

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent est préoccupé par la couverture des soins de santé pour les petites municipalités. Les responsables abordent l'accès aux services dans la foulée du départ de médecins de famille à la retraite et dans le contexte de la réforme récente des soins de santé. La recension explore dans les écrits différentes solutions qui serviront à alimenter les travaux du comité de pilotage de ce projet d'amélioration.

ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ EN MILIEU RURAL

Recension des écrits sur les meilleures pratiques

France C. Fleury

Pour le Centre intégré de santé et de services sociaux
de CISSS du Bas-Saint-Laurent

Mai 2017

Le Consortium de transfert de connaissances InterS4

regroupe les Centres intégrés de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent, de Chaudière-Appalaches et de la Gaspésie, animé par l'UQAR en collaboration avec l'UQAT. Il a pour mission de répondre aux besoins spécifiques des CISSS en région grâce à un partenariat appuyé sur l'utilisation stratégique des connaissances de pointe. Pour ce faire, les membres du Consortium partagent une plateforme de courtage de connaissances.

Le transfert de connaissances est un ensemble de techniques, d'outils, de méthodes, de processus, de structures et de cultures qui favorise les capacités des individus ou d'une organisation à générer, à disséminer, à absorber des connaissances et à s'adapter, de même qu'à se remettre en question [1].

Le courtage de connaissances est un outil appliqué du transfert de connaissances, efficace pour répondre à des problèmes prioritaires en soutenant la prise de décision ou le changement de pratiques. Il emploie pour ce faire des connaissances de pointe provenant d'écrits, de pratiques ou d'avis d'experts.

Auteurs

M. France Charles Fleury, M. Sc., coordonnateur du Consortium (si vous avez des questions ou des commentaires, écrivez à : francecharles_fleury@uqar.ca)

Collaborateur

Mme Emmanuelle Jean, Ph. D., UQAR

Demandeur

CISSS Bas-Saint-Laurent

Intention des travaux

Le présent ouvrage cherche à répondre aux préoccupations du demandeur sur les meilleures pratiques applicables à son contexte. Il se centre sur les publications scientifiques récentes. La présentation s'attache à résumer les conclusions des études consultées en vue d'inspirer les membres du comité de pilotage responsable de la planification du changement. Ces derniers soumettront les connaissances acquises à l'épreuve de la faisabilité et de l'acceptabilité dans leur organisation, en fonction des priorités de l'établissement.

Niveau de fiabilité

Les connaissances produites en courtage de connaissances doivent être comprises en fonction du mandat des demandeurs et du contexte de réalisation. Le document peut avoir franchi différentes étapes de validation. Le fait de le préciser permet au lecteur d'apprécier la valeur des conclusions.

- Le présent ouvrage reflète les travaux et l'analyse des auteurs. Il n'engage qu'eux.
- Le présent ouvrage reflète l'opinion des auteurs et des personnes suivantes qui en ont validé les termes et les contenus :
- Le présent ouvrage est validé par les personnes suivantes, membres du groupe (préciser le nom du groupe et l'organisation) :

Citation suggérée

Fleury, F.C. Accès aux services de santé en milieu rural – Recension des écrits sur les meilleures pratiques. Mai 2017, Consortium InterS4, 29 p.

Vous pouvez utiliser cet ouvrage en tout ou en partie sans l'approbation des auteurs. Nous vous demandons seulement d'en citer la source.

ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ EN MILIEU RURAL

Table des matières

MESSAGES CLÉS.....	3
MISE EN CONTEXTE	4
ATTENTES ENVERS LES SERVICES DE SANTÉ.....	4
Rappel sommaire de la perception des usagers, des aidants et des fournisseurs de soins primaires	4
Perception de la qualité par les aînés vulnérables	5
TABLEAU RÉSUMÉ DES ÉCRITS RECENSÉS	5
Description et limites du tableau	5
Approche systémique.....	6
Conception générale de la gamme de services en première ligne.....	6
Participation de la communauté dans les soins primaires.....	7
Visites évitables à l'urgence	8
Soins et services de transition	9
Modèle de gestion des maladies chroniques	9
Solutions spécifiques	10
Monitoring, évaluation et interventions à distance	10
Implication d'autres professionnels	12
Consultations par des pharmaciens pour des problèmes mineurs de santé	12
Clinique de soins infirmiers	13
Aspects cliniques	16
Rencontres de groupe	16
Gestion de cas et navigation	18
Interdisciplinarité.....	18
Implication de la personne et de ses proches	20
Présentation des solutions en fonction des résultats et du type de publication.....	21
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	27
ANNEXE : Modèle de gestion des maladies chroniques - objectifs et actions prioritaires des composantes	29

MESSAGES CLÉS

1. La satisfaction des usagers est associée à :
 - Des soins centrés sur la personne et sur les proches aidants.
 - Des ressources pour l'autogestion.
 - Une pratique collaborative entre les intervenants.
 - De la gestion de cas (ou de la navigation) pour les problèmes complexes.
 - Le développement de trajectoires claires, intégrées et continues de soins.
2. Une approche systémique de révision des services de première ligne pourrait être envisagée pour aborder l'absence ou le manque de médecin généraliste en milieu rural, en combinant plusieurs solutions plutôt qu'en adoptant une solution unique.
3. La participation de la communauté apparaît une avenue innovante pour accroître l'accès aux services, l'efficacité des ressources et la satisfaction des usagers.
4. Les publications recensées se distribuent en deux catégories au sujet de la clientèle : les usagers qui présentent des problèmes aigus ; et les usagers qui présentent des problèmes chroniques.
5. Plusieurs solutions en organisation de services apparaissent communes aux deux grandes catégories de clientèle, dont les plus efficaces semblent être les suivantes :
 - L'optimisation des rôles professionnels de l'infirmière et la présence d'infirmières praticiennes.
 - L'optimisation des rôles professionnels du pharmacien communautaire.
 - Un service assuré principalement par des infirmières, sous une forme fixe ou mobile, au sein d'un centre de santé ou dans la communauté.
 - Le recours à la télémédecine pour des consultations à distance ou les suivis.
6. La mise en place des solutions nécessite de déterminer par consensus ce que représentent des problèmes mineurs aigus de santé (ex. : problèmes des voies respiratoires supérieures ; problèmes qui nécessitent un traitement antibiotique).
7. La gestion optimale des maladies chroniques doit en plus compter sur la mise en place de composantes reconnues dont :
 - Le suivi en équipe interdisciplinaire.
 - La gestion de cas (ou navigation).
 - Le suivi des signes vitaux.
 - Le soutien à l'autogestion.
 - Le soutien et l'éducation des proches aidants.
 - Une transition structurée et continue entre l'hôpital et les soins primaires suite à une hospitalisation.
8. L'utilisation du format de groupe pour des problèmes chroniques doit être envisagée comme une solution innovante.
9. L'impact positif des précédentes solutions s'observerait dans l'accès aux services, la réduction des visites évitables à l'urgence, les réadmissions à l'hôpital et la satisfaction de la clientèle.

MISE EN CONTEXTE

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent est préoccupé par la couverture des soins de santé pour les petites municipalités. Les responsables abordent l'accès aux services dans la foulée du départ de médecins de famille à la retraite et dans le contexte de la réforme récente des soins de santé.

La recension explore les alternatives de soins de santé en milieu rural avec le souci d'optimiser les ressources médicales. Elle a pour but d'outiller les membres du Comité de pilotage dans leurs travaux de planification. Les résultats sont présentés avec l'intention de mettre en lumière à la fois les effets pour la santé et l'efficacité du système, à la fois l'acceptabilité de ces alternatives pour les usagers.

Le document débute par un rappel des attentes connues des usagers par rapport aux services de santé. Un tableau rapporte ensuite l'essentiel des écrits recensés. La structure préconisée reflète deux tendances observées pour répondre à la question : par une approche systémique du changement ; ou par des solutions spécifiques qui pourraient d'ailleurs étoffer des éléments de l'approche systémique.

ATTENTES ENVERS LES SERVICES DE SANTÉ

Rappel sommaire de la perception des usagers, des aidants et des fournisseurs de soins primaires

Un *focus-group* mené auprès d'aînés et de proches aidants ontariens (n=28), ainsi que de fournisseurs de soins primaires (n=20), met en lumière leurs perceptions des services de soins primaires. L'étude cherche à répondre à deux questions : Quels sont les barrières et les facilitateurs que les aînés rencontrent lorsqu'ils essaient d'accéder aux soins primaires de santé dans la communauté ? Quelles sont les améliorations que les aînés recommandent pour surmonter ces barrières et renforcer ces facilitateurs ? Le tableau suivant rapporte les résultats consensuels de la consultation (Lafortune, Huson et al. 2015, p.3).

DOMAINES	THÈMES	SOUS-THÈMES
BARRIÈRES	Pauvre intégration des services	<input type="checkbox"/> Pauvre communication <input type="checkbox"/> Difficulté à naviguer dans le système <input type="checkbox"/> Barrières aux échanges d'informations <input type="checkbox"/> Manque d'uniformité à travers les parties du système
	Accès limité aux services	<input type="checkbox"/> Restrictions politiques et financières <input type="checkbox"/> Accès et références compliqués aux spécialistes <input type="checkbox"/> Transport inadéquat
FACILITATEURS	Soins centrés sur la personne et ses aidants	<input type="checkbox"/> Soins holistiques <input type="checkbox"/> Inclusion des proches aidants
	Ressources d'autogestion	<input type="checkbox"/> Programmes de soutien <input type="checkbox"/> Éducation et formation <input type="checkbox"/> Groupes de soutien
	Pratique collaborative	<input type="checkbox"/> Prestation de soins basée sur le travail en équipe <input type="checkbox"/> Apprentissages fondés sur les discussions de cas en équipe <input type="checkbox"/> Fournisseurs qui améliorent l'expérience des patients

DOMAINES	THÈMES	SOUS-THÈMES
RECOMMANDATIONS POUR L'AMÉLIORATION DU SYSTÈME	Extension et intégration des équipes de soins	<input type="checkbox"/> Incorporer divers fournisseurs de services <input type="checkbox"/> Collaboration interprofessionnelle
	Système de navigation	<input type="checkbox"/> Représentation des patients <input type="checkbox"/> Sensibilisation aux ressources communautaires
	Développement d'évaluations standardisés, de systèmes d'information et de trajectoires de soins	<input type="checkbox"/> Évaluations normalisées <input type="checkbox"/> Systèmes d'information normalisés <input type="checkbox"/> Traitement et trajectoire de soins normalisés

Perception de la qualité par les aînés vulnérables

Les aînés vulnérables perçoivent une meilleure qualité des services lorsqu'ils reçoivent une intervention complète inscrite dans un continuum de services intégrés. Ils apprécient tout particulièrement la meilleure planification des soins et savent mieux qui contacter en cas de besoins. Dans l'étude suédoise, le groupe intervention (n=85) recevait une évaluation gériatrique précoce, de la gestion de cas, des professionnels travaillant de façon collaborative, du soutien pour les proches et des rencontres au domicile pour la planification des soins. Les soins usuels (n=76) n'incluaient rien du service offert au groupe d'intervention, la planification des soins se faisant par exemple à l'hôpital (Berglund, Wilhelmson et al. 2013).

TABLEAU RÉSUMÉ DES ÉCRITS RECENSÉS

Description et limites du tableau

Le tableau versé à la prochaine section résume l'essentiel des écrits recensés. Les connaissances sont regroupées par catégories significatives au regard du projet d'amélioration et présentées à partir de la publication la plus récente. Pour chacune d'elle, le lecteur retrouvera une description de la pratique, une synthèse des principaux résultats à partir d'une légende précisée en bas de page, des informations sur la recevabilité de la pratique pour les usagers, enfin, des commentaires du courtier jugés utiles à la compréhension.

Les écrits recensés ne comprennent pas toutes les publications. À la lumière du temps prévu pour ce faire, la recension couvre les publications :

- Des dix dernières années ;
- Qui sont apparues les plus pertinentes et suffisantes dans le contexte actuel des travaux du comité de pilotage, sans ramener toutes les pratiques déjà connues et intégrées ;
- Et qui présentaient les plus forts niveaux de preuve.

Les membres du comité de pilotage devraient y retrouver des connaissances utiles pour éclairer leur planification. Un forage dans certains écrits pourrait être envisagé afin de mieux documenter certaines pratiques.

AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
Approche systémique					
Conception générale de la gamme de services en première ligne					
1 ¹	(Wakerman and Humphreys 2011) Innovations et meilleures pratiques de soins primaires en milieu rural. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Facteurs communs aux modèles les plus performants : <ul style="list-style-type: none"> - Contextualisés pour s'appliquer à diverses conditions. - Vision systémique des solutions à mettre en place. - Approche systématique du changement. - Acteurs concernés (usager, professionnel, politique) savent le type et le niveau de services auxquels ils peuvent raisonnablement s'attendre dans différents contextes. - Évaluation comparative de la performance. 	ACC + EFF +	---	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude australienne. ▪ Généralisation possible des conclusions au Canada. ▪ Efficience en termes de soins plus pertinents et de services durables.
2	(Miller 2011) Stratégie d'innovation nationale en soins primaires pour des régions rurales. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Éléments clés de la stratégie : <ul style="list-style-type: none"> - Modèles de services localement prévus et basés sur les besoins. - Soins holistiques et connaissance des déterminants sociaux de la santé et du bien-être du territoire. - Accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins de santé primaires. - Programmes d'éducation. - Main-d'œuvre pour qui les compétences comme généralistes sont favorisées. - Maximisation des champs de pratique tout en assurant la qualité et la sécurité des usagers. - Veiller à ce que le désir d'accroître l'accès tienne compte du fait que tous les services ne peuvent pas être offerts de manière sécuritaire et de manière rentable partout. 	---	---	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publication australienne. ▪ Document de travail apparemment non entériné.

¹ Les chiffres associés à chacune des publications recensées servent à faciliter : les échanges entre les membres du Comité de pilotage ; et les liens avec la présentation des solutions au Ainsitableau suivant.

RÉSULTATS : ACC = accessibilité ; EFF = efficience du réseau ; URG = effet sur les visites à l'urgence ; CLI = effets cliniques ; AUT = autres effets. + = résultats positifs ; - = résultats négatifs ; ± = effets potentiels ou limités.
TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
	- Disposer du temps et des ressources pour relever les défis spécifiques de la prestation de services en zones rurales ou éloignées.				
Participation de la communauté dans les soins primaires					
3 (Bath and Wakerman 2015)	Synthèse des écrits sur la participation communautaire en soins primaires. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quatre niveaux de participation, d'une plus faible à une plus grande implication : <ul style="list-style-type: none"> - Consultation (demander opinion et réactions). - Participation comme moyen (parvenir à une fin déterminée). - Participation substantielle (déterminer les priorités et l'implantation dans un projet contrôlé de l'extérieur). - Participation structurelle (processus développemental et engagé dans lequel le contrôle de la communauté est prédominant). 	CLI + ACC ± EFF ±	Positive	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible niveau de preuve. ▪ Effets limités pour l'utilisation des services, la qualité et la réactivité. ▪ Auteurs encouragent les décideurs à soutenir la mise en place de mécanismes participatifs.
4 (Preston, Waugh et al. 2010)	Définition de l'approche communautaire en milieu rural à partir d'une synthèse des écrits. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation communautaire : implication collective de personnes du milieu dans l'évaluation de leurs besoins et dans l'organisation des stratégies pour y répondre. ▪ Modèle « <i>bottom up</i> ». ▪ Requiert un investissement conséquent et à long terme. ▪ Auteurs préconisent une « approche développementale » : développement des services vu comme un processus interactif et évolutif, intégré dans une communauté géographique ou d'intérêt, les personnes du milieu jouant un rôle dans la prise de décision et dans l'atteinte des résultats attendus, en partenariat avec les professionnels. ▪ Comparaison avec une approche sans participation communautaire. 	EFF + CLI ± ACC ±	Positive	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objet difficile à cerner. ▪ Faible niveau de preuve. ▪ Efficience observée notamment en termes de pertinence.

RÉSULTATS : ACC = accessibilité ; EFF = efficacité du réseau ; URG = effet sur les visites à l'urgence ; CLI = effets cliniques ; AUT = autres effets. + = résultats positifs ; - = résultats négatifs ; ± = effets potentiels ou limités.

TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
Visites évitables à l'urgence					
5 (Fleury 2015)	<p>Recension sur les solutions pour réduire les visites évitables à l'urgence.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visite évitable : des visites faites pour des problèmes de santé non urgents ; et pour des problèmes urgents pouvant être traités en soins primaires. ▪ Principales raisons cliniques d'une visite jugée évitable : <ul style="list-style-type: none"> - Infection des voies respiratoires supérieures. - Traitement antibiotique. - Mal de gorge. - Otite. - Soins de contrôle chirurgicaux. ▪ Pistes de solution present isolément moins efficaces que l'adoption d'une combinaison de solutions. ▪ Meilleures solutions comprennent : <ul style="list-style-type: none"> - Un accès au médecin de famille qui coordonne les soins. - La continuité des interventions. - L'éducation des usagers. - Des options alternatives d'urgence pour des problèmes de moindre gravité. - La gestion de cas pour les utilisateurs fréquents. - Des services spécifiques pour des clientèles à haut risque, dont les personnes qui présentent des maladies chroniques, montrent des effets avantageux dans la réduction des retours à l'urgence. 	URG +	---	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recension produite pour le MSSS. ▪ Effets positifs pour la réduction des visites à l'urgence. ▪ Meilleurs effets de certaines solutions pour les utilisateurs fréquents et les personnes qui présentent des maladies chroniques.
6 (McCusker, Roberge et al. 2013)	<p>Description du lien entre les soins primaires et les visites aux départements d'urgence.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse des effets de l'accès aux soins primaires sur les visites à l'urgence. ▪ Investissements recommandés pour améliorer les soins primaires, dont l'accès à un MD de famille, surtout pour : <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées. - Les populations vulnérables. 	URG + CLI ±	---	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude québécoise. ▪ Bénéfices potentiels des bilans complets vu la possibilité de fournir des services préventifs et de calmer les inquiétudes.

RÉSULTATS : ACC = accessibilité ; EFF = efficacité du réseau ; URG = effet sur les visites à l'urgence ; CLI = effets cliniques ; AUT = autres effets. + = résultats positifs ; - = résultats négatifs ; ± = effets potentiels ou limités.

TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
Soins et services de transition					
7 (Le Berre, Maimon et al. 2017)	Soins et services de l'hôpital aux soins primaires pour les aînées présentant des maladies chroniques. <ul style="list-style-type: none"> Comprend : <ul style="list-style-type: none"> Éducation pour l'autogestion. Planification du congé. Suivi structuré. Coordination des services entre les professionnels. 	CLI + (mortalité à 12 et 18 mois suite au congé) URG + (visites à 3 mois suite au congé). EFF + (réadmissions à 3, 12 et 18 mois suite au congé ; réduction de la DMS à 3, 6, 12 et 18 mois suite au congé).		1	<ul style="list-style-type: none"> Les auteurs, québécois, concluent que ces services devraient faire partie de la réorganisation des services de santé. Article non publié. Erreurs dans l'article.
Modèle de gestion des maladies chroniques					
8 (Massimi, De Vito et al. 2017)	Interventions de soutien à l'autogestion dirigées par des infirmières. <ul style="list-style-type: none"> Problèmes chroniques de santé, visant surtout ici la réduction de la pression sanguine systolique ou diastolique et la réduction de l'HbA1c ou hémoglobine glyquée. 	CLI + (contrôle de la glycémie ; réduction de la pression sanguine) EFF ± AUT ± (coûts)	Tendance à accroître la satisfaction.	1	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite un entraînement spécial de l'infirmière.
9 (Brynaert Brennan et Associés 2016)	Programme holistique de 3 mois basé sur le modèle de gestion des maladies chroniques. <ul style="list-style-type: none"> Visites 2x/semaine dans une clinique ou un gymnase. Rapprochement de la communauté. Buts : améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques. Équipe interdisciplinaire : infirmière autorisée, nutritionniste et kinésiologue. Aiguillage du MD et échanges de suivis. Rédaction d'un plan de traitement unique qui couvre tous les problèmes de santé. Accent mis sur : 	CLI + (amélioration de la santé ; réduction de la médication ; taux d'hypertension moins élevés ; taux de cholestérol plus faibles ; diabète mieux maîtrisé ; perte de poids ; adoption de	---	4	<ul style="list-style-type: none"> Pratique québécoise (Rocher-Percé). Pratique « digne de mention » selon Agrément Canada.

RÉSULTATS : ACC = accessibilité ; EFF = efficacité du réseau ; URG = effet sur les visites à l'urgence ; CLI = effets cliniques ; AUT = autres effets. + = résultats positifs ; - = résultats négatifs ; ± = effets potentiels ou limités.

TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> - Un mode de vie sain, en préconisant l'exercice et une saine alimentation. - L'autogestion. ▪ Rencontres individuelles et de groupes. ▪ Effets appréciés sur 3 cohortes de 50 personnes. 	meilleures habitudes de vie) EFF + (réduction de la sollicitation en médecine spécialisée) AUT + (satisfaction des MD)			
10 (Fleury 2011)	Modèle efficace constitué de plusieurs composantes. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Certaines composantes et actions sont fortement ou moyennement reconnues pour leur efficacité. ▪ Implantation suggérée en assurant la mise en place des composantes et actions les plus rentables. 	--- ²	---	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voir le modèle en Annexe qui rapporte les composantes et les aspects les mieux reconnus.
Solutions spécifiques					
Monitoring, évaluation et interventions à distance					
11 (Duan, Xie et al. 2017)	Surveillance de la pression sanguine à distance, incluant un moniteur et un système de communication des résultats au médecin traitant (par application mobile, ordinateur, téléphone ou courriel). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervention avec ou sans soutien (counseling, éducation, gestion comportementale, gestion de la médication). ▪ En comparaison avec les soins usuels : vérification en personne de la pression sanguine. 	CLI + (réduction de la pression sanguine pour les patients hypertendus ; meilleur contrôle de la pression sanguine).	Meilleure adhésion au traitement	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitations observées dans les études. ▪ Différences importantes dans les interventions. ▪ Effet plus avantageux en ajoutant un soutien proactif à la surveillance à distance.

² Bien que le modèle de gestion des maladies chroniques soit reconnu pour accroître l'accès, la qualité, l'efficacité et la satisfaction de la clientèle, la publication ne s'attardait pas en soi aux effets.

RÉSULTATS : ACC = accessibilité ; EFF = efficacité du réseau ; URG = effet sur les visites à l'urgence ; CLI = effets cliniques ; AUT = autres effets. + = résultats positifs ; - = résultats négatifs ; ± = effets potentiels ou limités.

TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

	AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
12	(Kitsiou, Pare et al. 2017)	Interventions grâce à une application mobile pour des patients diabétiques (mHealth ou santé mobile : téléphone intelligent ; tablette ; ou autres moyens sans fil). <ul style="list-style-type: none"> Comparaison avec le suivi habituel ou d'autres approches à distance. 	CLI + (contrôle glycémique au moins ≤ 12 mois).	---	1	<ul style="list-style-type: none"> Qualité variable des publications retenues. Effets supérieurs pour le diabète de type 2.
13	(Block, Pitsch et al. 2016)	Monitoring à distance de l'activité physique pour des troubles neurologiques chroniques : <ul style="list-style-type: none"> Sclérose en plaques. Démence. AVC. Parkinson. 	AUT + (utile pour l'évaluation et le suivi de l'intervention)	Semble bien accepté.	1	<ul style="list-style-type: none"> Faisabilité du monitoring à distance jusqu'à un niveau sévère d'incapacité.
14	(Salisbury, Foster et al. 2013)	Évaluation et conseils au téléphone en physiothérapie, supportés par un algorithme informatisé, suivis au besoin par une rencontre en face à face. <ul style="list-style-type: none"> Intervention consiste surtout à donner des exercices, l'utilisateur étant invité à rappeler pour rapporter son progrès. Problèmes musculosquelettiques. Physiothérapeute sénior. Comparaison avec les soins usuels : mise en liste d'attente pour une rencontre subséquente en face à face. Référence par un MD généraliste ou demande directe de l'utilisateur. 	ACC + (réduction du temps d'attente, sans effets néfastes) CLI + (effets comparables à 6 mois) AUT + (coût comparable; qualité de vie comparable) AUT ± (meilleur rapport coût-bénéfice)	Service jugé acceptable par les usagers : service rapide, accessible et efficace. Rencontre en face à face légèrement plus satisfaisante dans l'ensemble.	2	<ul style="list-style-type: none"> Étude britannique. Généralisation possible à des pays ayant de longues listes d'attente en physiothérapie.
15	(Stahl and Dixon 2010)	Entrevue et examen en vidéoconférence. <ul style="list-style-type: none"> N=175. Différentes raisons de consultations, dont : <ul style="list-style-type: none"> Problème cardiovasculaire. Trouble musculosquelettique. Problème gastroentérologique. Trouble respiratoire. Soins usuels : entrevue et examen en face à face. 	AUT + (satisfaction des MD) AUT - (préférence des MD pour les visites en face à face)	Satisfaction des usagers. Préférence de la vidéoconférence pour des problèmes simples,	2	<ul style="list-style-type: none"> Étude américaine. Moyen jugé pertinent en soins primaires. Différences avec d'autres études au sujet des problèmes les plus

RÉSULTATS : ACC = accessibilité ; EFF = efficacité du réseau ; URG = effet sur les visites à l'urgence ; CLI = effets cliniques ; AUT = autres effets. + = résultats positifs ; - = résultats négatifs ; ± = effets potentiels ou limités.

TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
			apparus depuis peu. Préférence des usagers pour les visites en face à face, tout particulièrement pour des problèmes gastro-intestinaux, musculosquelettiques ou respiratoires.		favorables à la vidéoconférence : simple et récent p/r à complexe et chronique. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sources de moins grande satisfaction : examen physique ; capacité à faire les ordonnances pour les tests de laboratoire. ▪ Qualité technique de la vidéoconférence : effet significatif sur la satisfaction
Implication d'autres professionnels					
<i>Consultations par des pharmaciens pour des problèmes mineurs de santé</i>					
16 (Watson, Ferguson et al. 2015)	Consultations menées par des pharmaciens communautaires pour des conditions communes ou récentes ou non complexes. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conditions qui peuvent être diagnostiquées et gérées sans l'intervention d'un médecin. ▪ Ouverture de jour, du lundi au samedi. ▪ Comparaison avec des consultations menées par un MD en cabinet ou à l'urgence. 	CLI + (résolution des symptômes et amélioration de la qualité de vie comparable) AUT + (coûts moyens plus bas en pharmacie)	Satisfaction comparable.	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude de cohorte prospective britannique. ▪ Différences significatives entre les deux cohortes, ceux s'étant présentés en pharmacie ... <ul style="list-style-type: none"> - Étant plus âgées. - Plus pour des problèmes respiratoires.

RÉSULTATS : ACC = accessibilité ; EFF = efficacité du réseau ; URG = effet sur les visites à l'urgence ; CLI = effets cliniques ; AUT = autres effets. + = résultats positifs ; - = résultats négatifs ; ± = effets potentiels ou limités.

TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
					<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes non présents pour la 1^{re} fois. - Symptômes moins sérieux que pour la cohorte à l'urgence ; et plus de symptômes présents depuis 24h ou plus. ▪ Porter attention à la perception de la gravité du problème.
<i>Clinique de soins infirmiers</i>					
17 (Martinez-Gonzalez, Djalali et al. 2014)	<p>Évaluation de l'efficacité clinique et des coûts pour un service rendu en première ligne par une infirmière au regard du service rendu par un MD.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Différents types de services, avec une majorité dans : <ul style="list-style-type: none"> - Des cliniques de soins infirmiers. - À l'hôpital. - Des centres de santé. 	<p>EFF + (réduction des admissions à l'hôpital ; répondre à des problèmes non urgents ; suivi d'au moins 12 mois)</p> <p>CLI + (réduction du taux de mortalité)</p> <p>AUT ± (pas de conclusion significative au sujet des coûts)</p>	Satisfaction accrue des usagers : rencontre individuelle ; soins d'urgence ; suivi pour un épisode de moins de 6 mois.	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau de preuve limité. ▪ Plus haut taux d'admission à l'hôpital et de mortalité dans les études de meilleures qualités, quoique moins ou non significatif. ▪ Résultats plus consistant avec les infirmières praticiennes que les autres infirmières.

RÉSULTATS : ACC = accessibilité ; EFF = efficacité du réseau ; URG = effet sur les visites à l'urgence ; CLI = effets cliniques ; AUT = autres effets. + = résultats positifs ; - = résultats négatifs ; ± = effets potentiels ou limités.

TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
18 (Ndosi, Lewis et al. 2014)	<p>Examen et suivi en soins infirmiers (infirmière praticienne en rhumatologie).</p> <ul style="list-style-type: none"> Soins usuels : suivi en rhumatologie. Clientèle : arthrite (n=181 ; âge moyen : 67 ans) 	<p>AUT + (meilleur coût-bénéfice en lien avec les activités cliniques liées à la maladie)</p> <p>AUT ± (pas de meilleur coût-bénéfice au regard de la qualité de vie)</p>	Meilleure satisfaction de la clientèle au suivi à 26 semaines.	2	<ul style="list-style-type: none"> Étude britannique.
19 (Iglesias, Ramos et al. 2013)	<p>Clinique de soins infirmiers qui offre des consultations le jour même, dans un service de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> N=1461. Visites pour des problèmes aigus de faible complexité. <ul style="list-style-type: none"> Brûlure. Blessure. Diarrhée aiguë. Douleur lombaire non-spécifique. Symptômes respiratoires légers aigus. Inconfort urinaire. Exclusions : état sérieux de santé ; anticoagulothérapie orale ; histoire de maladie sérieuse ; hospitalisation dans les précédents 15 jours, ... Soins usuels : visite auprès d'un MD. 	<p>EFF + (qualité de soins comparable au service offert par un MD)</p>	Satisfaction comparable	2	<ul style="list-style-type: none"> Étude espagnole. Qualité de soins évaluée par la résolution du problème dans un délai de 15 jours après la visite.
20 (Desboroug h, Forrest et al. 2012)	<p>Clinique physiquement séparée d'un hôpital, avec des heures étendues d'ouverture, qui accepte des patients sans rendez-vous et sans référence.</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnel exclusivement en soins infirmiers (pratique avancée en soins infirmiers). Offre de service générale, non exclusive pour une clientèle spécifique (ex. : exclusivement diabète ou cessation tabagique) Usagers surtout entre 17 et 45 ans. Principales causes des visites : <ul style="list-style-type: none"> Infection respiratoire. Problèmes mineurs de santé. Contraception d'urgence. 	<p>EFF + (forte qualité des soins, comparable aux soins primaires offerts par des MD généralistes)</p> <p>EFF ± ou - (pas de réduction de la charge chez les fournisseurs de soins de proximité ou possible)</p>	Satisfaction des usagers. Satisfaction générale supérieure à celle enregistrée pour des visites chez le MD. Impression de respect.	1	<ul style="list-style-type: none"> Études britanniques recensées. Niveau de preuve de faible à modéré qui réduit le potentiel de généralisation. Option innovante et prometteuse pour desservir une population pour

RÉSULTATS : ACC = accessibilité ; EFF = efficacité du réseau ; URG = effet sur les visites à l'urgence ; CLI = effets cliniques ; AUT = autres effets. + = résultats positifs ; - = résultats négatifs ; ± = effets potentiels ou limités.

TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visites sur les heures de bureau. ▪ Temps d'attente : entre 10 et 20 minutes. ▪ Durée moyenne de la consultation : 14 minutes. ▪ Pas de référence vers un autre service de santé pour la majorité des usagers. ▪ Confusion possible du mandat de telles cliniques : <ul style="list-style-type: none"> - Faire du triage, encourager l'autogestion, faire de l'éducation pour des problèmes mineurs de santé et guider les usagers vers les services pertinents de santé ; - Ou augmenter le choix et améliorer l'accès aux soins pour le traitement des problèmes mineurs de santé. 	augmentation de la charge)	Appréciation des habiletés de communication des infirmières. Appréciation du temps dont elles disposent pour écouter. Appréciation de ne pas avoir à expliquer la raison de leur visite à une secrétaire.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ qui l'accès aux services est difficile, pour des raisons géographiques par exemple. ▪ ½ des usagers exprimaient l'intention de voir éventuellement leur MD de famille, dans une proportion comparable pour ceux qui avaient visité leur MD de famille. ▪ Hic : infirmières créeraient une demande due à la médicalisation de problèmes mineurs de santé qui ne seraient autrement pas repérés et qui seraient gérés efficacement au quotidien. ▪ Porter attention à la croissance des coûts associés avec de plus longues durées de consultation.
21 (Brynaert Brennan et	Service mobile sous forme d'un autobus, offert par une infirmière praticienne et un intervenant paramédical.	AUT +	---	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pratique canadienne (SAS)

RÉSULTATS : ACC = accessibilité ; EFF = efficacité du réseau ; URG = effet sur les visites à l'urgence ; CLI = effets cliniques ; AUT = autres effets. + = résultats positifs ; - = résultats négatifs ; ‡ = effets potentiels ou limités.

TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
Associés 2016)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buts : offrir des soins aux personnes non desservies et fournir une solution de rechange pour les personnes ayant des problèmes mineurs de santé, évitant ainsi les visites à l'urgence. ▪ Services : <ul style="list-style-type: none"> - Vérification de la pression artérielle et de la glycémie. - Diagnostic et traitement des maladies et des blessures courantes. - Tests de dépistage d'infections sexuellement transmissibles. - Distribution de préservatifs. - Tests de grossesse. - Sutures et enlèvement de sutures. - Soins des plaies. - Gestion des maladies chroniques. - Prévention des maladies. - Éducation sur la santé. - Orientation. ▪ Couverture 7j/semaine, de 12h à 20h. 	(reconnu comme une pratique exemplaire par HSO et comme une pratique prometteuse par Agrément Canada) EFF + (réduction des appels au 911) EFF ± (indicateurs de performance) CLI ± (santé)			<ul style="list-style-type: none"> existant depuis 2008. ▪ 5717 visites à l'autobus en 2012-2013 : 57% d'adultes entre 20 et 60 ans ; 35% de jeunes. ▪ Évaluation informelle des effets. ▪ Informations détaillées sur le projet (budget, mise en place, ...). ▪ Autre exemple au Manitoba : http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/public/access/mobile.fr.html
Aspects cliniques					
<i>Rencontres de groupe</i>					
22 (Craig 2017)	<p>« Consultations de groupe » en tant qu'alternative à la consultation en individuel pour rendre des services cliniques planifiés.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non des groupes de soutien, ni des groupes d'éducation. ▪ Groupe de 10 à 15 personnes. ▪ Déroulement : <ul style="list-style-type: none"> - Séance de 90 minutes, où le clinicien (MD ou inf) est présent environ la moitié du temps. - 30 minutes avant l'arrivée du clinicien, un facilitateur identifie les questions des participants en y ajoutant des indicateurs cliniques importants (ex. : pression) ; il les regroupe par catégorie. 	CLI + EFF + (réduction des admissions à l'hôpital) ACC + (amélioration de l'accès aux MD en soins primaires et aux infirmières)	Amélioration de l'expérience et de la satisfaction des patients. Amélioration de l'assiduité au traitement.	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résumé des connaissances tirées principalement de publications américaines, canadiennes et australiennes.

RÉSULTATS : **ACC** = accessibilité ; **EFF** = efficacité du réseau ; **URG** = effet sur les visites à l'urgence ; **CLI** = effets cliniques ; **AUT** = autres effets. **+** = résultats positifs ; **-** = résultats négatifs ; **±** = effets potentiels ou limités.

TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant 45 minutes, le clinicien s'entretient avec chacun des participants, à tour de rôle, les autres participants écoutant ; puis il quitte. - Pendant les 15 minutes restantes, chaque participant reflète ce qu'il retient et quels seront ses objectifs. ▪ Clientèle (pratique britannique de 2011) <ul style="list-style-type: none"> - Douleur lombaire. - Diabète. - Hypertension. - Asthme. - Problèmes mineurs et aigus de santé. 		Bénéfices pour les proches aidants. Satisfaction des cliniciens.		
23 (Wong, Browne et al. 2015)	<p>Groupe de 10 à 15 personnes en milieu rural animé par un même clinicien (MD, inf, coordonnateur, résident, ...).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Selon deux modèles : <ul style="list-style-type: none"> - RDV en groupe pour améliorer l'accès en temps opportun aux soins. - Visites homogènes avec des usagers qui partagent des difficultés comparables, avec pour but de favoriser l'autogestion. ▪ Comprend : <ul style="list-style-type: none"> - Stratégies d'autogestion. - Ajustement des objectifs. - Développement des habiletés. - Orientation vers des ressources pertinentes. ▪ N=29 ; moyenne âge=62 ans. 	<p>CLI + (avantages observés aux plans physique et psychologique ; avantages supérieurs pour les participants ayant des besoins médicaux complexes) ACC ±</p>	---	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude canadienne (BC). ▪ Pratique favorable au renforcement des liens entre soins primaires et santé publique.
24 (Dinneen, O'Hara et al. 2013)	<p>Suivi en groupe (2 rencontres de 3h) pour le diabète par un MD et une INF suite à un programme éducatif structuré sur l'alimentation.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clientèle : adultes diabétiques de type 1 (n=437 ; âge moyen=40,8 ans). ▪ Soins usuels : 2 rencontres individuelles avec un MD, une infirmière ou une nutritionniste. 	<p>CLI + (pas de différence significative entre les deux groupes au suivi à 18 mois)</p>	---	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude irlandaise.
25 (Edelman, McDuffie et al. 2012)	<p>Groupe pour des patients ayant un problème chronique de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déroulement : <ul style="list-style-type: none"> - Séances de 60 à 120 minutes. 	<p>CLI + (effets favorables surtout observés pour le diabète). AUT +</p>	Pas de preuve que le groupe soit associé à une plus grande	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effets plus importants observés pour le diabète et pour les aînés vulnérables.

RÉSULTATS : ACC = accessibilité ; EFF = efficacité du réseau ; URG = effet sur les visites à l'urgence ; CLI = effets cliniques ; AUT = autres effets. + = résultats positifs ; - = résultats négatifs ; ± = effets potentiels ou limités.

TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
	- Co-animées par une personne compétente pour offrir de l'éducation aux patients et faciliter les interactions ; et par un praticien ayant des privilèges de prescription.	(qualité de vie associée à la santé) URG + EFF + (réduction des admissions à l'hôpital ; taux d'admission plus faible pour les patients suivis en groupe). AUT ± (chez les aînés, tendance à une réduction des coûts pour les soins de santé) ACC +	satisfaction pour les patients. Pas de preuve que le groupe soit associé à une plus grande satisfaction pour les patients.		▪ Réduction des délais d'attente sans croissance associée du temps clinique.
<i>Gestion de cas et navigation</i>					
26 (Duggleby, Robinson et al. 2016)	Consensus d'experts sur les compétences de navigation. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Navigation : procurer une coordination efficace des soins et accroître la satisfaction des usagers dans ses rapports avec le système de santé. ▪ 36 compétences de navigation pour une clientèle âgée en milieu rural ayant une maladie avancée, regroupées en 5 catégories : <ul style="list-style-type: none"> - Repérer et évaluer (patient/famille). - Représenter les besoins (patient/famille). - Faciliter les liens avec la communauté. - Coordonner l'accès aux services et aux ressources. - Promouvoir un engagement actif. ▪ Approche communautaire et centrée sur la personne/famille. 	---	---	4	▪ Experts surtout canadiens.
<i>Interdisciplinarité</i>					
27 (Hogg, Lemelin et	Pratique collaborative en milieu rural entre MD généraliste, infirmière praticienne et pharmacien.	EFF +	---	2	▪ Étude canadienne.

RÉSULTATS : **ACC** = accessibilité ; **EFF** = efficacité du réseau ; **URG** = effet sur les visites à l'urgence ; **CLI** = effets cliniques ; **AUT** = autres effets. **+** = résultats positifs ; **-** = résultats négatifs ; **±** = effets potentiels ou limités.

TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
al. 2009, Gray, Armstrong et al. 2010)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients de 50 ans et plus (n=241). ▪ Interventions à domicile. ▪ En comparaison avec des soins usuels sans pratique interdisciplinaire. 	<p>(amélioration supérieure de la qualité des soins pour les maladies chroniques).</p> <p>AUT + (augmentation des soins préventifs).</p> <p>CLI ± (pas de différence pour les mesures secondaires de santé ; ni pour l'état fonctionnel)</p> <p>EFF ± (pas de différence pour l'utilisation des services)</p> <p>AUT ± (pas de différence pour la qualité de vie ; et le coût-bénéfice)</p>			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesure intéressante d'adhésion aux guides de pratiques en matière de gestion des maladies chroniques (12 indicateurs pour 4 maladies). ▪ Auteurs questionnent la pertinence du suivi au domicile.
28 (Boult, Reider et al. 2011)	<p>Intervention par une infirmière en « soins guidés » : accompagne et assiste des médecins selon des critères préétablis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modèle de soins guidés reconnu pour : <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la qualité des soins. - Être satisfaisant pour les MD. - Réduire la pression sur les proches aidants. ▪ Intervention : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation complète au domicile. - Planification des soins selon les pratiques probantes. - Monitoring mensuel des symptômes et de l'adhésion au traitement. - Soins de transition. - Coordination des professionnels. - Soutien à l'autogestion. 	<p>EFF + (réduction plus importante des épisodes de soins à domicile)</p> <p>EFF ± (faible effet sur l'utilisation des autres services de santé à courte échéance)</p>	---	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude américaine. ▪ Difficulté d'apprécier des effets sur les coûts et sur la réduction de l'utilisation des services car : maladies en progression ; apprentissage toujours en cours sur comment les équipes devraient être structurées et

RÉSULTATS : ACC = accessibilité ; EFF = efficacité du réseau ; URG = effet sur les visites à l'urgence ; CLI = effets cliniques ; AUT = autres effets. + = résultats positifs ; - = résultats négatifs ; ± = effets potentiels ou limités.

TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

AUTEUR	DESCRIPTION	RÉSULTATS	RECEVABILITÉ	TYPE	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien aux proches aidants. - Lien avec les services communautaires. ▪ Clientèle : maladies chroniques multiples (n=850 ; moyenne d'âge=77,5 ans). ▪ Charge de cas des infirmières : 50 à 60 cas. ▪ Soins usuels : soins du MD généraliste seulement. 				devraient fonctionner ; peu de motivation pour les équipes à améliorer la qualité de leurs services ; doutes sur les patients qui peuvent le mieux bénéficier des équipes de soins.
<i>Implication de la personne et de ses proches</i>					
29 (Wetzels, Harmsen et al. 2007)	<p>Identification et classification des interventions favorables à l'implication de la personne et de ses proches.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions se regroupent en quatre catégories : <ul style="list-style-type: none"> - Les interventions focalisées sur l'utilisation des soins de santé : donner de l'information sur l'utilisation appropriée sur les soins de santé; donner de l'information pour choisir un soignant. - Les interventions focalisées sur la préparation de rencontres avec les soignants. - Les interventions focalisées sur le contact avec les soignants : donner de l'information spécifique à la condition de l'usager; stimuler la stratégie de communication pour partager la prise de décision. - Les interventions focalisées sur le feedback à propos des soins : évaluation des soins par l'usager; procédures de plainte. 	AUT + (effets positifs de méthodes spécifiques pour améliorer l'implication des personnes âgées)	---	1	▪ Niveau de preuve limité.

RÉSULTATS : ACC = accessibilité ; EFF = efficacité du réseau ; URG = effet sur les visites à l'urgence ; CLI = effets cliniques ; AUT = autres effets. + = résultats positifs ; - = résultats négatifs ; ± = effets potentiels ou limités.

TYPES DE PUBLICATIONS : 1 = méta-analyse ou revue systématique ; 2 = essai randomisé contrôlé ; 3 = revue narrative ou étude descriptive ; 4 = rapport ou avis d'experts.

Présentation des solutions en fonction des résultats et du type de publication

DESCRIPTION DES SOLUTIONS		RÉS.	TYPE
Approche systémique			
Conception générale de la gamme de services en première ligne			
1 ³	<p>Implantation des caractéristiques communes aux modèles les plus performants en milieu rural :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contextualisés pour s'appliquer à diverses conditions. ▪ Vision systémique des solutions à mettre en place. ▪ Approche systématique du changement. ▪ Acteurs concernés (usager, professionnel, politique) savent le type et le niveau de services auxquels ils peuvent raisonnablement s'attendre dans différents contextes. ▪ Évaluation comparative de la performance. 	ACC + EFF +	3
2	<p>Mise en place des éléments clés d'une stratégie en soins primaires pour une région rurale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modèles de services localement prévus et basés sur les besoins. ▪ Soins holistiques et connaissance des déterminants sociaux de la santé et du bien-être du territoire. ▪ Accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins de santé primaires. ▪ Programmes d'éducation. ▪ Main-d'œuvre pour qui les compétences comme généralistes sont favorisées. ▪ Maximisation des champs de pratique tout en assurant la qualité et la sécurité des usagers. ▪ Veiller à ce que le désir d'accroître l'accès tienne compte du fait que tous les services ne peuvent pas être offerts de manière sécuritaire et de manière rentable partout. ▪ Disposer du temps et des ressources pour relever les défis spécifiques de la prestation de services en zones rurales ou éloignées. 	---	4
Participation de la communauté dans les soins primaires			
3	<p>Participation de la communauté selon quatre niveaux de participation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultation (demander opinion et réactions). ▪ Participation comme moyen (parvenir à une fin déterminée). ▪ Participation substantielle (déterminer les priorités et l'implantation dans un projet contrôlé de l'extérieur). ▪ Participation structurelle (processus développemental et engagé dans lequel le contrôle de la communauté est prédominant). 	CLI + ACC ± EFF ±	3
4	<p>Participation de la communauté en milieu rural selon ces spécifications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implication collective de personnes du milieu dans l'évaluation de leurs besoins et dans l'organisation des stratégies pour y répondre. ▪ Modèle « bottom up ». ▪ Requiert un investissement conséquent et à long terme. ▪ Développement des services vu comme un processus interactif et évolutif, intégré dans une communauté géographique ou d'intérêt, les personnes du milieu jouant un rôle dans la prise de décision et dans l'atteinte des résultats attendus, en partenariat avec les professionnels. 	EFF + CLI ± ACC ±	3
Visites évitables à l'urgence			

³ Les chiffres réfèrent aux publications décrites dans le tableau précédent.

	DESCRIPTION DES SOLUTIONS	RÉS.	TYPE
5	Solutions en soins primaires mises en place pour réduire les visites évitables à l'urgence, soit des visites faites pour des problèmes de santé non urgents ou pour des problèmes urgents pouvant être traités en soins primaires. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour les principales raisons cliniques suivantes : infection des voies respiratoires supérieures ; traitement antibiotique ; mal de gorge ; otite ; soins de contrôle chirurgicaux. ▪ Pistes de solution prisent isolément moins efficaces que l'adoption d'une combinaison de solutions. ▪ Un accès au médecin de famille qui coordonne les soins. ▪ La continuité des interventions. ▪ L'éducation des usagers. ▪ Des options alternatives d'urgence pour des problèmes de moindre gravité. ▪ La gestion de cas pour les utilisateurs fréquents. ▪ Des services spécifiques pour des clientèles à haut risque, dont les personnes qui présentent des maladies chroniques, montrent des effets avantageux dans la réduction des retours à l'urgence. 	URG +	3
6	Amélioration des soins primaires pour réduire les visites à l'urgence, dont l'accès à un MD de famille surtout pour les personnes âgées et les populations vulnérables.	URG + CLI ±	3
Soins et services de transition			
7	Mise en place de soins de transitions pour les aînées présentant des maladies chroniques comprenant : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Éducation pour l'autogestion. ▪ Planification du congé. ▪ Suivi structuré. ▪ Coordination des services entre les professionnels. 		1
Modèle de gestion des maladies chroniques			
8	Interventions de soutien à l'autogestion dirigées par des infirmières pour des problèmes chroniques de santé, visant surtout la réduction de la pression sanguine et la réduction de l'HbA1c.	CLI + EFF ± AUT ±	1
9	Programme holistique de 3 mois basé sur le modèle de gestion des maladies chroniques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Buts : améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques. ▪ Visites 2x/semaine dans une clinique ou un gymnase. ▪ Équipe interdisciplinaire : infirmière autorisée, nutritionniste et kinésologue. ▪ Aiguillage du MD et échanges de suivis. ▪ Rédaction d'un plan de traitement unique qui couvre tous les problèmes de santé. ▪ Accent mis sur un mode de vie sain et l'autogestion. ▪ Rencontres individuelles et de groupes. 	CLI + EFF + AUT +	4
10	Consolidation ou mise en place des composantes et actions les plus efficaces du modèle de gestion des maladies chroniques.	--- ⁴	4
Solutions spécifiques			
Monitoring, évaluation et interventions à distance			

⁴ Bien que le modèle de gestion des maladies chroniques soit reconnu pour accroître l'accès, la qualité, l'efficacité et la satisfaction de la clientèle, la publication ne s'attardait pas en soi aux effets.

	DESCRIPTION DES SOLUTIONS	RÉS.	TYPE
11	Surveillance de la pression sanguine à distance, incluant un moniteur et un système de communication des résultats au médecin traitant (par application mobile, ordinateur, téléphone ou courriel). Intervention avec soutien (counseling, éducation, gestion comportementale, gestion de la médication).	CLI +	1
12	Interventions de contrôle glycémique pour des patients diabétiques grâce à une application mobile.	CLI +	1
13	Monitoring à distance de l'activité physique pour des troubles neurologiques chroniques (sclérose en plaques ; démence ; AVC ; maladie de Parkinson).	AUT +	1
14	Évaluation et conseils au téléphone en physiothérapie, pour des problèmes musculosquelettiques, supportés par un algorithme informatisé, suivis au besoin par une rencontre en face à face. Référence par un MD généraliste ou demande directe de l'utilisateur.	ACC + CLI + AUT + AUT ±	2
15	Entrevue et examen en vidéoconférence pour différentes raisons de consultations, dont : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problème cardiovasculaire. ▪ Trouble musculosquelettique. ▪ Problème gastroentérologique. ▪ Trouble respiratoire. 	AUT + AUT -	2
Implication d'autres professionnels			
<i>Consultations par des pharmaciens pour des problèmes mineurs de santé</i>			
16	Consultations menées par des pharmaciens communautaires pour des conditions communes ou récentes ou non complexes. Conditions qui peuvent être diagnostiquées et gérées sans l'intervention d'un médecin.	CLI + AUT +	3
<i>Clinique de soins infirmiers</i>			
17	Service de première ligne offert par une infirmière au regard du service rendu par un MD. Situés surtout dans : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clinique de soins infirmiers. ▪ Hôpital. ▪ Centre de santé. 	EFF + CLI + AUT ±	1
18	Examen et suivi par une infirmière praticienne pour des problèmes en rhumatologie.	AUT + AUT ±	2
19	Clinique de soins infirmiers qui offre des consultations le jour même, dans un service de santé. Visites pour des problèmes aigus de faible complexité, incluant : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Brûlure. ▪ Blessure. ▪ Diarrhée aiguë. ▪ Douleur lombaire non-spécifique. ▪ Symptômes respiratoires légers aigus. ▪ Inconfort urinaire. Exclusions : <ul style="list-style-type: none"> ▪ État sérieux de santé. ▪ Anticoagulothérapie orale. 	EFF +	2

	DESCRIPTION DES SOLUTIONS	RÉS.	TYPE
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Histoire de maladie sérieuse. ▪ Hospitalisation dans les précédents 15 jours. 		
20	<p>Clinique physiquement séparée d'un hôpital, avec des heures étendues d'ouverture, qui accepte des patients sans rendez-vous et sans référence.</p> <p>Personnel exclusivement en soins infirmiers (pratique avancée en soins infirmiers).</p> <p>Offre de service générale, non exclusive pour une clientèle spécifique.</p> <p>Principales causes des visites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infection respiratoire. ▪ Problèmes mineurs de santé. ▪ Contraception d'urgence. 	EFF + EFF ± ou -	1
21	<p>Service mobile sous forme d'un autobus, offert par une infirmière praticienne et un intervenant paramédical.</p> <p>Services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérification de la pression artérielle et de la glycémie. ▪ Diagnostic et traitement des maladies et des blessures courantes. ▪ Tests de dépistage d'infections sexuellement transmissibles. ▪ Distribution de préservatifs. ▪ Tests de grossesse. ▪ Sutures et enlèvement de sutures. ▪ Soins des plaies. ▪ Gestion des maladies chroniques. ▪ Prévention des maladies. ▪ Éducation sur la santé. ▪ Orientation. 	AUT + EFF + EFF ± CLI ±	4
Aspects cliniques			
<i>Rencontres de groupe</i>			
22	<p>Consultations pour des groupes de 10 à 15 personnes, en tant qu'alternative à la consultation en individuel pour rendre des services cliniques planifiés.</p> <p>Présence d'un facilitateur et d'un clinicien (MD ou inf).</p> <p>Clientèle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur lombaire. ▪ Diabète. ▪ Hypertension. ▪ Asthme. ▪ Problèmes mineurs et aigus de santé. 	CLI + EFF + ACC +	4
23	<p>Groupe de 10 à 15 personnes en milieu rural animé par un même clinicien (MD, inf, coordonnateur, résident, ...).</p> <p>Selon deux modèles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RDV en groupe pour améliorer l'accès en temps opportun aux soins. ▪ Visites homogènes avec des usagers qui partagent des difficultés comparables, avec pour but de favoriser l'autogestion. 	CLI + ACC ±	3
24	<p>Suivi en groupe (2 rencontres de 3h) pour le diabète par un MD et une INF suite à un programme éducatif structuré sur l'alimentation.</p> <p>Clientèle : adultes diabétiques de type 1.</p>	CLI +	2

	DESCRIPTION DES SOLUTIONS	RÉS.	TYPE
25	Groupe pour des patients ayant un problème chronique de santé. Séances de 60 à 120 minutes. Co-animées par une personne compétente pour offrir de l'éducation aux patients et faciliter les interactions ; et par un praticien ayant des privilèges de prescription.	CLI + AUT + URG + EFF + AUT ± ACC +	1
<i>Gestion de cas et navigation</i>			
26	Instauration de navigateurs (ou gestionnaires de cas) qui assurent une coordination efficiente des soins dans une approche communautaire et centrée sur la personne/famille. Rôles : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repérer et évaluer (patient/famille). ▪ Représenter les besoins (patient/famille). ▪ Faciliter les liens avec la communauté. ▪ Coordonner l'accès aux services et aux ressources. ▪ Promouvoir un engagement actif. 	---	4
<i>Interdisciplinarité</i>			
27	Pratique collaborative en milieu rural entre MD généraliste, infirmière praticienne et pharmacien.	EFF + AUT + CLI ± EFF ± AUT ±	2
28	Intervention par une infirmière en « soins guidés » : accompagne et assiste des médecins selon des critères préétablis pour des patients présentant de multiples maladies chroniques. Comprend : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation complète au domicile. ▪ Planification des soins selon les pratiques probantes. ▪ Monitoring mensuel des symptômes et de l'adhésion au traitement. ▪ Soins de transition. ▪ Coordination des professionnels. ▪ Soutien à l'autogestion. ▪ Soutien aux proches aidants. ▪ Liens avec les services communautaires. Charge de cas des infirmières : 50 à 60 cas.	EFF + EFF ±	2
<i>Implication de la personne et de ses proches</i>			
29	Consolidation de l'implication de la personne et de ses proches en intervenant sur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'utilisation des soins de santé : donner de l'information sur l'utilisation appropriée sur les soins de santé; donner de l'information pour choisir un soignant. ▪ La préparation de rencontres avec les soignants. ▪ Le contact avec les soignants : donner de l'information spécifique à la condition de l'usager; stimuler la stratégie de communication pour partager la prise de décision. ▪ Le feedback à propos des soins : évaluation des soins par l'usager; procédures de plainte. 	AUT +	1

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bath, J. and J. Wakeman (2015). "Impact of community participation in primary health care: what is the evidence?" *Aust J Prim Health* **21**(1): 2-8.
- Berglund, H., K. Wilhelmson, S. Blomberg, A. Duner, K. Kjellgren and H. Hasson (2013). "Older people's views of quality of care: a randomised controlled study of continuum of care." *J Clin Nurs* **22**(19-20): 2934-2944.
- Block, V. A., E. Pitsch, P. Tahir, B. A. Cree, D. D. Allen and J. M. Gelfand (2016). "Remote Physical Activity Monitoring in Neurological Disease: A Systematic Review." *PLoS One* **11**(4): e0154335.
- Boult, C., L. Reider, B. Leff, K. D. Frick, C. M. Boyd, J. L. Wolff, K. Frey, L. Karm, S. T. Wegener, T. Mroz and D. O. Scharfstein (2011). "The effect of guided care teams on the use of health services: results from a cluster-randomized controlled trial." *Arch Intern Med* **171**(5): 460-466.
- Brynaert Brennan et Associés (2016). *Études de cas sur les modèles de livraison de services de santé primaire pour les francophones en situation minoritaire*. Ottawa, ON, Entités de planification des services de santé en français 1 et 2 et le Réseau Franco - Santé du sud de l'Ontario: 98.
- Craig, G. (2017). "Group consultations : better for patients, better for nurses ?" *Practice nurse* **47**(4): 15-18.
- Desborough, J., L. Forrest and R. Parker (2012). "Nurse-led primary healthcare walk-in centres: an integrative literature review." *J Adv Nurs* **68**(2): 248-263.
- Dinneen, S. F., M. C. O'Hara, M. Byrne, D. Smith, C. H. Courtney, C. McGurk, S. R. Heller, J. Newell, N. Coffey, C. Breen, M. O'Scannail, D. O'Shea and D. S. G. Irish (2013). "Group follow-up compared to individual clinic visits after structured education for type 1 diabetes: a cluster randomised controlled trial." *Diabetes Res Clin Pract* **100**(1): 29-38.
- Duan, Y., Z. Xie, F. Dong, Z. Wu, Z. Lin, N. Sun and J. Xu (2017). "Effectiveness of home blood pressure telemonitoring: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled studies." *J Hum Hypertens*.
- Dugleby, W., C. A. Robinson, S. Kaasalainen, B. Pesut, C. Nekolaichuk, R. MacLeod, N. C. Keating, A. Santos Salas, L. K. Hallstrom, K. D. Fraser, A. Williams, K. Struthers-Montford and J. Swindle (2016). "Developing Navigation Competencies to Care for Older Rural Adults with Advanced Illness." *Can J Aging* **35**(2): 206-214.
- Edelman, D., J. R. McDuffie, E. Oddone, J. M. Gierisch, A. Nagi and J. W. Williams, Jr. (2012). *Shared Medical Appointments for Chronic Medical Conditions: A Systematic Review*. Washington (DC).
- Fleury, F. C. (2011). *Modèle de gestion des maladies chroniques (Chronic care model): objectifs et actions prioritaires des composantes - Document de travail: 1*.
- Fleury, F. C. (2015). *Meilleures pratiques pour réduire les visites et les retours évitables à l'urgence - Survol des principales solutions*, Direction générale des services de santé et médecine universitaire: 24.
- Gray, D., C. D. Armstrong, S. Dahrouge, W. Hogg and W. Zhang (2010). "Cost-effectiveness of Anticipatory and Preventive multidisciplinary Team Care for complex patients: evidence from a randomized controlled trial." *Can Fam Physician* **56**(1): e20-29.
- Hogg, W., J. Lemelin, S. Dahrouge, C. Liddy, C. D. Armstrong, F. Legault, B. Dalziel and W. Zhang (2009). "Randomized controlled trial of anticipatory and preventive multidisciplinary team care: for complex patients in a community-based primary care setting." *Can Fam Physician* **55**(12): e76-85.
- Iglesias, B., F. Ramos, B. Serrano, M. Fabregas, C. Sanchez, M. J. Garcia, H. M. Cebrian, R. Aragones, J. Casajuana, N. Esgueva and P. Group (2013). "A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care." *J Adv Nurs* **69**(11): 2446-2457.
- Kitsiou, S., G. Pare, M. Jaana and B. Gerber (2017). "Effectiveness of mHealth interventions for patients with diabetes: An overview of systematic reviews." *PLoS One* **12**(3): e0173160.
- Lafortune, C., K. Huson, S. Santi and P. Stolee (2015). "Community-based primary health care for older adults: a qualitative study of the perceptions of clients, caregivers and health care providers." *BMC Geriatr* **15**: 57.

- Le Berre, M., G. Maimon, N. Sourial, M. Gueriton and I. Vedel (2017). "Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review." J Am Geriatr Soc.
- Martinez-Gonzalez, N. A., S. Djalali, R. Tandjung, F. Huber-Geismann, S. Markun, M. Wensing and T. Rosemann (2014). "Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis." BMC Health Serv Res **14**: 214.
- Massimi, A., C. De Vito, I. Brufola, A. Corsaro, C. Marzuillo, G. Migliara, M. L. Rega, W. Ricciardi, P. Villari and G. Damiani (2017). "Are community-based nurse-led self-management support interventions effective in chronic patients? Results of a systematic review and meta-analysis." PLoS One **12**(3): e0173617.
- McCusker, J., D. Roberge, P. Tousignant, J.-F. Lévesque, A. Vadeboncoeur, A. Ciampi, R. Borgès Da Silva, E. Belzile and S. Sanche (2013). Plus liés qu'il n'y paraît : les soins primaires et le recours aux départements d'urgence au Québec, Centre de recherche de St.Mary: 23.
- Miller, S. (2011). Rural and remote health workforce innovation and reform strategy - Draft background paper, Health Workforce Australia: 96.
- Ndosi, M., M. Lewis, C. Hale, H. Quinn, S. Ryan, P. Emery, H. Bird and J. Hill (2014). "The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: a multicentre randomised controlled trial." Ann Rheum Dis **73**(11): 1975-1982.
- Preston, R., H. Waugh, S. Larkins and J. Taylor (2010). "Community participation in rural primary health care: intervention or approach?" Aust J Prim Health **16**(1): 4-16.
- Salisbury, C., N. E. Foster, C. Hopper, A. Bishop, S. Hollinghurst, J. Coast, S. Kaur, J. Pearson, A. Franchini, J. Hall, S. Grove, M. Calnan, J. Busby and A. A. Montgomery (2013). "A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy." Health Technol Assess **17**(2): 1-157, v-vi.
- Stahl, J. E. and R. F. Dixon (2010). "Acceptability and willingness to pay for primary care videoconferencing: a randomized controlled trial." J Telemed Telecare **16**(3): 147-151.
- Wakeman, J. and J. S. Humphreys (2011). "Sustainable primary health care services in rural and remote areas: innovation and evidence." Aust J Rural Health **19**(3): 118-124.
- Watson, M. C., J. Ferguson, G. R. Barton, V. Maskrey, A. Blyth, V. Paudyal, C. M. Bond, R. Holland, T. Porteous, T. H. Sach, D. Wright and S. Fielding (2015). "A cohort study of influences, health outcomes and costs of patients' health-seeking behaviour for minor ailments from primary and emergency care settings." BMJ Open **5**(2): e006261.
- Wetzels, R., M. Harmsen, C. Van Weel, R. Grol and M. Wensing (2007). "Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes." Cochrane Database Syst Rev(1): CD004273.
- Wong, S. T., A. Browne, J. Lavoie, M. L. Macleod, M. Chongo and C. Ulrich (2015). "Incorporating Group Medical Visits into Primary Healthcare: Are There Benefits?" Healthc Policy **11**(2): 27-42.

ANNEXE : Modèle de gestion des maladies chroniques - objectifs et actions prioritaires des composantes

