forces actuelles pouvez-vous utiliser comme levier?

Pistes d'action	Éléments pour faciliter et soutenir la mise en place des pistes d'action
<p>S'assurer d'avoir le soutien de la direction de l'établissement et l'engagement des gestionnaires concernés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ S'assurer que la direction est déterminée à « privilégier la première ligne comme pierre d'assise de la prévention et de la gestion des maladies chroniques »¹ et à soutenir toutes les phases de la démarche ASSSÉ, soit avant l'implantation du projet, pendant et après celle-ci. ■ Mobiliser les gestionnaires concernés et s'assurer qu'ils sont prêts à s'investir dans la construction d'une vision commune de l'organisation des services en première ligne en partenariat avec les GMF et dans le soutien à l'implantation du programme^{1,11}. <ul style="list-style-type: none"> ○ Solliciter les partenaires du milieu en les invitant dès le début à développer une vision commune de l'offre de service en prévention et gestion des maladies chroniques; ○ Informer les gestionnaires et partenaires de la trajectoire de soins pour la prévention et la gestion des maladies chroniques cardio-métaboliques en Estrie (Annexe A) et de l'essentiel du contenu du programme et des objectifs de la formation sur le programme ASSSÉ (Annexe B) et répondre à leurs questions et préoccupations; ○ Favoriser les échanges au sujet des compétences cliniques recherchées dans le cadre du programme; ○ Présenter la formation à l'intention des intervenants en utilisant le syllabus (Annexe B).

<p>Mettre sur pied un comité de soutien à l'implantation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Solliciter la présence de représentants de directions clés pour assurer les arrimages fluides tout au long de la démarche d'implantation. À titre d'exemple : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le département régional de médecine générale (DRMG) (le leadership des médecins de famille joue un rôle central dans l'implantation d'un tel programme⁸; ○ Le gestionnaire du CISSS / CIUSSS responsable du partenariat avec les GMF; ○ Un représentant de la direction des ressources humaines, des services professionnels, des services multidisciplinaires et des soins infirmiers; ○ Un chargé de projet afin de coordonner les travaux et de soutenir l'implantation d'ASSSÉ; ○ Des représentants d'organismes communautaires et de partenaires intersectoriels. ■ Mandater clairement le comité pour qu'il : <ul style="list-style-type: none"> ○ contribue à la mise en place d'une équipe interprofessionnelle et pour consolider la fonction d'intervenant pivot²; ○ soit à l'affut des obstacles organisationnels dans l'implantation du programme ASSSÉ² et contribue à l'identification de solutions adaptées à la réalité et aux besoins du milieu (ex : ajout de ressources si nécessaire); ○ soutienne la consolidation des partenariats au sein du CISSS/CIUSSS, du réseau territorial de services et avec les partenaires intersectoriels. ■ Assurer le suivi dans la transition entre les programmes actuellement offerts en Santé physique – prévention et gestion des maladies chroniques et le programme ASSSÉ à planter.
<p>Convenir d'un plan d'action et de stratégies de communication</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Convenir d'un plan d'action d'implantation du programme ASSSÉ: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cibler les indicateurs permettant d'assurer un suivi des impacts et de les évaluer (ex. au sujet de l'accessibilité, de la santé des usagers, etc.); ○ Arrimer le plan d'action et les indicateurs avec des priorités de l'établissement ainsi que des cibles de gestion du MSSS. ○ Adapter le plan d'action aux réalités locales et l'actualiser en fonction du portrait de la situation et des partenaires impliqués (de façon continue à l'étape 1 et 2) ■ Informer et mettre à contribution les intervenants dès le début de la démarche de planification¹¹. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ○ Annoncer officiellement la volonté de mettre en place ASSSÉ dans l'équipe de gestion des maladies chroniques et dans le journal de l'établissement

ÉTAPE 2. FAIRE UN PORTRAIT DE LA SITUATION

Pour vous mettre en action



Avoir le maximum d'information facilitera les collaborations entre les partenaires de la démarche d'implantation du programme.

Qui dans l'organisation pourriez-vous solliciter pour contribuer à l'élaboration du portrait de la situation?

Existe-t-il déjà des continuums de soins et services que vous pourriez utiliser en les précisant et les adaptant?

Pistes d'action	Éléments pour faciliter et soutenir la mise en place des pistes d'action
Faire un portrait des programmes de prévention et gestion existants	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier les programmes existants dans votre CISSS / CIUSSS au sujet de la prévention et de la gestion des maladies chroniques (arrêt tabagique, saines habitudes de vie, maladies cardio-métaboliques). <ul style="list-style-type: none"> ○ Les services de 1^{re} et de 2^e ligne; ○ Les services de prévention, de traitement et de rétablissement. ■ Faire la liste des partenaires communautaires et intersectoriels qui offrent des services et des activités en prévention et en gestion des maladies chroniques⁶.
Faire un portrait de la prise en charge médicale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préciser le nombre de personnes qui participe actuellement aux programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques. ■ Utiliser les données fournies par le MSSS au sujet du taux de prise en charge par les GMF « données d'accès aux services médicaux de première ligne ». ■ Utiliser les données fournies par la Direction de la santé publique concernant la prévalence des personnes aux prises avec des maladies chroniques par région. ■ Estimer le nombre de personnes orphelines ou en attente de service qui pourrait bénéficier du programme ASSSÉ.
Faire le portrait des ressources actuelles en GMF et en CLSC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tenir compte des modalités de gestion des GMF impliqués dans la démarche d'implantation. ■ Faire le portrait des ressources en GMF et dans les CLSC. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ○ Combien y a-t-il de GMF par RLS? ○ Combien de GMF possède une équipe interprofessionnelle et quelle est la composition de ces équipes (profession et équivalents temps complet (ETC))? ○ Quel est le portrait des équipes interprofessionnelles dans les CLSC (profession et ETC)? Quelle est la répartition des différents professionnels? ■ Faire le portrait des compétences professionnelles, par exemple, en prenant connaissance des dernières formations offertes aux intervenants. ■ Préciser les modalités de soutien et d'encadrement clinique offerts en CLSC et en GMF. ■ Documenter les conditions facilitantes, les écarts et les enjeux possibles. ■ Évaluer les besoins en termes de ressources humaines, financières et technologiques. <ul style="list-style-type: none"> ○ Faire l'inventaire de l'équipement disponible; ○ S'assurer de la fonctionnalité du système informatique dans la gestion du programme ASSSÉ et de la clientèle. ■ S'il y a lieu, faire le bilan des ressources humaines manquantes (infirmières, kinésiologues, inhalothérapeutes, etc).

ÉTAPE 3. ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT



Pour vous mettre en action

L'implantation d'un programme d'envergure exige d'être accompagnée pour favoriser les résultats positifs rapides et ainsi mobiliser les équipes qui vivent le changement⁵. Idéalement, l'implantation se ferait de manière graduelle de façon à permettre les ajustements^{15,18}.

Quelle équipe pourrait réaliser les premières expérimentations? Par exemple, une équipe ayant instauré une collaboration interprofessionnelle ou qui utilise une modalité de communication qui fonctionne bien.

Pistes d'action	Éléments pour faciliter et soutenir la mise en place des pistes d'action
<p>Informers les intervenants concernés par l'implantation du programme ASSSÉ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rencontrer les intervenants et les partenaires concernés avant l'implantation. Le but de ces rencontres est d'échanger au sujet des raisons qui poussent l'établissement à implanter ASSSÉ et ses objectifs⁶. Par exemple, échanger au sujet : <ul style="list-style-type: none"> ○ de l'impact positif du changement sur la santé des usagers; ○ des bénéfices pour les intervenants et les médecins; ○ de l'accès aux services de première ligne; ○ des réalités locales; ○ de l'importance d'assurer la continuité et la fluidité des services. ■ Tenir informer de manière régulière et transparente les intervenants tout au long du processus et présenter le programme ASSSÉ aux équipes concernées^{6,11} : <ul style="list-style-type: none"> ○ Informer clairement au sujet de la manière dont sera articulé le programme⁶; ○ Présenter le schéma de la trajectoire de soins pour la prévention et la gestion des maladies chroniques cardio-métaboliques en Estrie (Annexe A); ○ Présenter le contenu du programme et des objectifs de la formation sur le programme ASSSÉ (Annexe B); ○ Présenter l'approche motivationnelle, celle de l'autogestion par le patient et leur importance pour assurer le succès du programme auprès de la clientèle.
<p>Impliquer les intervenants dans la démarche d'implantation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier les intervenants champions de différentes disciplines^{6,11}. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les intervenants reconnus par leurs pairs pour avoir intégré le travail interprofessionnel; ○ Les intervenants déjà mobilisés dans l'utilisation de l'approche motivationnelle. ■ Être à l'écoute des préoccupations des équipes et favoriser leur contribution dans la démarche d'implantation, par exemple pour identifier ensemble les solutions potentielles aux enjeux^{6,11}. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tenir compte des attentes des intervenants quant au rythme d'implantation et d'appropriation du programme; ○ Être à l'écoute des besoins et des enjeux soulevés par les intervenants au sujet de la planification de la formation. ■ Proposer l'échéancier et le plan d'action pour implanter le programme. <ul style="list-style-type: none"> ○ Bonifier et ajuster l'échéancier et le plan d'action en fonction des échanges; ○ S'assurer de l'acceptabilité avant de poursuivre⁶.

<p>Définir les modalités opérationnelles et de collaboration entre les GMF, les CLSC et la 2^e ligne</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre à contribution des leaders ou champions de diverses fonctions (gestionnaire, médecin, intervenants ou partenaire du milieu) reconnus par leurs pairs pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ développer le continuum de services dans un processus collaboratif¹¹; ○ favoriser l'utilisation des plans de services individualisés (PSI)²; ○ adapter les outils aux besoins de la clientèle (ex. : population anglophone, population issue de l'immigration récente, faible littératie, etc.). ■ Valider le continuum et les outils auprès de la clientèle ciblée par ASSSÉ. ■ Collaborer avec les partenaires, notamment les GMF¹¹, pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ préciser les modalités opérationnelles du programme; ○ convenir des modalités d'échanges d'information entre professionnels; ○ convenir des outils qui devraient être privilégiés¹²; ○ définir le ratio intervenant / usager et l'attribution des ressources. ■ Ajuster le plan d'action pour que les objectifs soient réalistes et adaptés à la capacité de changement de l'organisation et des intervenants¹¹. ■ S'assurer que le processus du changement est clair pour les partenaires concernés et s'assurer que l'ensemble des actions est bien coordonné avant de poursuivre⁶ : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'attribution adéquate des ressources humaines (intervenants, soutien clinique, soutien administratif); ○ La constitution ou consolidation d'équipe interprofessionnelle; ○ Les locaux pour les interventions de groupe et le matériel éducatif; ○ L'ajout d'équipements spécifiques (ex. réadaptation cardio-respiratoire); ■ S'assurer de l'utilisation optimale des outils de communication des informations cliniques (ex. : le dossier médical électronique, le PSI¹⁶). ■ Convenir des modalités de collaboration avec les spécialistes en 2^e et 3^e ligne. ASSSÉ a pour objectif de renforcer l'autogestion et la prise en charge par la 1^{re} ligne. Toutefois, les conseils de spécialistes en 2^e ligne sont parfois nécessaires. Le soutien de la 2^e ligne est une des conditions de succès d'un modèle comme ASSSÉ^{8,16}.
<p>Collaborer avec les intervenants concernés pour définir les compétences à développer en lien avec leur rôle dans ASSSÉ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ S'assurer que soient précisés les compétences, rôles et responsabilités attendus en fonction des différents professionnels impliqués dans le programme⁶. ■ Rencontrer les intervenants au sujet des nouvelles responsabilités et compétences attendues pour qu'ils aient l'opportunité de nommer leurs préoccupations, leur aisance⁶ (ex. l'aisance à utiliser l'approche motivationnelle).

ÉTAPE 4. SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CLINIQUES

Pour vous mettre en action



Une des principales caractéristiques du programme ASSSÉ est l'importance accordée à l'autogestion par le patient⁸. L'autogestion passe notamment par l'utilisation de l'approche motivationnelle et par l'accompagnement du patient tout au long de sa démarche de changement. Les professionnels de la santé sont majoritairement formés pour donner des conseils et pour prendre en charge la condition du patient. ASSSÉ est un changement de posture qui demande beaucoup de temps d'appropriation et qui peut s'avérer insécurisant pour certains professionnels.

Quel professionnel, intervenant, médecin ou conseiller-clinique, pourrait venir témoigner de l'effet positif sur la condition de santé du patient lorsqu'un soutien à l'autogestion est offert?

Pistes d'action	Éléments pour faciliter et soutenir la mise en place des pistes d'action
Mettre à contribution les champions de différentes disciplines pour soutenir le développement des compétences	<ul style="list-style-type: none"> ■ Solliciter la contribution des champions pour consolider les équipes interprofessionnelles et échanger au sujet de l'ASSSÉ¹¹. <ul style="list-style-type: none"> ○ Favoriser les échanges pour trouver les solutions au sujet des enjeux relatifs aux rôles et responsabilités; ○ Partager l'expérience sur les bénéfices d'utiliser ASSSÉ; ○ Contribuer au développement d'outils cliniques interprofessionnels et facilitant le partage d'information clinique au sujet de l'utilisateur. ■ Solliciter la contribution des champions pour soutenir le déploiement de la formation ASSSÉ à l'intention des intervenants⁶. ■ Définir les rôles et les responsabilités des différents champions impliqués dans le programme⁶. ■ S'assurer de mettre en place une modalité de soutien à l'intention des champions, dans le but de favoriser l'appropriation de leur rôle d'accompagnement des équipes.
Offrir de la formation aux intervenants	<ul style="list-style-type: none"> ■ Favoriser l'appropriation graduelle des modules du guide de l'intervenant Agir Sur Sa Santé. Par exemple, fournir les modules plusieurs semaines avant la tenue de la formation et cibler des questions de réflexion préformation. ■ Adapter le rythme de l'offre des modules de formation en fonction de la réalité des équipes concernées.
Assurer un soutien clinique en cours d'implantation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Allouer suffisamment de temps aux équipes⁶ pour favoriser : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'intégration des compétences dans la pratique, notamment l'approche motivationnelle; ○ L'aisance avec le processus collaboratif avec l'équipe et les partenaires, dont l'utilisation des outils relatifs à la communication des informations cliniques de l'utilisateur. ■ Soutenir les intervenants dans la compréhension et l'intégration du processus d'accompagnement de la personne. Par ex : <ul style="list-style-type: none"> ○ Être à l'écoute de la volonté de la personne et de son sentiment de capacité à s'engager ○ Être dans une démarche d'autogestion de la maladie⁶; ○ S'adapter au rythme de la personne et l'accompagner dans l'identification de ses propres objectifs de changement de ses habitudes⁶. ■ Mettre en place des modalités structurées de soutien clinique après la formation et s'assurer qu'elles sont adaptées à la réalité du milieu¹¹. ■ Organiser des rencontres de codéveloppement pour favoriser l'appropriation de certaines pratiques du programme ASSSÉ, en fonction des besoins nommés par les intervenants.

ÉTAPE 5. METTRE EN PLACE DES STRATÉGIES DE PÉRENNISATION



Pour vous mettre en action

Un des objectifs d'un programme comme ASSSÉ est d'optimiser les services offerts en première ligne pour limiter l'utilisation inadéquate des services spécialisés de la 2^e ligne⁸. Le monitoring des résultats escomptés est fondamental pour assurer la pérennité du programme^{8,16}.

Quelle stratégie d'évaluation des effets de l'ASSSÉ sur la santé des patients pourriez-vous mettre en place?

De quelle manière pourriez-vous être à l'écoute de l'appréciation du programme par les patients?

De quelle façon les professionnels offrant le programme pourraient-ils contribuer à cibler les ajustements nécessaires au bon déroulement?

Pistes d'action	Éléments pour faciliter et soutenir la mise en place des pistes d'action
Ajuster le temps nécessaire aux interventions	<ul style="list-style-type: none"> ■ S'assurer que les partenaires, gestionnaires et intervenants conviennent que : <ul style="list-style-type: none"> ○ le processus d'accompagnement de la personne (gestion centrée sur la personne et ses proches) est plus lent ET plus efficace que l'approche directive (gestion de la maladie)⁶. ○ le processus collaboratif interprofessionnel fait partie de l'intervention⁸ et doit être planifié dans le temps alloué aux activités cliniques des intervenants⁶.
Utiliser les instances existantes pour assurer le suivi stratégique du programme ASSSÉ ⁶	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utiliser les instances de collaboration existantes pour consolider les liens avec les partenaires du milieu communautaire et avec les partenaires intersectoriels³. ■ Utiliser les instances existantes de collaboration avec les GMF et les gestionnaires concernés pour aborder : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les enjeux qui surviennent suite à l'implantation (attribution des ressources, mise à jour des outils de communication des informations cliniques de l'utilisateur, etc.); ○ Planifier l'offre de la formation et sa mise à jour au fil des ans. ■ Assurer un suivi du plan d'action en utilisant les indicateurs et apporter les ajustements pour favoriser l'atteinte des objectifs liés à l'amélioration de la qualité des soins^{12,16}.
Assurer la formation continue des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en place des modalités pour permettre aux nouveaux intervenants d'avoir accès rapidement à la formation. ■ S'assurer de la mise à jour des outils pour tenir compte notamment des lignes directrices canadiennes de prise en charge des maladies chroniques. ■ Soutenir le développement des compétences des intervenants déjà formés : mise à jour des connaissances et appropriation de l'approche en entretien motivationnel.

POUR VOUS INSPIRER

À l'instar de tout changement clinique et organisationnel, l'implantation du programme ASSSÉ porte son lot de défis. Cette section présente trois défis rencontrés lors de l'implantation du programme ASSSÉ ainsi que la voie qui a été prise pour résoudre en partie le problème. Ces trois situations sont exposées dans le but d'illustrer le plus concrètement possible les pistes d'action. Les gestionnaires responsables de la mise en place du programme ASSSÉ sont invités à adapter les pistes d'action pour être en cohérence avec la réalité du milieu.

1. APPROPRIATION D'UN NOUVEAU RÔLE POUR LES INFIRMIÈRES EN GMF

Avant l'implantation : Lorsque l'infirmière en GMF rencontre un usager pour une maladie chronique, elle assure l'enseignement générique. Par exemple, l'infirmière donne des explications pour favoriser l'utilisation du *Guide alimentaire canadien*, donne des conseils pour diminuer la consommation quotidienne de sel, propose des solutions pour intégrer l'activité physique dans une routine, etc.

Le changement après l'implantation : L'infirmière en GMF accueille l'usager, effectue l'évaluation et le dépistage des facteurs de risques supplémentaires. Ensuite, l'usager est orienté vers les services offerts au CLSC pour participer aux rencontres d'enseignement en groupe (tronc commun d'ASSSÉ). L'infirmière assure le suivi individuel, par exemple l'ajustement de la médication et offre du counseling pour accompagner l'usager dans les changements de ses habitudes de vie et dans la prise en charge de sa condition de santé (stratégies personnalisées d'ASSSÉ).

Le défi : D'abord, plusieurs infirmières se sentent dépossédées d'un volet de l'intervention puisqu'elles ne font plus l'enseignement de base. Ensuite, les infirmières sont parfois mal à l'aise avec la posture privilégiée pour accompagner l'usager dans ses choix et avec l'utilisation de l'entretien motivationnel à intégrer dans la pratique.

Solution mise en place : Premièrement, le gestionnaire responsable des infirmières en GMF est invité à définir le plus clairement possible le rôle des infirmières en GMF en tenant compte des responsabilités partagées entre le CLSC et le GMF. Deuxièmement, les infirmières en GMF sont conviées à des rencontres de codéveloppement pour échanger au sujet des trajectoires de soins d'ASSSÉ et pour travailler ensemble sur des cas cliniques.

2. DÉDIER UNE PERSONNE EN SOUTIEN AUX MEMBRES DE L'ÉQUIPE EN CLSC

Avant l'implantation : Les intervenants qui travaillent pour les différents programmes en maladies chroniques ont développé leurs techniques d'enseignement et de suivi en fonction de la réalité des équipes et de la clientèle. Le soutien clinique des intervenants, lorsqu'il y a en a, se fait à géométrie variable sur le territoire.

Le changement après l'implantation : L'appropriation de l'approche d'accompagnement privilégiée demande un soutien clinique et du temps. Pour cette raison, des « champions » ont été identifiés pour soutenir les équipes. Ces personnes sont choisies par les gestionnaires et le rôle qu'elles ont à jouer est relativement clair. Les champions reçoivent une formation spécifique d'une journée, notamment pour s'approprier leur rôle de soutien à l'équipe d'intervenants.

Le défi : Malgré l'approbation du rôle à jouer et la formation spécifique qu'ils ont reçue, les champions n'arrivaient pas à actualiser leur fonction de soutien à l'équipe. La principale raison de cette difficulté est que la structure de soutien n'était pas définie. Par exemple, quelles modalités de soutien pourraient être mises en place, à quelle fréquence peut être offert le soutien, qui détermine du besoin de soutien des intervenants, etc.

Solution mise en place : Certains milieux ont choisi de structurer de manière formelle le soutien clinique offert par les champions. Il a donc été convenu de structurer de manière formelle le soutien aux champions. Des rencontres de discussion ont été organisées entre le champion et l'équipe de façon à ce qu'ils puissent échanger au sujet du soutien à offrir.

3. FACILITER LE PARTAGE D'INFORMATION ENTRE GMF ET CLSC

Avant l'implantation : Les GMF et les CLSC utilisent leurs propres moyens pour colliger l'information médicale du patient. Différents logiciels de dossier médical électronique (DMÉ) sont utilisés par les GMF. Les CLSC colligent quant à eux l'information dans ICLSC.

Après l'implantation : Étant donné l'offre conjointe des services dans le programme ASSSÉ, l'information colligée par l'infirmière en GMF lors de la première rencontre avec l'utilisateur doit être partagée au CLSC pour assurer le suivi.

Défi : Les CLSC n'ont pas accès au dossier médical électronique. Il importe de trouver un moyen simple de partage d'information entre les GMF et les CLSC.

Solution mise en place : D'abord, les infirmières en GMF sollicitent le consentement de l'utilisateur pour partager l'information médicale nécessaire au CLSC. L'infirmière utilise le DMÉ pour colliger l'information médicale et se sert des outils ASSSÉ comme aide-mémoire des thèmes à aborder. Par exemple, au sujet des habitudes de vie, de la consommation d'alcool, de drogue, de tabac, etc. Ces informations sont ensuite envoyées par télécopie à l'intervenant du CLSC.

CONCLUSION

Le programme Agir sur sa santé est basé sur le *Chronic Care Model*. Ce modèle a été largement évalué et il est réputé efficace¹⁶. L'hypothèse de base du programme est que la gestion des maladies chroniques peut être un succès lorsque les éléments suivants sont présents¹⁶ :

1. la **coordination des soins et des services est claire** entre les différentes équipes de professionnels, les médecins de famille et les spécialistes en milieu hospitalier.
2. les **équipes de soins et de services sont proactives et sont formées** pour accompagner les patients dans la gestion de la maladie.
3. les **patients sont informés et accompagnés** dans l'utilisation des moyens pour améliorer leur santé.

Le présent *Guide d'implantation du programme Agir sur sa santé (ASSSÉ) à l'intention des gestionnaires des CISSS et des CIUSSS* fournit quelques pistes d'action favorables à la mise en place du premier élément (coordination des soins et services). Le deuxième et le troisième élément sont ciblés par la formation offerte aux intervenants qui travaillent au sein des équipes de prévention et de gestion des maladies chroniques.

Ce guide propose une séquence de cinq étapes d'implantation. La planification et la préparation à l'implantation sont des étapes incontournables et peuvent demander du temps. Ce temps est nécessaire notamment pour mobiliser les acteurs clés au niveau décisionnel et clinique.

Pour que le programme ait plus de retombées positives pour le patient, des études^{12,16} démontrent l'importance d'utiliser des outils :

- informatisés et standards d'aide à la décision clinique;
- de partage de l'information du patient entre les professionnels (outils de suivi et de prise en charge);
- d'information à l'intention des patients pour favoriser l'autogestion des soins (par ex. via Internet).

En somme, l'amélioration du soutien à l'autogestion des soins par le patient, notamment par l'intégration de l'approche motivationnelle, renforce le pouvoir d'agir des patients et est reconnu efficace en gestion et prévention des maladies chroniques.

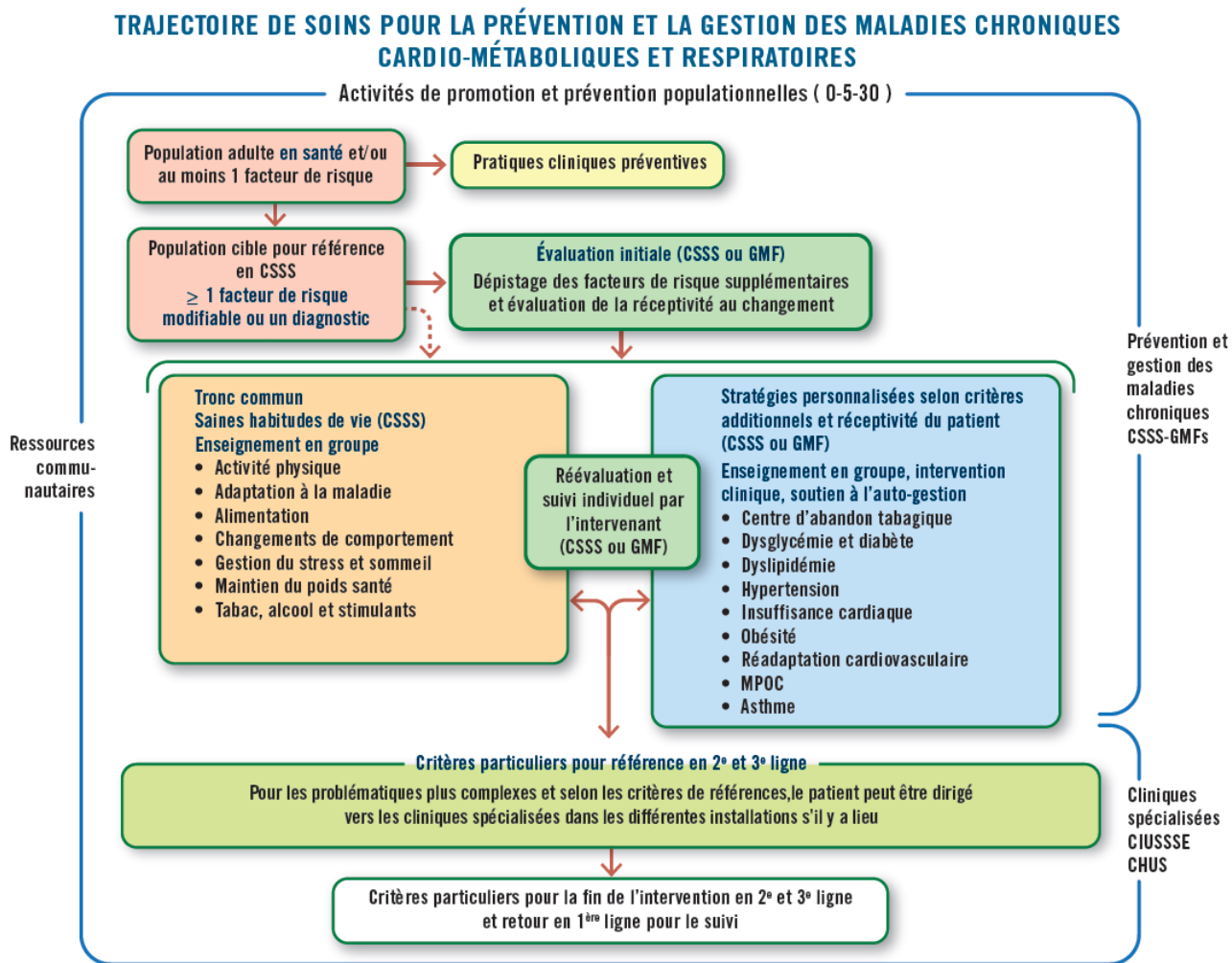
RÉFÉRENCES

1. ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX - AQESSS (2014). *Maladies chroniques. Agir là où ça compte*, 51 p.
2. BROWN, C., BUTEAU S. et FORTIN, M-M. (2014). *Cadre de référence intégré pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en Estrie. Volet cardio-métaboliques*, Direction des services, des affaires médicales et universitaires, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 51 p.
3. CLAPPERTON, I. et LANGLOIS, M-F. (2015). *Programme Agir Sur Sa Santé. Modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques cardio-métaboliques*, présentation dans le cadre de la 19e journée annuelle de santé publique (JASP).
4. COMMONWEALTH FUND (2011). *Reducing Care Fragmentation: A Toolkit for Coordinating Care*, prepare par Group Health's MacColl Institute for Healthcare Innovation, 136 p.
5. COUILLARD, J. (2017). « Améliorer l'accès, la continuité et la qualité des soins et services par la révision des trajectoires clientèles », *Le Point en santé et services sociaux*, vol. 12, no. 4 : 44-46.
6. DAVY, C. et al. (2015). « Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review », *BMC Family Practice*, vol. 16, 12 p.
7. ELISSEN, A. M. et al. (2013). « Meta-analysis of the effectiveness of chronic care management for diabetes: investigating heterogeneity in outcomes », *J Eval Clin Pract.*, Vol. 19, no. 5.
8. HAM, C. (2010). « The ten characteristics of the high-performing chronic care system ». *Health Econ Policy Law*, vol. 5, no. Pt 1 : 71-90.
9. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC - ISQ (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015: pour en savoir plus sur la santé des Québécois Résultats de la deuxième édition*, gouvernement du Québec, 208 p.
10. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC - ISQ (2009). « Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », *Zoom Santé*, no. 17, 8 p.
11. KADU, M. K. et STOLEE, P. (2015). « Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review », *BMC Fam Pract*, vol. 16, 12 p.
12. LÉVESQUE, J-F. et al. (2007). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec. Barrières et éléments facilitant*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de Santé publique du Québec, 69 p.
13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX - MSSS (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 33 p.
14. PROVOST, S. et al. (2017). « Mise en oeuvre d'un réseau intégré de prévention et de gestion du risque cardiométabolique en première ligne à Montréal : une plus grande coordination des soins avec les médecins de première ligne a-t-elle un impact sur les résultats de santé? », *Recherche, politiques et pratiques*, Vol. 37, n° 4 : 113-122.
15. ROY, M., AUDET, M., FORTIER, L., GOSSELIN, A. et LORTIE, P. B. (2012). *Guide de mise en place d'une communauté stratégique pour améliorer la collaboration et l'organisation du travail*

interétablissements, Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke, Chaire d'étude en organisation du travail (CÉTO), 90 p.

16. SMIDTH, M. *et al.* (2013). « Developing an active implementation model for a chronic disease management program », *Int J Integr Care*, vol. 13 : e020.
17. STELLEFSON, M., DIPNARINE, K. et STOPKA, C. (2013). « The Chronic Care Model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review », *Prev Chronic Dis.*, Vol. 10.
18. VERMA, J., DENIS, J-L., SAMIS, S., CHAMPAGNE, F. et O'NEIL, M. (2016). « Une approche de collaboration à un problème de soins chroniques », *Healthcare Papers*, vol. 15 Special issue, 21 p.
19. WAGNER, E., Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. Nov-Dec 2001;20(6):64-78.
20. WAGNER, E., Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, Carver P, Sixta C. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv*. Feb 2001;27(2):63-80.
21. WAGNER, E., Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2-4.

ANNEXE A. ILLUSTRATION DE LA TRAJECTOIRE DE SOINS POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES CARDIO-MÉTABOLIQUES LORS DE L'IMPLANTATION EN ESTRIE



Source : Cadre de référence pour la prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques en Estrie, volets cardio-métabolique et respiratoire - Version janvier 2018

ANNEXE B. PROGRAMME ET OBJECTIFS DE LA FORMATION SUR LE PROGRAMME RÉGIONAL AGIR SUR SA SANTÉ POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES CARDIO-MÉTABOLIQUES

PROGRAMME ET OBJECTIFS

FORMATION SUR LE PROGRAMME RÉGIONAL AGIR SUR SA SANTÉ POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES CARDIO- MÉTABOLIQUES EN ESTRIE

OBJECTIF GÉNÉRAL

Cette formation vise à permettre au participant de se familiariser et d'appliquer le programme régional Agir Sur Sa Santé (ASSSÉ) pour la prévention et la gestion des maladies chroniques cardio-métaboliques dans sa pratique au sein des Groupes de médecine familiale (GMF).

HORAIRE DE LA JOURNÉE

Portrait actuel et présentation du nouveau cadre de référence

À la fin de cette présentation, le participant sera en mesure de mieux :

- Décrire les différents éléments du nouveau cadre de référence sur la prévention et la gestion des maladies chroniques cardio-métaboliques;
- Identifier les étapes de la trajectoire de soins pour les patients;
- Appliquer le cadre de référence dans sa pratique.

Rôle proposé de l'infirmière dans le programme ASSSÉ

À la fin de cette présentation, le participant sera en mesure de mieux :

- Décrire le rôle de l'infirmière au sein du programme ASSSÉ;
- Utiliser les outils du guide de l'intervenant pour faire l'évaluation initiale;
- Accompagner le patient dans son suivi en lien avec le programme ASSSÉ.

Approches en gestion du changement de comportement

À la fin de cette présentation, le participant sera en mesure de mieux :

- Soutenir les patients dans les changements de leurs habitudes de vie en utilisant les principes de l'entretien motivationnel.

Présentation des stratégies personnalisées

À la fin de cette présentation, le participant sera en mesure de mieux :

- Décrire les différentes stratégies personnalisées du programme ASSSÉ;
- Appliquer les différents outils disponibles dans le guide de l'intervenant dans la pratique.

Atelier pratique : Mise en pratique du nouveau cadre de référence Programme ASSSÉ

À la fin de cet atelier, le participant sera en mesure de mieux :

- Identifier les étapes de la trajectoire de soins pour les patients;
- Utiliser des stratégies de l'entretien motivationnel pour aider le patient à faire des modifications d'habitudes de vie;
- Appliquer le programme ASSSÉ dans sa pratique.



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 