

Cette présentation a été effectuée le 8 décembre 2015, au cours de la journée « Exercer la responsabilité populationnelle en maladies chroniques : s'inspirer d'expériences prometteuses intégrant le modèle de la triple finalité » dans le cadre des 19^{es} Journées annuelles de santé publique (JASP 2015). L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP à la section *Archives* au : <http://jasp.inspq.qc.ca>.

Implantation d'un programme de réadaptation en maladies chroniques en première ligne au Saguenay Lac St-Jean

JASP 8 décembre
Esther Leclerc M.Sc., M.Éd.
Chargée d'implantation
Dr Martin Fortin

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Saguenay-
Lac-Saint-Jean
Québec 

Objectifs de la présentation

- Faire un bref retour sur l'historique de DIMAC - 02
- Décrire les interventions offertes en GMF
- Expliciter les liens entre notre intervention et le Triple Aim
- Identifier les éléments de succès/ éléments facilitants / ou bons coups
- Partager les leçons apprises
- Identifier les défis persistants/ enjeux
- Période d'échanges

2

ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SOINS OFFERTS AUX PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES DE LA RÉGION DU SAGUENAY-LAC-ST-JEAN

2001	Mise en place de la Trajectoire des maladies chroniques
2004	Réorganisation du réseau et développement des CHU, CSSS et GMF.
2009-2010	Programme régional (ASSS-SLSJ) : les grands utilisateurs de services
	Programme Hiver
	Budget consacré aux maladies chroniques
2011-2012	PR1MaC et V1SAGES 1.
2012-2014	FORCES: Action continuum, PRIISME
2014	DIMAC 02

FAIRE BEAUCOUP ET BIEN NE SIGNIFIE PAS QU'ON NE PEUT FAIRE MIEUX!

4

Projet Forces - Extra

Objectif :

Mesurer l'utilisation des ressources hospitalières par une clientèle vulnérable atteinte de MPOC dans deux sites: Action continuum, PRIISME

Évaluation :

Analyser l'implantation, le rendement et l'efficacité des deux expériences

Recommandations:

- !! Arrimer et Intensifier les initiatives régionales;
- !! Concevoir cette disposition sous forme de gestion de projet;
- !! *Plan stratégique 2015-2020*;
- !! Arrimages CSSS-GMF;
- !! Intensifier la gouvernance clinique;
- !! Standardiser les pratiques;
- !! Étendre le principe de gouvernance médico-administrative;
- !! Adopter le concept de patient-partenaire;
- !! Partage des ressources.



Objectif:

Adapter et mettre en place des services interprofessionnels de prévention et de gestion des maladies chroniques au sein des milieux de 1^{re} ligne

Résultats Quantitatifs:

- Amélioration et maintien de:
 - l'autogestion (6/8 dimensions)
 - l'état de santé
 - Consommation de fruits et de légumes
- Amélioration à court terme du niveau d'activité physique

Évaluation Réaliste:

Les Patients:

perception de l'état de santé, de l'autogestion et de la qualité de vie des patients

Les membres de familles des patients:

ont apprécié être mobilisés et impliqués

Les professionnels de la santé:

référer leurs patients aux intervenants

l'intégration des services de PGi-MC en 1^{re} ligne

une augmentation de la charge de travail

une certaine duplication des interventions



Implantation et évaluation d'une intervention de gestion de cas (GC) et de soutien à l'autogestion pour les grands utilisateurs services hospitaliers atteints de maladies chroniques en GMF

Objectifs :

- Évaluer la perception des acteurs-clés après l'implantation de l'intervention
- Évaluer les effets de l'intervention sur l'activation, la détresse psychologique, le sentiment d'auto-efficacité et l'utilisation des services
- Résultats

Résultats qualitatifs

- Perception très positive de la gestion de cas
- Amélioration de l'accessibilité qui augmente la sécurité
- Amélioration du soutien à l'autogestion
- Amélioration de l'autogestion de la santé
- Fonction de gestion de cas pas toujours bien comprise (Pts, partenaires, MD)

Résultats d'essai clinique randomisé : recrutement = grand défi

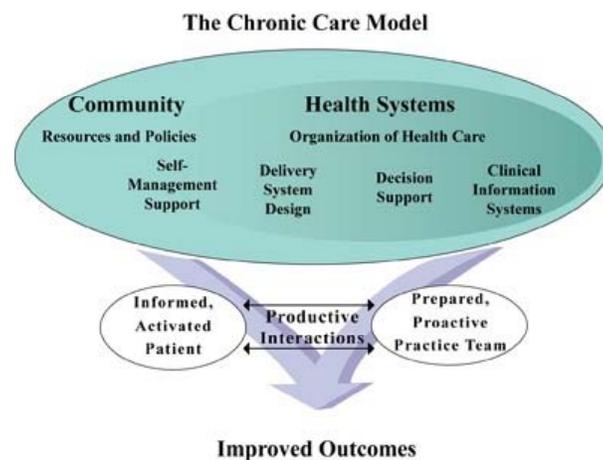
- Activation : amélioration significative
- Sentiment d'auto efficacité: Tendence à l'amélioration
- Détresse psychologique : Tendence à la diminution

Démarche intégrée en maladies chroniques -DIMAC02

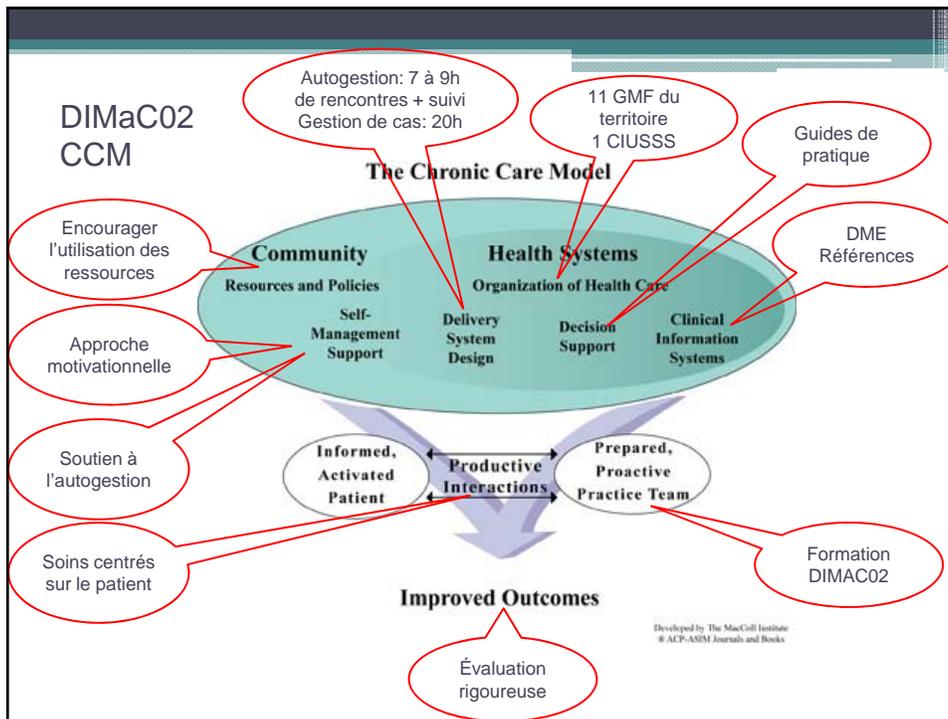
La Démarche Intégrée en prévention et gestion des Maladies chroniques vise à arrimer et intensifier les différentes initiatives régionales en prévention et gestion des maladies chroniques :

- Soutien à l'autogestion
- Gestion de cas
- Soins centrés sur le patient avec multimorbidité
- Approche motivationnelle
- Collaboration interprofessionnelle
- Les 11 GMF du territoire constituent les lieux privilégiés pour débiter l'implantation de la démarche.

DIMaC02
CCM



Developed by The MacCall Institute
© ACP-ASIM Journals and Books



Objectifs spécifiques

- Rendre disponible, dans le GMF, une intervention éducative interdisciplinaire visant la prévention et la gestion des maladies chroniques pour une clientèle à faible et haut risque de complications (Pr1MaC);
- Rendre disponible ou améliorer la gestion de cas en GMF par les infirmières pour une clientèle à haut et très haut risque de complications et aux besoins complexes. Une coordination importante avec les autres ressources du réseau et les organismes communautaires sera assurée par l'infirmière gestionnaire de cas (*V1SAGES*);
- Augmenter la fluidité des communications entre les GMF et les installations du CIUSSS (lien entre la 1ère et la 2e ligne) afin d'améliorer la continuité des soins aux patients/proches .

Clientèle visée

Des patients adultes inscrits en GMF :

- Présentant des facteurs de risque (obésité, tabagisme, sédentarité, hypercholestérolémie);
- Atteints de maladies chroniques (Diabète, MPOC, asthme, MCV, ostéoporose, syndrome métabolique, HTA) ;
- Grands consommateurs atteints de maladies chroniques et identifiés par installation du CIUSSS selon critères déterminés;
- Grands consommateurs atteints de maladies chroniques et identifiés par l'équipe du GMF;
- Bénéficiant ou pas de services de réadaptation ou de soins à domicile.

Interventions intégrées

Volet 1 - Intervention éducative en PGi-MC:

Professionnels: infirmières, nutritionnistes et kinésioles

- 1ère rencontre (infirmière) : évaluation, plan d'intervention;
- Rencontre selon plan d'intervention (infirmière + autres prof.);
- Rencontre de suivi;
- Rencontres de réactivation des connaissances.

Volet 2 - Intervention en gestion de cas complexe

- L'infirmière de GMF dispose d'un temps estimé de 20 heures pour:
 - Réaliser une analyse exhaustive du dossier du patient;
 - Planifier un plan de services individualisé - PSI / Plan de services individualisé et intersectoriel - PSII;
 - Mettre en place le PSI;
 - Coordonner les différents intervenants et soutenir le patient dans sa navigation du réseau de la santé et services sociaux;
 - Soutenir le patient dans l'autogestion de sa santé.

Évaluation

- **Volet 1 -**
- **Modèle d'évaluation de PACE in MM:**
 - × Essai Randomisé pragmatique
 - × Devis à mesures répétées avant-après
 - × Étude quasi-expérimentale (données médico-administratives)
- **Volet 2 Gestion de cas**
 - Équipe V1SAGES
 - × Devis à mesures répétées avant-après
 - × Évaluation qualitative de l'implantation

Journées de formation

- Jour 1
 - Comprendre DIMAC - 02 et en quoi l'approche est différente;
 - Comprendre les soins centrés sur le patient avec multimorbidité;
 - Identifier et développer des habiletés en soutien à l'autogestion.
- Journée 2
 - Développer des habiletés en approche motivationnelle.
- Journée 3
 - Comprendre la gestion de cas et élaboration d'un Plan de Services Individualisés (PSI).
- À ce jour , plus de 70 personnes ont été formées et les évaluations des formations indiquent :
 - une grande ouverture pour utiliser l'approche motivationnelle;
 - un intérêt manifeste pour l'intégration d'interventions de soutien à l'autogestion;
 - certaines craintes face à une augmentation de la charge de travail associée à l'augmentation d'intensité de la gestion de cas .

15

État des lieux ce qui fonctionne

- Appui indéfectible de la PDG de l'Agence initialement (Octobre 2014 ad 1er avril 2015) et du CIUSS par la suite;
- Interventions en cohérence avec les résultats de recherche récente ainsi qu'avec les politiques de santé
- Diffusion importante par le MSSS, des rôles attendus des différents professionnels impliqués en GMF (*Intégration des professionnels en GMF , MSSS 2014*)

Clarifier le rôle des intervenants en GMF

- Rôle des infirmières (coordonnatrice / gestionnaire de cas complexe)
- Rôle de la nutritionniste
- Rôle de la kinésiologue

Activités communes à tous les professionnels oeuvrant en GMF

- Met en place un plan d'intervention tout en se souciant de l'aspect motivation;
- Intervient de façon individuelle ou en groupe selon les besoins cliniques du client;
- Dirige le patient en fonction de ses besoins vers les programmes du CSSS (CIUSSS) et les ressources communautaires du territoire;
- Constitue une personne-ressource pour l'équipe interprofessionnelle, notamment pour les activités d'érudition clinique au regard de son expertise.





État des lieux / Défis persistants

- Tous les professionnels des 11 GMF ont été formés / **formation du personnel de remplacement**;
- Un seul CIUSS depuis avril 2015 / **structure d'encadrement clinique en mouvance à confirmer**;
- Les nutritionnistes et kinésithérapeutes présents dans les 11 GMF / **Accès à des locaux en GMF**;
- Subvention de transition- transformation pour deux ans / **Délocalisation des ressources professionnelles du CIUSSS**;
- Communications formelles et informelles à plusieurs groupes médicaux et professionnels / **Tension entre les professionnels oeuvrant dans les trajectoire et ceux délocalisés en GMF**;
- Déploiement du volet évaluatif / **recrutement des patients**;
- Étape 1 de consolidation de 1ere ligne / **révision des continuum de soins et services en maladies chroniques**.

