

GESTION DES MALADIES CHRONIQUES AU QUÉBEC: UNE STRATÉGIE CONCERTÉE DÉCLINÉE EN MULTIPLES ACTIONS

Dr Jean Rodrigue, sous-ministre adjoint
Direction générale des services de santé
et médecine universitaire (DGSSMU)

En collaboration avec
Geneviève Landry et Danielle Fleury

Forum 2013 du Programme cantonal Diabète
Lausanne, 27 juin 2013

*Ministère de la Santé
et des Services
sociaux*
Québec 

PLAN DE LA PRÉSENTATION

- Système de santé québécois : description et perspective
- Attitudes nécessaires pour cette mutation
- Composantes nécessaires de cette mutation
- Conclusion

LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

- Gouverné, géré et financé «publiquement »
- Hiérarchisé et régionalisé
- Responsabilité populationnelle
- Statut particulier pour les médecins

UNE MUTATION NÉCESSAIRE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Besoins aigus



Besoins chroniques et de
longue durée

Une seule maladie



Multimorbidité

Relation individuelle
patient – médecin



Interdisciplinarité /
interprofessionnalisme

Spécialisation clinique



Polyvalence clinique

Patients passifs et
peu informés



Patients actifs et informés

DES ATTITUDES NÉCESSAIRES POUR CETTE MUTATION

- Volonté politique
- Cohérence dans la vision
- Pragmatisme dans les attentes

VISION

Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne (CR MC) *

- Complémentarité avec les autres plans d'action ministériels : Santé mentale, Cancer, Santé publique, Vieillir et vivre ensemble
- Sur la base de facteurs de risque communs liés aux habitudes de vie (sédentarité, habitudes alimentaires, tabagisme)
- Les principales maladies chroniques : Diabète, MPOC / Asthme, Insuffisance cardiaque, Hypertension, Arthrite / arthrose

** Lien internet en fin de document*

CR MC: PRINCIPES DIRECTEURS

- **Responsabilité populationnelle**
- **Hiérarchisation des services**
- **Habilitation des personnes et compétences d'autogestion**
- **Collaboration interdisciplinaire**
- **Pratiques cliniques guidées par les données probantes et les pratiques exemplaires**

CR MC: 5 AXES D'INTERVENTION

1. **Promotion de la santé et prévention**
2. **Intervention préventive ciblée et pratique clinique préventive**
3. **Intervention diagnostique, d'évaluation et de traitement**
4. **Un suivi adapté**
5. **Pratiques et services visant l'habilitation, l'adaptation et la réadaptation**

CR MC: ACTIONS PRIORITAIRES

1. Développer des services de 1^{ère} ligne intégrés
 - Équipes interdisciplinaires dédiées en maladies chroniques dans chaque CSSS
 - Soutien professionnel aux médecins de famille
2. Habilitier les personnes atteintes d'une MC
 - Patients experts
 - Approche collaborative – approche motivationnelle
3. Soutien académique aux intervenants de 1^{ère} ligne
4. Consolider une trajectoire de soins entre les services de 1^{ère} et 2^e ligne

CR MC: ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DÉDIÉES EN MALADIES CHRONIQUES

- Infirmières cliniciennes, nutritionnistes, kinésiothérapeutes, autres professionnels tels que pharmaciens, travailleurs sociaux, psychologues
- Services de réadaptation et d'autogestion
- En soutien au médecin de famille et aux autres intervenants de 1^{ère} ligne

CR MC: DES INTERVENANTS CLÉS

- **LE PATIENT ET SES PROCHES** (ajustement de la thérapie, suivi)
- **MÉDECIN** (diagnostic, initiation et ajustement de la thérapie, accessibilité et suivi)
- **INFIRMIÈRE** (enseignement de base, ajustement de la thérapie, accessibilité et suivi)
- **PHARMACIEN** (ajustement de la médication et enseignement)
- **CSSS** (services spécifiques de 1^{ère} ligne, services spécialisés, plateau technique, hospitalisation, réadaptation)
- **ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET ASSOCIATIONS** (accompagnement, enseignement, représentation)

CR MC: UNE PRATIQUE COLLABORATIVE*

- Participation du patient et de ses proches
- Transformation de la relation entre les patients et les intervenants de la santé :
 - Patient partenaire
 - Habilitation et participation (autodétermination)
 - Capacité du patient à mobiliser ses propres ressources
- Amélioration des soins : satisfaction, adhésion, diminution des complications, etc.

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle (2012),
Pratique collaborative : Engagement et leadership. Université de Montréal

LES COMPOSANTES ESSENTIELLES DE CETTE MUTATION

1. Adaptation de l'organisation des services
2. Adaptation des pratiques professionnelles
3. Continuité et intégration
4. Accessibilité de l'information
5. Formation
6. Évaluation

1. ADAPTATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES

- 1^{ère} ligne: Groupes de médecine de famille (GMF) *
- Services auprès des grands utilisateurs des services d'urgence et d'hospitalisation
- Accessibilité aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques
- Télésoins à domicile

TÉLÉSOINS

- Objectif: favoriser la prise en charge par les personnes de leur santé et de leurs soins
- Outil informatique de télésurveillance à domicile qui permet à la clientèle d'inscrire ses données cliniques (signes vitaux, poids, glycémie, etc)
- Suivi et échange d'informations en temps réel par des intervenants qualifiés
- Adaptés à tous les milieux, ruraux ou urbains

2. ADAPTATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

- Ordonnances collectives (OC)
- Révision des champs de pratique :
 - Infirmières praticiennes spécialisées
 - Pharmaciens
- Collaboration interprofessionnelle et pratiques interdisciplinaires

ORDONNANCES COLLECTIVES (OC)

Ordonnance médicale, d'un ou plusieurs médecins, par laquelle une ou plusieurs infirmières¹ peut demander des examens para-cliniques, prescrire ou ajuster des médicaments et poser des gestes médicaux, cela selon des modalités pré-établies, pour des situations cliniques précises et des groupes spécifiques de patients.

L'intervention de l'infirmière peut se faire sans supervision médicale immédiate et éviter parfois une visite médicale

¹Une Oc peut viser d'autres catégories de professionnels (pharmacien, inhalothérapeutes, etc)

EXEMPLES D'OC

- Suivi conjoint de maladies chroniques
- Ajustement de médication (par ex. anticoagulants)
- Évaluation de patients et mesures initiales
- Dépistage de maladies chroniques

OC « NATIONALES » *

- OC rédigées par un groupe national de cliniciens, validées par un comité d'experts, mises à jour régulièrement et disponibles via un organisme reconnu (INESSS)
- Disponibles : Hypertension artérielle, diabète, anticoagulothérapie.
- En élaboration : dyslipidémies, soins palliatifs, antidépresseurs, MPOC

3. CONTINUITÉ ET INTÉGRATION

- Continuums de soins :
 - accidents vasculaires cérébraux
 - douleur chronique
- Interventions auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs
- Intégration des soins palliatifs dans les services auprès de personnes atteintes d'une maladie fatale
- Place des organismes communautaires et des associations de malades

CONTINUUM DE SOINS POUR L'AVC

- Sensibilisation du public
- Prévention de l'AVC
- Prise en charge de l'AVC: phase hyperaigüe
- Prise en charge de l'AVC: phase aigüe
- Réadaptation post AVC
- Réintégration dans la communauté

SUIVI DES PERSONNES AVEC TROUBLES COGNITIFS

- Appel de projets pour optimiser la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs
- Exigences:
 - Suivi en 1^{ère} ligne
 - Approche intégrée des services de 1^{ère} ligne avec les services spécialisés
 - Accompagnement et évaluation par un groupe de chercheurs
- 19 projets sélectionnés pour une expérimentation de 2 ans (maintien des services si concluant)

4. ACCESSIBILITÉ DE L'INFORMATION

Le Québec est engagé dans une vaste entreprise d'informatisation des données cliniques :

- National: Dossier Santé Québec (DSQ)¹
- Établissements: Dossier clinique informatisé (DCI)¹
- Cliniques médicales: Dossier médical électronique (DMÉ)¹

Ceci n'enlève rien à la nécessité des contacts personnels...

¹ L'interfaçage entre les différents dossiers est prévu

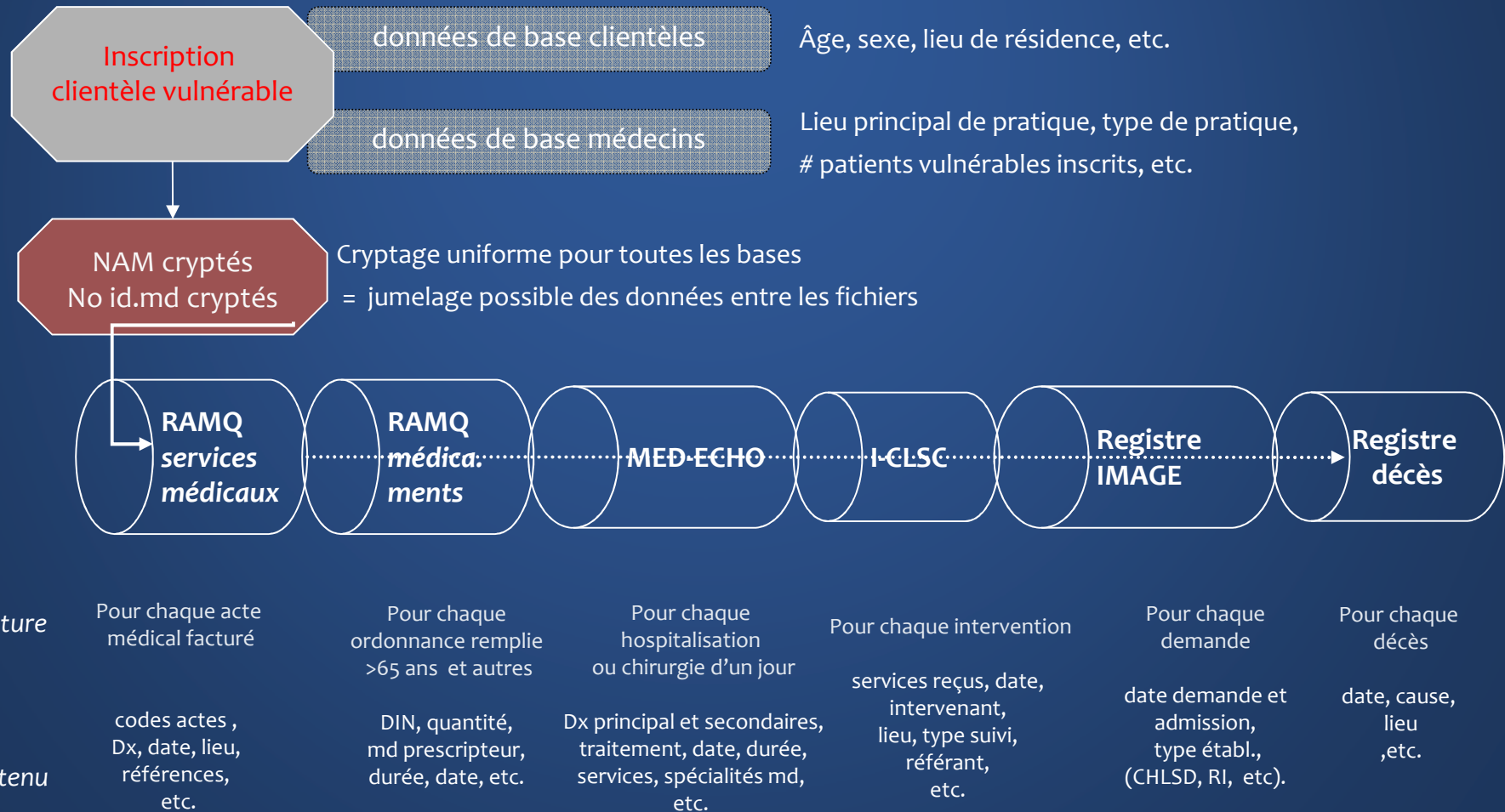
5. FORMATION

- Formation initiale des intervenants
- Formation interdisciplinaire
- Pratique réflexive
- Partage des connaissances et des expériences :
« *Rendez-vous de la gestion des maladies chroniques* »

PRATIQUE RÉFLEXIVE : LE PROJET COMPAS

- Collectif pour des meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services
- Groupe cible : médecins de famille, infirmières et pharmaciens des divers territoires de la Montérégie
- Sujet: maladies chroniques
- Opportunité : banques de données jumelées

PROJET COMPAS: BANQUES DE DONNÉES JUMELÉES



PROJET COMPAS : STRATÉGIE

- Gouvernance: département régional de médecine générale
- Comité de pilotage : 5 cliniciens / 8 membres
 - choix des maladies étudiées, d'abord le diabète
 - détermination des indicateurs à mesurer
 - mode d'intervention: apprentissage interprofessionnel combinant deux approches, amélioration continue et pratique réflexive
- Validation de la démarche par un comité scientifique
- Production d'un rapport par territoire

LE RAPPORT COMPAS POUR CHAQUE RLS

- Portrait des personnes diabétiques du territoire (la Montérégie en compte 11)
- Portrait de l'utilisation des soins, services et médicaments de celles-ci
- accompagnés de :
 - Brève description méthodologique
 - Résultats comparés avec ceux du RLS avec le taux le plus faible et celui avec le taux le plus élevé
 - Faits saillants à l'analyse des résultats montérégiens et de ceux du RLS en tenant compte des pratiques exemplaires et des données probantes

L'ATELIER COMPAS

Au terme de l'atelier, les participants seront en mesure :

- d'interpréter le portrait de consommation de soins et des services des personnes diabétiques de leur territoire
- d'analyser les variations dans leurs pratiques en tenant compte des réalités de votre milieu
- d'explorer le rôle de chaque intervenant afin de créer entre eux une synergie de collaboration interprofessionnelle
- de choisir des actions ciblées en fonction des constats qu'ils auront faits

PARTAGE DES CONNAISSANCES

- **Abitibi-Témiscamingue :**
 - Programme d'autogestion Stanford
- **Bas-Saint-Laurent**
 - Équipe interdisciplinaire en 1^{ère} ligne
- **Capitale-Nationale**
 - Gestion des grands utilisateurs

6. ÉVALUATION CONTINUE

- Données de surveillance en soutien à l'organisation de services (INSPQ) *
- Détermination d'indicateurs de qualité (INESSS)
- Participation des intervenants et des patients
- Intégration de la recherche aux interventions (FQR-S)

SOUTENIR L'AMÉLIORATION CONTINUE PAR DES INDICATEURS DE QUALITÉ (INESSS) *

« *Des soins et services de qualité sont :*

- *efficaces, c'est à dire fondés sur les connaissances scientifiques;*
- *centrés sur le patient, c'est-à-dire respectueux et à l'écoute de ses préférences, besoins et valeurs dans les décisions cliniques;*
- *accessibles en temps opportun;*
- *efficaces, c'est-à-dire qui évitent le gaspillage des ressources financières, matérielles et humaines;*
- *sécuritaires, c'est-à-dire qui évitent les blessures et autres dommages aux patients;*
- *équitable, c'est-à-dire que leur qualité ne dépend pas des caractéristiques personnelles des patients.*

La qualité comporte donc, sur le plan des procédures et des services rendus, des aspects techniques, organisationnels mais aussi relationnels qui sont interdépendants. »

(site internet de l'INESSS)

SOUTENIR L'AMÉLIORATION CONTINUE PAR DES INDICATEURS DE QUALITÉ (INESSS) *

- Prise en charge de maladies chroniques en 1^{ère} ligne (diabète, maladies cardiovasculaires, dyslipidémies et maladies respiratoires)
- Approche scientifique et délibérative (cliniciens et patients)
- 164 indicateurs (force des données probantes, pertinence, mesurable)
 - Spécifiques à la maladie
 - Génériques, associés au modèle de gestion des MC (*Chronic Care Model*)



Indicateurs de qualité : prise en charge des maladies chroniques

Présentation du projet

Publications

Base de données

Introduction

Mode d'emploi de la
base de données

Sondage sur la base de
données

Liste des références

INDICATEURS

Indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne - Maladies chroniques

Sujet :

Diabète

Recherche Avancée

1 à 30 de 30 indicateurs

Identifiant	Libellé	Dimension du modèle de gestion des maladies chroniques	Sous-dimension
DBT01	Pourcentage des patients non diabétiques qui affichent une glycémie à jeun allant de 6,1 mmol/l à 6,9 mmol/l OU dont la glycémie à jeun se situe entre 5,6 et 6,0 et qui présentent un facteur de risque de diabète, auxquels on a prescrit une mesure de la glycémie 2 heures après l'ingestion de 75 g de glucose	Fondés sur les données probantes et sécuritaires	Diagnostic
DBT02	Pourcentage des patients prédiabétiques orientés au moins une fois vers un programme d'éducation interdisciplinaire structuré (en conformité avec le modèle de gestion des maladies chroniques)	Fondés sur les données probantes et sécuritaires	Soutien à l'autogestion
DBT03	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic de diabète confirmé selon les lignes directrices canadiennes	Fondés sur les données probantes et sécuritaires	Diagnostic
DBT04	Pourcentage des patients diabétiques orientés au moins une fois vers un programme d'éducation interdisciplinaire structuré (en conformité avec le modèle de gestion des maladies chroniques)	Fondés sur les données probantes et sécuritaires	Soutien à l'autogestion
DBT05	Pourcentage des patients diabétiques dont le plan de traitement a été réévalué par un professionnel de première ligne au cours des 12 mois précédents	Centrés sur le patient	Soutien à l'autogestion
DBT06	Pourcentage des patients diabétiques dont le dossier fait mention d'une mesure de la PA au moins 2 fois par année	Fondés sur les données probantes et sécuritaires	Suivi

MAXIMISER L'UTILISATION DES INDICATEURS DE QUALITÉ (MSSS+INESSS)

- Intégrer certains indicateurs aux différents DMÉ (processus d'homologation)
- Intégrer certains indicateurs au cadre de référence sur la mesure de la performance du réseau
- Soutenir le développement des indicateurs de qualité dans les domaines de la multimorbidité et de l'autogestion (recherche)

PROJETS DE RECHERCHE FQRS-PFIZER-MSSS

- Suivi intersectoriel et interprofessionnel du diabète de type 2
- Intégration des services de réadaptation pour MC
- Transformation des pratiques interprofessionnelles pour améliorer la qualité des soins préventifs cardiovasculaires
- Prise en charge de sa santé (2 volets): interventions interdisciplinaires basées sur un programme d'activités physiques de groupe ; suivi à domicile par télésoins
- Programme interdisciplinaire de prévention et de gestion du risque cardiométabolique
- Gestion de cas et soutien à l'autogestion pour les personnes atteintes de MC et présentant une grande vulnérabilité
- Réseau intégré de prévention et de gestion de la douleur chronique en 1^{ère} ligne

CONCLUSION

Les maladies chroniques = LE fléau actuel

Approche concertée nécessaire:

- centrée sur le patient-partenaire
- organisée autour de la 1^{ère} ligne de soins
- mettant à profit les pratiques collaboratives
- et soutenue par le milieu

L'expérience québécoise,
une démarche inachevée mais prometteuse !

MERCI DE VOTRE ATTENTION !

DOCUMENTATION DISPONIBLE (1):

- Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en 1ère ligne :
www.msss.gouv.qc.ca ,
section documentation, rubrique publication, 2012/09/27
- Pratiques collaboratives (Université de Montréal)
 - Rapport du comité sur les pratiques collaboratives
 - Guide d'implantation du partenariat de soins et de services
<http://ruis.umontreal.ca/pratique-collaborative.html>
- Soutien à l'autogestion
 - Conseil canadien de la santé
http://www.rqam.ca/stock/fra/hcc_selfmanagement_fr_fa.pdf
 - Programme d'autogestion Stanford
<http://patienteducation.stanford.edu/programs/>
<http://mytoolbox.mcgill.ca/fr/>

DOCUMENTATION DISPONIBLE (2):

- GMF:
www.fmoq.org/fr/organization/administrative/gmf/default.aspx
- Infirmière praticienne spécialisée de 1^{ère} ligne:
<http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/specialites/infirmiere-praticienne-specialisee>
- Ordonnances collectives nationales:
www.inesss.qc.ca/index.php?id=397
- Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de 1^{ère} ligne
 - www.inesss.qc.ca , sections publications, 5 juillet 2012
 - Banque de données indicateurs:
<http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=248>

DOCUMENTATION DISPONIBLE:

- Commissaire à la santé et au bien-être
 - Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 :
Le défi des maladies chroniques au Québec : prévenir, organiser, outiller et soutenir
<http://www.csbe.gouv.qc.ca/index.php?id=62>
- Publications sur le diabète (INSPQ)
<http://www.inspq.qc.ca/publications/theme15.asp>

PERSONNES RESSOURCE:

- Jean Rodrigue

jean_rodrigue@sympatico.ca

jean.rodrigue.agence16@ssss.gouv.qc.ca

- Geneviève Landry (1^{ère} ligne, maladies chroniques, GMF)

Genevieve.Landry@msss.gouv.qc.ca

- Danielle Fleury (ordonnances collectives, infirmière et infirmière praticienne spécialisé 1^{ère} ligne)

danielle.fleury@msss.gouv.qc.ca

- Louise Clément (continuum AVC)

louise.clement@msss.gouv.qc.ca