

ANNEXE D DU DOCUMENT

*SOMMAIRE DES PROPOSITIONS POUR LA
PRÉVENTION ET LA GESTION DES MALADIES
CHRONIQUES EN PREMIÈRE LIGNE*

*Oser l'autonomisation et l'intégration à l'ère
numérique*

TENDANCES, PROPOSITION ET GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION

Une publication de l'équipe du Consortium InterS4, en collaboration avec le comité d'orientation pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne

NOVEMBRE 2022

Citation suggérée

Consortium InterS4 et Comité d'orientation (2022), *Sommaire des propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques : Oser l'autonomisation et l'intégration à l'ère numérique*, 42 pp. et annexes, consortiuminters4.uqar.ca

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

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	iv
LISTE DES ENCADRÉS	iv
1. TENDANCES ET PROPOSITIONS ÉMANANT DES ÉCRITS	1
1.1 Repenser les modèles traditionnels d’organisation et de prestation des services de santé et services sociaux .2	
1.1.1 Bonifier les stratégies d’implantation de services intégrés sur l’ensemble du continuum de soins et de services	2
1.1.2 Raffiner la calibration de l’offre de services en fonction des besoins du patient.....	4
1.2 Consolider l’expertise du patient et ses habiletés d’autogestion et d’autosoins à l’aide de données probantes6	
1.2.1 Susciter un engagement soutenu des personnes et de la population à assumer pleinement leur rôle d’expert dans leur santé.....	7
1.2.2 Exploiter le pouvoir des soins axés sur la personne	7
1.3 Favoriser la mise à contribution d’équipes informées, préparées, soutenues et proactives, qui travaillent en collaboration	9
1.3.1 Soutenir la collaboration interprofessionnelle	9
1.3.2 Développer et faciliter l’accès aux connaissances	11
1.3.3 S’appuyer sur les compétences de cliniciens hautement qualifiés	11
1.3.4 Favoriser la santé de l’équipe de soins	12
1.4 Penser au-delà de l’environnement clinique	12
1.4.1 Investir dans l’autonomisation et la responsabilisation des communautés pour créer des environnements sains	13
1.4.2 Soutenir la mise en œuvre de politiques publiques favorisant la santé des populations	14
1.5 Maximiser tout le potentiel de l’information et des technologies	15
1.5.1 Créer les conditions propices à un apport soutenu et structurant des technologies à une refonte des modèles traditionnels d’organisation et de dispensation des services.....	16
1.5.2 Tirer parti des technologies pour consolider l’expertise du patient et ses habiletés d’autogestion et d’autosoins à l’aide de données probantes.....	17
1.5.3 Utiliser les technologies pour favoriser la mise à contribution d’équipes informées, préparées, soutenues et proactives, qui travaillent en collaboration.....	17
1.5.4 Investir les technologies pour penser au-delà de l’environnement clinique	18
2. ANALYSE DE LA PRATIQUE DE PREMIÈRE LIGNE.....	20

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Pratiques bonifiant les stratégies d’implantation de services intégrés	4
Tableau 2 – Pratiques raffinant la calibration de l’offre de services	5
Tableau 3 – Pratiques exploitant le pouvoir des soins axés sur la personne	9
Tableau 4 – Pratiques favorisant la mise à contribution d’équipes qui travaillent en collaboration	12
Tableau 5 – Pratiques permettant de penser au-delà de l’environnement clinique.....	15
Tableau 6 – Pratiques maximisant le potentiel des technologies	18
Tableau 7 – Grille d’analyse de la pratique de première ligne pour la prévention et la gestion des maladies chroniques (Jean, 2021).....	20

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Schématisation de la stratification des besoins.....	5
Figure 2 – Cinq grandes propositions et leurs thématiques (Jean, 2021)	19

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1 – Ressources pour bonifier les stratégies d’implantation de services intégrés sur l’ensemble du continuum de soins et de services.....	3
Encadré 2 – Ressources pour raffiner la calibration de l’offre de services en fonction des besoins du patient.....	4
Encadré 3 – Ressources pour susciter un engagement soutenu des personnes et de la population à assumer pleinement leur rôle d’expert dans leur santé	7
Encadré 4 – Ressources pour consolider l’expertise du patient et ses habiletés d’autogestion et d’autosoins à l’aide de données probantes.....	8
Encadré 5 – Ressources pour favoriser la mise à contribution d’équipes informées, préparées, soutenues et proactives qui travaillent en collaboration.....	10
Encadré 6 – Ressources pour développer et faciliter l’accès aux connaissances.....	11

Encadré 7 – Ressources pour s’appuyer sur les compétences de cliniciens hautement qualifiés	11
Encadré 8 – Ressources pour investir dans l’autonomisation et la responsabilisation des communautés pour créer des environnements sains	13
Encadré 9 – Ressources pour soutenir la mise en œuvre de politiques publiques favorisant la santé des populations	14
Encadré 10 – Ressources pour créer les conditions propices à un apport soutenu et structurant des technologies à une refonte des modèles traditionnels d’organisation et de dispensation des services	16
Encadré 11 – Ressources pour tirer parti des technologies pour exploiter le pouvoir des soins axés sur la personne...	17

1. TENDANCES ET PROPOSITIONS ÉMANANT DES ÉCRITS

La recension des écrits (voir annexe G) réalisée à la demande de la Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne du ministère de la Santé et des Services sociaux (DAOSPL-MSSS) a fait émerger quatre grandes tendances sur la prévention et la gestion des maladies chroniques :

- Le passage d'une posture réactive à une posture proactive, reposant sur des stratégies croisées de promotion et de prévention, constitue certainement le leitmotiv le plus porteur de toute la réflexion. Cette tendance, abondamment documentée, invite à une bonification énergique des actions de prévention dont la nature et la portée sont susceptibles de réduire significativement, à la source, certaines actions de gestion de la maladie chronique. Dans le contexte de la hausse continue, voire effrénée, des maladies chroniques au sein de la population et de la cristallisation progressive des multimorbidités comme nouvelle normalité des personnes atteintes, il est impératif, dans toutes les interactions avec les intervenants du réseau de santé et de services sociaux (RSSS), d'agir systématiquement sur la promotion de la santé (incitation à un mode de vie actif; calcul du tour de taille; etc.) et sur le dépistage précoce (gestion des listes et des bases de données pour capter hâtivement les flux prévisibles de patients atteints);
- La prévention et la gestion des maladies chroniques nécessitent la contribution et l'expertise d'un ensemble vaste et dynamique d'acteurs. Ainsi, bien que les réflexions se consacrent aux activités et aux intervenants de première ligne, elles reconnaissent d'emblée l'apport essentiel de toute une constellation d'autres collaborateurs internes et externes au RSSS appelés, à un moment ou à un autre, à interagir avec le patient;
- La prévention et la gestion des maladies chroniques accompagnent l'ensemble du parcours de la vie de la personne atteinte. Plusieurs habitudes de vie présentes chez les parents sont transmises à leurs enfants et suivent ces derniers jusqu'à leur décès;
- La prévention et la gestion des maladies chroniques s'inscrivent dans un continuum de soins et de services de santé et services sociaux, de la promotion-prévention primaire en passant par les actions de détection et de diagnostic, de traitement et de leur suivi et les actions d'accompagnement (réadaptation; réintégration; maintien; soins de fin de vie), et s'adressent tant aux personnes atteintes qu'à celles qui ne le seront jamais. Plus qu'une addition d'interventions, le continuum de soins doit considérer l'imbrication véritable de ces soins dans une chaîne bienveillante d'accompagnement qui donne sens au parcours du patient dans le maintien de sa santé.

Les travaux de recension des écrits réalisés dans le cadre du présent mandat se sont appuyés sur les principes directeurs et axes d'interventions contenus au Cadre de référence de 2012. En cours de route, d'autres pierres conceptuelles sont venues consolider les avenues d'exploration de cette recension dont, notamment, le modèle étendu des soins chroniques (Barr, Vania et al. 2017), lui-même adapté du modèle de soins chroniques (Wagner, Austin et al. 1996) (Wagner 2019).

De ces réflexions émergent **cinq grandes propositions** pour mieux prévenir et mieux gérer les maladies chroniques :

- 1. Repenser les modèles traditionnels d'organisation et de prestation des services de santé et services sociaux;**
- 2. Exploiter le pouvoir des soins axés sur la personne;**
- 3. Favoriser la mise à contribution d'équipes informées, préparées, soutenues et proactives, qui travaillent en collaboration;**
- 4. Penser au-delà de l'environnement clinique;**
- 5. Maximiser tout le potentiel de l'information et des technologies.**

De façon générale, chacune des cinq propositions comprend quelques thématiques dominantes pour lesquelles les principaux constats et tendances observées sont présentés ci-dessous. Pour chacune des thématiques, des ressources complémentaires sont proposées dans des encadrés pour poursuivre la réflexion avec les tendances les plus porteuses du domaine. Enfin, un bilan détaillé de la recension des écrits est pour sa part présenté à l’annexe G.

1.1 Repenser les modèles traditionnels d’organisation et de prestation des services de santé et services sociaux

Au Québec, les orientations privilégiées depuis 2012 en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques prennent appui sur une responsabilité populationnelle dévolue aux centres de santé et de services sociaux (CSSS, relevés par les centres intégrés de santé et de services sociaux à compter de 2015), pour l’accessibilité, la continuité et la qualité de l’offre de services. La vision soutenue par ce principe directeur de la prévention et la gestion des maladies chroniques visait plus précisément, au sein des établissements, les « instances de première ligne, en partenariat avec tous les intervenants du [réseau local de services ou] RLS » (MSSS 2012). Pour s’acquitter de cette responsabilité, les intervenants de première ligne, et plus particulièrement les GMF, ont, depuis, expérimenté un modèle d’interdisciplinarité interpellant, dans une même visée d’intégration de l’offre de services, aussi bien les équipes de promotion et de prévention en santé que les pharmacies communautaires, les intervenants de deuxième et troisième lignes et bien d’autres. Depuis 2012, le principe directeur de la hiérarchisation des services est intimement lié à celui de la responsabilité populationnelle¹, dans une perspective de mobilisation des bonnes ressources au bon moment du continuum de l’offre de services. L’annexe F poursuit la réflexion sur la question du partage des responsabilités entre les acteurs de cette mobilisation.

Malgré les réussites bien réelles associées à ce modèle et les efforts majeurs investis au fil des ans, les maladies chroniques poursuivent leur progression au sein d’une population québécoise de plus en plus âgée et la multimorbidité s’installe graduellement comme règle plutôt qu’exception. Dans ce contexte, la lutte amorcée par le RSSS contre les soins épisodiques et discontinus doit résolument être gagnée, au profit d’un système homogène et coordonné qui soit, d’abord et avant tout, porteur de sens pour les personnes soignées.

1.1.1 Bonifier les stratégies d’implantation de services intégrés sur l’ensemble du continuum de soins et de services

L’avènement des centres intégrés de santé et de services sociaux crée les conditions désirables pour consolider les efforts consentis à – précisément – l’intégration de l’offre de services préconisée par le MSSS depuis 2012. L’ancrage élargi des Centre intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sur leur territoire permet notamment d’oser des partenariats intersectoriels solides et inédits du RSSS aussi bien avec le patient et ses proches qu’avec les milieux municipal et communautaire, le secteur privé, l’industrie et la recherche.

¹ Issu de la réforme de 2003 du système québécois de santé et de services sociaux, le terme « responsabilité populationnelle » renvoie à l’obligation faite par le gouvernement au réseau de santé et de services sociaux de maintenir et d’améliorer la santé et le bien-être d’un territoire donné, par l’accessibilité (rendre accessibles un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population), l’accompagnement (offrir le soutien requis aux personnes) et la prévention (agir en amont, sur les déterminants de santé).

Au cœur de ces nouvelles alliances figurent les intervenants de première ligne en santé, en interaction constante, tant avec les acteurs de la promotion et de la prévention de la santé qu'avec leur vis-à-vis des deuxième et troisième lignes et divers autres acteurs du RSSS, incluant les différents partenaires sectoriels du MSSS appelés à proposer « à l'État et aux autres acteurs sociaux des priorités d'intervention pour agir positivement sur les conditions qui favorisent la santé et le bien-être de la population »². Les liens privilégiés et continus que détiennent les centres de médecine de famille (et autres structures apparentées) avec le patient et ses proches sont à la clé de la réussite des stratégies visant à **créer des trajectoires** toujours mieux **intégrées et interreliées de soins et de services** sur l'ensemble du continuum de la prévention et de la gestion des maladies chroniques. L'émergence des partenariats élargis cités précédemment amène à envisager autrement la conception et la mise en œuvre de telles trajectoires, par :

- Une conceptualisation des modèles de services fondée sur la personne ou sur la population plutôt que sur la maladie;
- L'inclusion, très tôt dans ce processus de conceptualisation, des besoins spécifiques et des attributs populationnels uniques de certains groupes dont, notamment, les populations autochtones et les populations issues de l'immigration;
- Une coconstruction de cette conceptualisation, faisant directement appel au patient, dont on reconnaît ainsi une capacité à l'autodétermination et les compétences culturelles à prévenir et gérer les maladies chroniques;
- L'émergence de parcours de soins qui défient les frontières sectorielles traditionnelles par le déploiement d'accords de collaboration sur les responsabilités financières³ et cliniques qui favorisent une réponse complète et optimale (continuité informationnelle et administrative; efficacité de la coordination et de la communication entre les différents intervenants; observance des pratiques fondées sur les preuves; apport des équipes multidisciplinaires) aux besoins du patient;
- Une accessibilité géographique, économique, culturelle et linguistique, soutenue par des suivis téléphoniques et des téléconsultations, tout particulièrement pour les populations présentant les besoins les plus grands ou les plus aigus.

Encadré 1 – Ressources pour bonifier les stratégies d'implantation de services intégrés sur l'ensemble du continuum de soins et de services

- [Partenariats intersectoriels solides et inédits](#) (CIUSSS de la Capitale-Nationale)
- [Partenariats solides et inédits](#) (MSSS)
- [CADICEE](#)
- [Trajectoires intégrées et interreliées](#) (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal)
- [Trajectoires intégrées et interreliées](#) (CIUSSS de l'Estrie)
- [Approche CoMPAS+](#)
- [Pairs aidants](#)

² Tiré du [site Internet du MSSS, section « Mission et mandat »](#), 2021.

³ Pour transcender certaines frontières intersectorielles, il convient, entre autres, de réfléchir à de nouvelles modalités contractuelles entre bailleurs de fonds et prestataires.

Tableau 1 – Pratiques bonifiant les stratégies d’implantation de services intégrés

Stratégies liées aux axes	Exemples de mise en œuvre actuellement en cours au Québec	
	Dimension explorée	Pratique recensée
Oser des partenariats sectoriels et inédits	Partenariat patient-chercheur-décideur	Voir la pratique « Démarche intégrée en MC »
	Partenariat CISSS et municipalité	Voir les différents volets de la pratique « Clinique mobile en maladies chroniques »
	Partenariat public privé	Voir la pratique « Centre d’expertise en maladies chroniques (CEMC) »
Créer des trajectoires toujours mieux intégrées et interreliées de soins et de services	Liens entre les GMF, le GACO et les services spécialisés	

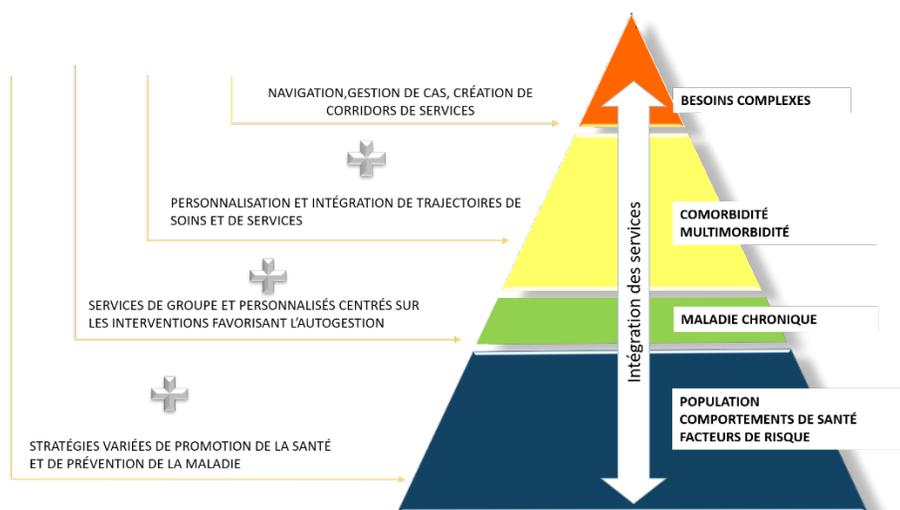
1.1.2 Raffiner la calibration de l’offre de services en fonction des besoins du patient

Si elle repose, pour une bonne part, sur la capacité des intervenants de première ligne à assumer un leadership créateur de sens dans la prévention et la gestion des maladies chroniques, la bonification des stratégies d’implantation d’une offre de services intégrée ne saurait s’articuler autrement qu’en prenant acte des besoins du patient et en privilégiant, pour ce faire, la lorgnette du parcours de vie. Une telle posture oblige évidemment à transcender les structures et la gouvernance organisationnelle traditionnelles, mais permet, en revanche, de soutenir le patient et sa communauté d’une manière plus holistique. **Recourir à la stratification des besoins** fortifie effectivement la mécanique d’ajustement des niveaux de soins et de services. Cette approche devrait aller au-delà de l’idée de hiérarchisation habitant les orientations ministérielles de 2012, en se fondant à la fois sur la composante organique qu’est le parcours de vie et sur les propriétés dynamiques de trajectoires de services personnalisés, dont la gestion de cas et de la navigation, le tout construisant un leadership légitimement mouvant dans le rapport du patient avec le système de santé

Encadré 2 – Ressources pour raffiner la calibration de l’offre de services en fonction des besoins du patient

- [Gestion de cas \(administrateurs\)](#)
- [Gestion de cas \(professionnels de la santé\)](#)

Figure 1 – Schématisation de la stratification des besoins



Inspiré de la représentation graphique qui avait été proposée par: <http://www.groupeanteconcerto.com/f/index.php>

En favorisant une combinaison d'un ensemble varié de stratégies qui savent voir au-delà des mérites et limitations spécifiques des approches traditionnelles (création de corridors de services ou de parcours de soins, par exemple) ou novatrices (voir ci-dessus), les intervenants de première ligne créent des leviers susceptibles d'améliorer les indicateurs de santé du patient de manière plus significative et plus durable. Enfin, il convient d'**évaluer systématiquement les différentes approches et les nouveaux modèles**, de manière à alimenter, en continu, le développement et la calibration d'interventions efficaces et efficientes répondant aux exigences du fardeau croissant des maladies chroniques, tant pour le système de santé que pour la société.

Tableau 2 – Pratiques raffinant la calibration de l'offre de services

Stratégies liées aux axes	Exemples de mise en œuvre actuellement en cours au Québec	
	Dimension explorée	Pratique recensée
Recourir à la stratification des besoins	Volets spécifiques aux différents niveaux de besoins	Voir la pratique « Démarche intégrée en MC »
Privilégier la gestion de cas et la navigation	Gestion de cas	Voir la pratique « Gestion de cas réseau »
	Navigation par les pairs	Voir l'annexe de la pratique « Clinique pour personnes migrantes à statut précaire »
Évaluer systématiquement les différentes approches et les nouveaux modèles	Évaluation systématique de l'expérience patient et des apprentissages réalisés : + Inclusion de patients ayant quitté le programme + Inclusion de données de performance organisationnelle + Utilisation de CoMPAS+	Voir la pratique « Clinique mobile en maladies chroniques »
	Évaluation systématique de la qualité et de la performance organisationnelle : + Utilisation de CoMPAS+	Voir la pratique « Centre d'expertise en maladies chroniques (CEMC) »

En bref, des stratégies qui osent de nouvelles coopérations.

1.2 Consolider l'expertise du patient et ses habiletés d'autogestion et d'autosoins à l'aide de données probantes

Comme patiente partenaire, il est important pour moi de pouvoir collaborer avec mon équipe médicale pour que je puisse me sentir impliquée dans la gestion de mes soins. À mes yeux, cela doit se faire avec bienveillance et respect. Je veux sentir que mon équipe soignante est à l'écoute de ce que j'ai à leur dire. Je suis d'avis que nos savoirs sont complémentaires : ce sont eux, les experts de la maladie, tandis que moi, je suis la spécialiste de la vie avec ma maladie. L'expérience que je possède ne s'apprend pas dans les livres : elle s'acquiert au quotidien, dans la routine, la peur vécue, les soins reçus, les hospitalisations, etc. C'est un savoir unique, propre à chacun, qui gagne à être écouté et étudié par l'équipe soignante et les décideurs. Selon moi, les patients partenaires et les professionnels de la santé sortent tous gagnants de cette relation de confiance constructive qui permet de brosser un tableau beaucoup plus complet de situations parfois très complexes.

Karina Prévost, patiente-partenaire de la faculté de médecine de l'Université de Montréal

Postulant que le patient fait assurément partie de la solution en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques, le MSSS soulevait dès 2012 l'enjeu d'un accompagnement approprié de celui-ci « dans son développement, son autonomisation et dans le maintien de sa capacité à gérer la maladie et à prévenir les complications » (MSSS 2012). Les notions de « patient partenaire » et d'« autogestion » sont déjà bien présentes, tandis qu'une certaine notion d'« autodétermination » apparaît en filigrane. Également présente dans ce principe directeur initial est cette idée que la matérialisation de ces notions est entre autres assujettie à la qualité du lien de confiance créé avec les intervenants en santé, y compris dans une perspective d'accompagnement à l'amélioration de la littératie (incluant à la fois le savoir scientifique et expérientiel) des patients face aux données probantes en santé.

C'est ainsi que la création de la santé populationnelle ne peut véritablement advenir que si la conception du système porteur de sens, tel qu'esquissé dans la section précédente, est axée sur l'expertise de la personne, cette dernière demeurant invariablement le contributeur le plus essentiel et signifiant pour sa propre santé. D'ailleurs, comme le constate l'OMS, cette dimension – et son pendant visant les habiletés d'autogestion et d'autosoins – est centrale et commune à toutes les définitions d'approche de soins intégrée ou, de façon plus tangible, de « prestation de services intégrée en santé »⁴.

⁴ Traduction libre de « integrated health service delivery », puisée de WHO, *Integrated care models : an overview*, 2016, p. 21.

1.2.1 Susciter un engagement soutenu des personnes et de la population à assumer pleinement leur rôle d'expert dans leur santé

La recension des écrits effectuée dans le cadre du présent mandat est unanime : malgré les écueils, malgré les défis et malgré l'apparente lassitude populationnelle envers les lieux communs que sont progressivement devenus les « manger mieux » et « bouger plus », **miser sur la prévention et la promotion de la santé** demeure, pour tout système de santé, l'action la plus rentable en matière de gestion proactive des maladies chroniques. C'est par ailleurs dans les actions de renforcement positif – dans lesquelles la prévention et la promotion s'inscrivent d'emblée – que peuvent le mieux mûrir et fructifier les partenariats intersectoriels inédits et innovants évoqués à la section précédente en vue de :

- **Mettre au jour et à profit l'expertise et l'autodétermination des personnes et des populations** pour susciter chez elles un niveau optimal de participation active et d'engagement envers leur santé, en respect de leurs capacités et de leurs limites;
- **Privilégier le partenariat et un partage approprié des responsabilités** (personnes et collectivités, d'une part, et intervenants de la santé, d'autre part) dans le déploiement de l'offre de services et **dans la prise de décision influençant le maintien de la santé**;
- **Détecter les risques et la présence de maladies chroniques, en amont de l'émergence des problématiques de santé associées.**

Encadré 3 – Ressources pour susciter un engagement soutenu des personnes et de la population à assumer pleinement leur rôle d'expert dans leur santé

- [Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux](#)
- [Partenariat et partage des responsabilités dans la prise de décision en santé](#) (Décision +)
- [Conférence de Jean-Pierre Després sur l'activité physique](#)
- [Sécurisation culturelle en santé et services sociaux](#) (MSSS)
- Offre de formation liée au Guide des bonnes pratiques en prévention clinique (en cours de développement)

1.2.2 Exploiter le pouvoir des soins axés sur la personne

En lien avec ce qui précède, lorsque, malgré la qualité et l'intensité des actions de prévention déployées, les systèmes de santé sont appelés à se mobiliser pour agir et investir dans la gestion des maladies chroniques, **matérialiser la vision du patient comme responsable principal et expert de sa santé** demeure généralement le chemin le plus court et le plus profitable pour atteindre les objectifs de santé populationnelle de façon durable. Dans cette perspective, il convient :

- De **privilégier une approche et des stratégies** dans lesquelles les soins fournis sont centrés sur la réalité globale du patient et des proches qui le soutiennent, **créant les conditions optimales à sa participation active et à son engagement dans le développement et la consolidation de ses capacités d'autogestion** des soins reposant notamment sur des actions qui visent à :
 - Développer une compréhension commune du besoin de soutien à sa santé, tant en nature (information; assistance technique; etc.) qu'en intensité (en personne, par téléphone ou par téléconsultation; fréquence; durée; etc.);
 - Développer, conjointement avec le patient, des objectifs thérapeutiques ou de soins aussi clairs que mesurables, assortis d'actions spécifiques ou d'un plan d'autogestion détaillant ces objectifs;
 - Inclure, de manière active et systématique, des interventions de promotion de la santé;
 - Identifier, de manière active et systématique, les personnes susceptibles de bénéficier d'une approche prenant en compte les multimorbidités, soit opportunément pendant les soins de routine, soit de manière proactive par une utilisation stratégique des données du dossier patient informatisé;

- Identifier, également de manière active et systématique, des aidants susceptibles d'enrichir le travail de l'équipe de soins⁵ (lors des différents rendez-vous, visites ou évaluations d'admission et de sortie d'hébergement de courte durée);
- Offrir du soutien aux proches aidants dans leurs démarches de demandes d'aide auprès de certains intervenants de santé;
- Offrir des interventions éducatives qui favorisent la santé et l'autogestion, qui incluent plusieurs composantes et intègrent les multimorbidités, selon la situation vécue et le choix du patient (stratégies d'amélioration des compétences décisionnelles⁶; stratégies de gestion du stress ou d'adaptation psychologique aux circonstances⁷; stimulation active de surveillance des symptômes; autogestion médicamenteuse; amélioration de l'activité physique; amélioration de l'apport nutritionnel);
- Élaborer les stratégies éducatives sur la base d'un tronc commun à bon nombre de conditions chroniques (diabète, hypertension et coronaropathie, par exemple) tant pour ce qui est de la pathogenèse, des thérapeutiques et stratégies de gestion que pour ce qui concerne les facteurs de risque modifiables (tabagisme; sédentarité; habitudes alimentaires déficientes; troubles de l'humeur; difficultés fonctionnelles);
- Intégrer concrètement des approches qui favorisent les améliorations des comportements de santé, dont l'entretien motivationnel;
- Explorer l'apport des interventions de groupes incluant notamment les programmes éducatifs de groupes, les rendez-vous médicaux partagés et les groupes virtuels actifs sur Internet;
- Concevoir un plan de soins individualisé, en partenariat avec le patient et l'ensemble des acteurs de l'équipe de soins;
- Proposer des rétroactions personnalisées, incluant un suivi des progrès en lien avec les objectifs de soins de santé fixés par le patient, ou des perfectionnements visant les compétences en résolution de problèmes et en prise de décision;
- Prévoir l'évaluation continue des interventions, en collaboration avec le patient, les proches et l'équipe de soins.

Encadré 4 – Ressources pour consolider l'expertise du patient et ses habiletés d'autogestion et d'autosoins à l'aide de données probantes

- [Université des patients](#) (UQAR)
- [Participation active et engagement du patient dans son autogestion](#) (Stanford University)
- [Participation active et engagement du patient dans son autogestion](#) (CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue)
- [Dialogue patient](#) (INESSS)
- [Décision partagée](#) (Université Laval et CIUSSS de la Capitale-Nationale)

⁵ Les personnes en situation de multimorbidité sont plus particulièrement ciblées par cette proposition. Avec l'accord du patient, les proches aidants peuvent être mis à contribution pour identifier les symptômes dérangement et explorer les options acceptables de traitements, incluant leurs avantages ainsi que leurs exigences.

⁶ Cette stratégie génère le taux le plus élevé de résultats positifs.

⁷ On pense, par exemple, aux stratégies d'adaptation au stress ou aux conditions psychologiques, incluant la gestion de la colère, la restructuration positive, l'affirmation de soi et l'entraînement aux compétences sociales, l'identification et la contestation des pensées inutiles, l'entraînement à la relaxation et les stratégies cognitivo-comportementales.

Tableau 3 – Pratiques exploitant le pouvoir des soins axés sur la personne

Stratégies liées aux axes	Exemples de mise en œuvre actuellement en cours au Québec	
	Dimension explorée	Pratique recensée
Interventions éducatives qui favorisent la santé et l'autogestion	Programmes individuels	Voir la pratique « Démarche intégrée en MC »
	Programmes de groupe incluant les multimorbidités	Voir les pratiques « Agir sur sa santé », « Clinique mobile en maladies chroniques » et « Centre d'expertise en maladies chroniques (CEMC) »

En bref, des stratégies qui osent l'intégration effective de l'expertise du patient.

1.3 Favoriser la mise à contribution d'équipes informées, préparées, soutenues et proactives, qui travaillent en collaboration

Les propositions précédentes ont mis en relief le caractère hautement stratégique de l'équipe de soins dans l'efficacité des différentes actions de prévention et de gestion des maladies chroniques. Cette équipe, dont l'appartenance est tantôt au RSSS, tantôt à la communauté, tantôt encore aux proches soignants informels du patient, tantôt, enfin, au patient lui-même, se démarque par son caractère multidisciplinaire et sa grande complémentarité d'intervention. Dans cette veine, le MSSS proposait en 2012 les principes directeurs de « Collaboration interdisciplinaire » et « Pratiques cliniques guidées par les données probantes ».

La proposition qui suit fusionne en quelque sorte ces deux réalités transversales pour qu'une continuité appropriée de soins et services et des réflexes efficaces et durables d'autogestion s'installent et prospèrent. Pour y arriver, chacun doit pouvoir jouer son rôle au moment opportun, enrichi de la contribution spécifique de chacun des autres membres de l'équipe de soins, et disposer de toutes les clés nécessaires – savoirs, savoir-faire et vivre-ensemble interdisciplinaire – pour ce faire. C'est ainsi que la mission et la vision de l'équipe de soins s'inscrit véritablement dans une culture d'équipe apprenante.

1.3.1 Soutenir la collaboration interprofessionnelle

La démonstration n'est plus à faire : les notions d'équipe et d'effet d'équipe dépassent largement la conception simpliste de l'addition des expertises, connaissances et talents des individus qui les forment. Appliquée au domaine de la prévention et de la gestion des maladies chroniques, cette évidence se vérifie avec acuité, la réalité multifactorielle et multifacettes de la maladie chronique appelant à une interdisciplinarité à la fois savante (données probantes et leurs divers intervenants et porte-voix du RSSS et de la recherche) et empirique (réalité et aspirations quotidiennes du patient, de ses proches et de sa communauté). Pour faire naître et grandir une véritable collaboration interdisciplinaire, il faut **installer et nourrir en continu des canaux appropriés et une fluidité de communication entre les différents détenteurs formels et informels de savoirs et de savoir-faire** offrant soutien et services au patient. Parmi les déterminants structurels, organisationnels et interpersonnels de la collaboration interprofessionnelle figurent :

- Sur le plan des infrastructures, l'importance de pouvoir **compter sur un dossier patient informatisé mis à jour en continu et permettant des modes de référencement structurés et adaptés** aux spécificités des différents partenaires de l'équipe de soins (milieu communautaire, par exemple);
- Sur le plan de l'offre de services, la pertinence d'**explorer, d'encourager et de soutenir l'engagement nouveau d'acteurs traditionnellement peu sollicités directement dans la gestion des maladies chroniques** dont, entre autres, les pharmaciens communautaires, les travailleurs sociaux et autres professionnels des services sociaux, les infirmières (dont les IPSPL), les physiothérapeutes, ergothérapeutes et kinésithérapeutes, sans oublier le patient, ses proches aidants et les organismes communautaires;
- Sur le plan relationnel, l'opportunité de **favoriser l'édification et le foisonnement de la collaboration interprofessionnelle** en :
 - Consolidant, sur la base d'un référentiel des compétences, les habiletés des différents intervenants en matière de collaboration interprofessionnelle;
 - Soutenant l'émergence de leaders cliniques et non cliniques locaux capables de rassembler les professionnels autour d'intérêts communs;
 - Insufflant à toutes les facettes du continuum de soins une vision partagée et en créant une adhésion sentie aux buts, valeurs et philosophies d'intervention auprès du patient qui transcende une certaine lecture convenue des rôles des intervenants;
- Sur le plan organisationnel, la nécessité de **créer des environnements de travail favorables à la collaboration interprofessionnelle** en :
 - Clarifiant les rôles des intervenants en santé et en enchâssant cette lecture actualisée dans des cadres législatifs qui soient applicables à l'échelle locale;
 - S'assurant d'offrir un environnement de travail qui, plus qu'être sécurisant et exempt de discrimination, fait une large place à la valorisation de la contribution essentielle et nichée de chacun des acteurs de première ligne, du nutritionniste au médecin, en passant par l'IPSPL, le physiothérapeute, et bien d'autres, et se traduit notamment par une représentation interprofessionnelle dans la gérance;
 - Prévoyant le temps et les ressources requises pour pérenniser et démultiplier les bénéfices prévisibles de la collaboration interprofessionnelle.

Encadré 5 – Ressources pour favoriser la mise à contribution d'équipes informées, préparées, soutenues et proactives qui travaillent en collaboration

- [Collaboration interprofessionnelle](#) (Université Laval)
- [Résolution des conflits interprofessionnels](#) (Université Laval)
- [Leadership collaboratif](#) (Université Laval)
- [Éthique et CIP](#) (Université Laval)
- [Soutien à l'engagement d'acteurs de l'équipe de soins \(pharmacien\)](#)
- [Soutien à l'engagement d'acteurs de l'équipe de soins \(IPSPL\)](#)
- [Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux \(RCPI\)](#)
- [Travailleurs sociaux en GMF/GMF-U \(MSSS\)](#)
- [Infirmière clinicienne en GMF/GMF-U \(MSSS\)](#)
- [Formation sur le soutien à l'autogestion chez l'utilisateur atteint de maladie chronique](#) (UETMISSS du CIUSSS de la Capitale-Nationale)

1.3.2 Développer et faciliter l'accès aux connaissances

Le vivre-ensemble interprofessionnel décrit ci-dessus ne peut véritablement prendre racine que s'il est accompagné d'un accès fluide multilatéral – entre les intervenants en santé et le patient, mais également (sinon davantage) entre les intervenants en santé entre eux – aux savoirs et savoir-faire nécessaires dans la prévention et la gestion des maladies chroniques. Pour favoriser l'émergence d'interventions efficaces et efficaces répondant aux exigences du fardeau croissant des maladies chroniques sur les systèmes de santé, cette fluidité doit elle-même **s'instruire des conclusions et recommandations émergeant d'évaluations systématiques et régulières des modèles de soins**. De façon plus précise, il faut :

- Privilégier des stratégies dynamiques de transfert pour transformer les connaissances en pratiques;
- Concevoir un plan de mise en œuvre assorti d'actions spécifiques visant l'adaptation des directives nationales ou régionales au niveau local;
- **Déployer les principes des systèmes et équipes apprenants;**
- Inscire les actions de prévention et de gestion des maladies chroniques dans un processus d'amélioration continue.

Encadré 6 – Ressources pour développer et faciliter l'accès aux connaissances

- [Approches visant l'amélioration-Systèmes et équipes apprenants \(INESSS\)](#)
- [Système de santé apprenant](#) (Unité de soutien SSA)
- [Webinaire de Réseau-1 Québec, 16 avril 2021: ACQ, recherche et système de santé apprenant](#)
- [Guide des bonnes pratiques en prévention clinique](#) (MSSS)
- [Communauté de pratique Accès](#) (MSSS)

1.3.3 S'appuyer sur les compétences de cliniciens hautement qualifiés

Les hautes exigences de réussite de la collaboration interprofessionnelle sont à la mesure de celles qui s'adressent aux intervenants en santé œuvrant en prévention et gestion des maladies chroniques. En effet, au-delà des obligations imposées par les ordres professionnels pour les questions de formation initiale et de formation continue, **développer, consolider, maintenir et enrichir les connaissances et les compétences⁸ des divers intervenants en santé** constitue un absolu pour l'articulation d'un continuum de soins et de services axé sur la qualité et la sécurité et centré sur les besoins d'un patient lui-même en formation continue sur sa santé. Pour ce faire, il convient de favoriser, lors de la formation initiale :

- Une exposition signifiante et structurante des intervenants en santé aux milieux de soins de première ligne (stages ciblés en prévention et gestion des maladies chroniques, par exemple);
- L'entraînement de ces derniers à l'élaboration de programmes de soutien à l'autogestion fondés sur les préférences et les compétences du patient plutôt que sur les maladies.

Encadré 7 – Ressources pour s'appuyer sur les compétences de cliniciens hautement qualifiés

- Développement et consolidation des compétences ([liste de compétences](#) à titre d'exemple, [réf.](#))
- [Amélioration des connaissances et compétences \(COMPAS +\)](#)
- [Ateliers de formation à l'accompagnement d'étudiants](#)

Pour ce qui est des stratégies à privilégier en matière de formation continue, on peut **améliorer les connaissances et les compétences ainsi que le développement de nouvelles aptitudes** en communication, en travail collaboratif, en résolution de problèmes et en prise de décision par :

⁸ S'appuyer, pour ce faire, sur une liste reconnue de compétences professionnelles en maladies chroniques.

- Une combinaison judicieuse de différentes approches de transfert des connaissances (communautés de pratique formelles et virtuelles; colloques; mentorat ou parrainage; travail en coconstruction; etc.) pour une intégration optimale des connaissances à la pratique et un enrichissement continu de cette dernière au profit du patient;
- La création d'occasions d'échanges entre cliniciens, chercheurs et décideurs;
- Le soutien à la pratique réflexive.

1.3.4 Favoriser la santé de l'équipe de soins

Comme exposé précédemment, la collaboration interprofessionnelle, si elle vise à la fois la clarification et une certaine expansion des rôles des différents intervenants en santé au sein de l'équipe de soins, peut avoir comme effet collatéral de créer une surcharge pour un ou des rôles donnés. Ce risque de surcharge est également assujéti à l'enjeu sociétal de la pénurie de main-d'œuvre, dont les impacts se font déjà sentir dans certains programmes du RSSS. Il faudra, au cours des années à venir, prendre acte de l'imminence et de la criticité du phénomène dans l'organisation de l'offre de services, le cumul des actions de prévention et de gestion des maladies chroniques mobilisant un très grand nombre et une grande variété d'intervenants en santé. Dans un tel contexte, il convient d'**exercer une vigilance et une bienveillance soutenues auprès de l'équipe de soins**, dont la santé physique et psychologique agit comme clé essentielle à une prestation de soins et de services de qualité. Ce souci doit trouver écho non seulement dans une offre appropriée de programmes d'aide aux employés, mais, d'abord et avant tout, dans une démarche concrète et suivie de monitoring bienveillant du déploiement et de l'évolution des processus du continuum de soins et de services. Au besoin, il est de la sorte possible d'introduire des mesures (temporaires ou pérennes) visant à éviter les situations de surcharge chez certains acteurs clés (revue des flux de travail; ajout de collaborateurs non cliniques pour la réalisation de tâches administratives; délégation de certaines tâches cliniques de routine à des collaborateurs internes ou externes n'exerçant pas des tâches de pointe).

Tableau 4 – Pratiques favorisant la mise à contribution d'équipes qui travaillent en collaboration

Stratégies liées aux axes	Exemples de mise en œuvre actuellement en cours au Québec	
	Dimension explorée	Pratique recensée
Soutenir l'engagement nouveau d'acteurs traditionnellement peu sollicités dans la gestion des maladies chroniques	Rôle de la pharmacienne	Voir la pratique « CEMC pharmacienne »
	Rôle des IPSPL	Voir la pratique « Archimède »

En bref, des stratégies qui osent la connaissance, l'innovation et la bienveillance en appui aux équipes de soins.

1.4 Penser au-delà de l'environnement clinique

Dès 2012, le MSSS s'intéressait à la communauté dans laquelle évolue le patient comme creuset de changements durables et rentables à ses habitudes de vie. Un nombre croissant d'intervenants en santé s'entendent en effet pour avancer que les systèmes et programmes de prévention et de gestion de maladies chroniques émanant du RSSS, tout

essentiels et structurants soient-ils, demeurent une partie d'un tout beaucoup plus grand et organique, ressortissant à la responsabilité conjointe d'un groupe plus vaste d'acteurs issus d'horizons divers. C'est ainsi que la proposition qui suit milite en faveur d'une création de la santé prenant de plus en plus ancrage dans la communauté, invitant les organisations de santé à s'associer et à coordonner leurs actions avec les autres parties prenantes engagées dans la vie et la communauté du patient, tel que le préconisent les approches systémiques ou écologiques de santé (Bronfenbrenner 1992) : aidants naturels; employeurs; milieu scolaire; milieu communautaire; milieu municipal.

1.4.1 Investir dans l'autonomisation et la responsabilisation des communautés pour créer des environnements sains

Comme mentionné précédemment, l'intégration d'un continuum intégré de soins et de services passe notamment par la mise en œuvre de partenariats inédits et innovants avec des acteurs non traditionnels, dont bon nombre sont issus de la communauté de vie du patient. S'il est généralement entendu que les proches aidants et le milieu communautaire jouent un rôle central dans la réussite de stratégies d'amélioration de la santé des personnes vivant avec des conditions chroniques, **contribuer à habiliter la communauté à un engagement concret dans une appropriation locale du continuum de soins et de services de santé** se révèle, pour le RSSS, un défi de taille tout autant qu'une clé essentielle à la réussite de

Encadré 8 – Ressources pour investir dans l'autonomisation et la responsabilisation des communautés pour créer des environnements sains

- [Municipalité amie des aînés](#)
- [Programme national de santé publique \(MSSS\)](#)

l'intégration de l'offre de services en maladies chroniques. D'une part, les différents partenaires socioéconomiques de la communauté doivent disposer des leviers nécessaires pour agir concrètement, efficacement et durablement dans la création d'environnements propices à la santé. La mise en œuvre de stratégies différenciées d'accompagnement et de partenariat, incluant la sécurisation culturelle auprès des Premières Nations et de certaines communautés issues de l'immigration récente, un soutien ciblé aux organismes communautaire ainsi que l'aide à la création des conditions propices à l'autogestion des maladies chroniques en milieu de vie et de travail figurent certainement parmi les initiatives dans lesquelles il convient de s'investir. D'autre part, et de façon plus globale, il importe de **MAXIMISER LE DIVIDENDE DE LA LONGÉVITÉ**⁹ (UNFPA 2012) des communautés au sein desquelles le patient et ses concitoyens âgés évoluent, en ralliant des partenaires en apparence moins naturels (affaires municipales; environnement et développement durable; éducation; etc.) aux actions de création d'environnements sains, par exemple, en :

- Favorisant la création ou le rehaussement d'espaces publics (bâtiments; parcs et aménagements urbains; circulations piétonnières; etc.) qui soient davantage en phase avec les défis (prévention des chutes; éclairage nocturne sécurisant; gestion des îlots de chaleur; etc.) d'un vieillissement en santé dans sa communauté;
- Encourageant, chez les personnes âgées vivant dans la communauté, la pratique régulière d'activités physiques et sociales stimulantes, par une accessibilité physique et financière aux programmes communautaires d'exercice et un jumelage de ces derniers à des occasions informelles de partage visant à briser l'isolement;
- Développant parallèlement des programmes d'éducation (littératie numérique, par exemple), de soutien et de repos pour les proches aidants;
- Facilitant l'accès à des programmes conçus pour soutenir les proches aidants dans la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

⁹ Le Fonds des Nations unies pour la population définit le dividende de la longévité comme la manifestation du « triomphe du développement » sur la longévité humaine, créant un dividende qui gagne à être réinvesti dans toutes les sphères d'activité de la société. Ainsi, et malgré les atteintes physiques ou neurologiques qui caractérisent souvent le grand âge, la longévité accrue des humains est présentée comme une grande richesse qui, pour peu qu'on lui consente un minimum de conditions facilitantes, peut contribuer à nourrir le dynamisme des milieux de vie et à améliorer la qualité de la vie en société en général.

1.4.2 Soutenir la mise en œuvre de politiques publiques favorisant la santé des populations

À titre de citoyenne, j'ai accompagné une famille de réfugiés syriens que j'ai côtoyée à raison de trois jours par semaine pendant près de trois ans. Plusieurs membres de la communauté étaient atteints de maladies chroniques, mais n'arrivaient pas à obtenir des soins de santé optimaux, soit parce qu'ils ne savaient pas par quel chemin passer, soit parce qu'ils n'avaient pas de traducteur pour les accompagner. Plusieurs ont laissé traîner des problématiques qui se sont ensuite complexifiées, d'autres ont dû se rendre à l'urgence, faute d'options. J'ai été témoin de leurs nombreuses difficultés à comprendre les rouages du système de santé. Je les ai accompagnés lors de rendez-vous médicaux où j'ai trop souvent été témoin de racisme et d'impatience face à ces gens démunis qui ne comprennent pas vraiment le pourquoi de telles réactions, ce qui a provoqué de la tristesse et du découragement chez ces gens qui avaient déjà d'importants traumatismes personnels à affronter. Bien sûr, les organismes communautaires ont toujours été présents et ont tout mis en œuvre pour les aider, mais leurs ressources sont extrêmement limitées et les besoins des nouveaux arrivants sont criants. Ils ne sont pas en mesure de suffire à la tâche. Une des rares possessions des nouveaux arrivants est très souvent un téléphone portable. Pourquoi ne pas créer une application simple, traduite dans quelques langues, qui leur expliquerait les rouages du système de santé québécois? Pour moi, comme citoyenne, il est primordial que l'accès aux soins de santé québécois soit égal pour tous.

Karina Prévost, patiente-partenaire de la faculté de médecine de l'Université de Montréal

Les établissements du RSSS doivent répondre à des attentes spécifiques de la part du MSSS visant l'appui de la concertation d'acteurs de leur milieu de divers secteurs d'activités autour de priorités et d'action favorables à la santé.

Apolitiques, les activités associées à ces attentes visent à **encourager une coordination intersectorielle accrue des efforts prioritaires de l'état en faveur de l'amélioration des déterminants de la santé**¹⁰. Une telle coordination s'intéresse autant à la perspective du parcours de vie des populations (amélioration des indicateurs transversaux liés à la qualité de l'environnement ou à l'éducation, par exemple) qu'à certaines étapes clés de la vie (actions ciblées sur l'enfance ou l'adolescence, sur la grossesse, sur la vieillesse, etc.).

En parallèle, le RSSS doit s'assurer de **mettre en place des actions prioritaires visant les populations disproportionnellement affectées par les maladies chroniques** en raison des interactions complexes entre leur environnement physique, les déterminants sociaux et culturels qui les caractérisent, ainsi que les facteurs de risque biomédicaux et comportementaux qui leur sont associés. On pense, entre autres, aux populations autochtones, mais également aux personnes en situation de multimorbidité associant problématiques de santé mentale et maladies chroniques.

Enfin, la complexité des interventions populationnelles de promotion de la santé et de celles de prévention et de gestion des maladies chroniques appelle, dans une perspective d'équité sociale et de stratification appropriée des services, à **explorer les innovations envisageables pour créer les conditions de financement et les incitatifs financiers propices** :

Encadré 9 – Ressources pour soutenir la mise en œuvre de politiques publiques favorisant la santé des populations

→ [Politique cadre en santé publique \(MSSS\)](#)

¹⁰ Les ententes de gestion et d'imputabilité signées annuellement entre les établissements et le MSSS contiennent diverses attentes générales et spécifiques dans le cadre de la réalisation de leur mission, dont celle associée au présent renvoi, telle qu'elle était formulée en 2019-2020.

- À une certaine primauté des interventions de soutien et de suivi de la part d'équipes multidisciplinaires élargies plutôt qu'un accent sur les interventions de soins aigus offertes par quelques intervenants de pointe;
- À l'atteinte de cibles prioritaires auprès de groupes aux enjeux de santé les plus sévères (patients présentant des besoins de santé complexes; patients en situation de multimorbidité; etc.).

Tableau 5 – Pratiques permettant de penser au-delà de l'environnement clinique

Stratégies liées aux axes	Exemples de mise en œuvre actuellement en cours au Québec	
	Dimension explorée	Pratique recensée
Contribuer à habiliter la communauté à un engagement concret dans une appropriation locale du continuum de soins et de services de santé	Interventions communautaires visant la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie	Voir la pratique « Communautés favorables aux saines habitudes de vie »
	Accompagnement des personnes et de leurs proches dans la localisation des ressources	Voir les pratiques « Services aux personnes migrantes à statut précaire » et « Question pour un pharmacien »

En bref, des stratégies qui osent l'intégration d'une variété d'acteurs autour de la santé des populations.

1.5 Maximiser tout le potentiel de l'information et des technologies

Outre une mention sur le « dossier patient partageable » et une autre sur « l'évaluation des technologies » en milieu hospitalier universitaire, les orientations ministérielles de 2012 se commettent peu sur l'apport potentiel des technologies dans la prévention et la gestion des maladies chroniques. Or, la présente réflexion arrive au moment où le RSSS émerge d'une crise pandémique et qu'il a dû trouver – et, généralement, créer – des voies de passage, souvent numériques, pour maintenir sa prestation de soins et services dans divers domaines de pratique. Cet héritage bien involontaire de la crise a révélé une extraordinaire agilité des intervenants en santé, nourrissant la créativité du réseau et sa capacité d'apprentissage en continu.

Jumelés à l'engagement démontré par les équipes de soins au cours de la dernière année, les progrès technologiques présentent un potentiel d'innovation à la mesure des défis d'intégration et de partage des connaissances et des apprentissages, dans une perspective de renouvellement et d'enrichissement des façons de faire en prévention et en gestion des maladies chroniques. De ce point de vue, les technologies, par leur caractère transversal, sont porteuses d'une saine évolution des pratiques dans les quatre propositions précédentes, d'où la place accordée à cet angle de prise dans la formulation des propositions de la présente section.

1.5.1 Créer les conditions propices à un apport soutenu et structurant des technologies à une refonte des modèles traditionnels d'organisation et de dispensation des services

L'appropriation expéditive de la téléconsultation en période de COVID-19 illustre tout l'à-propos de la télémédecine comme partie intégrante de l'offre de services, particulièrement pour les maladies chroniques. En revanche, la levée progressive des consignes de confinement au printemps 2021 révèle que certaines personnes ont préféré tolérer leurs symptômes – parfois au détriment de leur santé – que de consulter, physiquement ou virtuellement, dans une installation de santé de leur territoire. Les technologies de santé étant résolument appelées à rester et à se diversifier, il convient de réfléchir aux conditions à mettre en place pour que tous – intervenants en santé (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, nutritionnistes et autres) et patients (jeunes mamans, personnes atteintes de problèmes de santé mentale, de maladies chroniques et autres) – y voient leur intérêt, tant au moment de la prise en charge d'une problématique aiguë que dans une perspective à moyen et long terme de monitoring des indicateurs de santé. Plus concrètement, il convient de **favoriser** la pérennité de l'adoption de comportements améliorant la qualité de vie des personnes atteintes par **une intégration et un soutien mutuel bien dosés des approches numériques** (dossier patient informatisé; applications mobiles et dispositifs portables; plateformes de visioconférence) **et traditionnelles** (actions de promotion de la santé; suivi et monitoring; éducation et coaching). La recherche du juste équilibre entre ces approches se révèle en effet prioritaire :

Encadré 10 – Ressources pour créer les conditions propices à un apport soutenu et structurant des technologies à une refonte des modèles traditionnels d'organisation et de dispensation des services

- [Intégration et soutien mutuel des approches numériques et traditionnelles](#) (Télesanté Québec, volet professionnels)
- [Intégration et soutien mutuel des approches numériques et traditionnelles](#) (Réseau québécois de télésanté, volet patient)
- [Amélioration de la littératie en santé \(MSSS\)](#)

mutuel bien dosés des approches numériques (dossier patient informatisé; applications mobiles et dispositifs portables; plateformes de visioconférence) **et traditionnelles** (actions de promotion de la santé; suivi et monitoring; éducation et coaching). La recherche du juste équilibre entre ces approches se révèle en effet prioritaire :

- Au maintien et à l'enrichissement de la nécessaire relation de confiance et de partenariat entre les patients et les intervenants en santé;
- À un accompagnement bienveillant des patients les plus vulnérables et de leurs proches;
- À la valeur ajoutée des technologies à l'accessibilité – physique ou virtuelle – effective des services.

L'atteinte de ces objectifs de démocratisation des technologies de la santé doit préalablement s'attarder à **mettre en place les conditions minimales de déploiement technologique** telles que :

- Le développement accéléré de la littératie numérique dans l'ensemble de la population comme partie intégrante de la littératie en santé, cette dernière étant elle-même assujettie à d'importants enjeux d'appropriation;
- La présence et l'efficacité de l'accès Internet, notamment chez les clientèles vulnérables et chez celles résidant dans des territoires ruraux;
- L'interopérabilité des technologies retenues avec les plateformes existantes ou futures de données patient, alors que les choix technologiques et les arrimages en découlant sont assortis de leurs enjeux propres d'actualisation en continu des dispositifs et plateformes et qu'il est nécessaire d'améliorer le partage des données et d'élargir l'accès à une information complète et pertinente.

Enfin, quel que soit l'angle de prise privilégié pour le déploiement des technologies en santé, il faut, comme dans toute opération de gestion du changement visant des résultats durables et probants, consentir le temps, les ressources et le suivi nécessaires à une mise en œuvre graduelle, équilibrée et accompagnée auprès des diverses parties prenantes. Et un changement technologique de cette envergure invite également à une vigilance constante pour les dimensions de fiabilité, de sécurité et de protection des données patient.

1.5.2 Tirer parti des technologies pour consolider l'expertise du patient et ses habiletés d'autogestion et d'autosoins à l'aide de données probantes

Dans la foulée de l'extraordinaire effort numérique déployé au cours de la pandémie, il n'est pas farfelu de penser que les patients pourraient éventuellement être les premiers à exiger l'accroissement du recours aux technologies dans l'offre de services. À la faveur de stratégies appropriées d'amélioration de la littératie numérique en santé et du caractère de moins en moins intimidant des différents dispositifs et plateformes, le désir des patients de s'engager sur la voie d'une nouvelle approche de soins et, découlant, la pérennisation du virage numérique en santé, dépendront de la capacité du système de santé à :

- **Favoriser la participation active de personnes atteintes au processus de cocréation** visant le développement et la mise en œuvre de stratégies (approches; dispositifs; plateformes; expérience patient) de santé numérique visant la prévention et la gestion des maladies chroniques;
- **Exploiter judicieusement les attributs attractifs** (accessibilité; instantanéité des données et des rétroactions; caractère intuitif et ludique; assiduité motivationnelle; effet de communauté) **des dispositifs et plateformes numériques** pour appuyer les stratégies de soutien à l'autogestion auprès du patient.

Encadré 11 – Ressources pour tirer parti des technologies pour exploiter le pouvoir des soins axés sur la personne

→ [TherAppX](#)

1.5.3 Utiliser les technologies pour favoriser la mise à contribution d'équipes informées, préparées, soutenues et proactives, qui travaillent en collaboration

Dans la foulée de l'adhésion de plus en plus volontaire des patients, les téléconsultations entre professionnels de première et de deuxième lignes devraient théoriquement augmenter, contribuant à un décloisonnement et une fluidité informationnels accrus bénéfiques au patient. Il convient ainsi, à court terme, de **mettre en œuvre des stratégies différenciées de littératie numérique auprès des intervenants en santé**. De même, il est opportun d'**habiliter les intervenants en santé à une utilisation optimale et objectivée des technologies**, par :

- Une compréhension informée du potentiel et des limites des technologies;
- Une appropriation individuelle de leurs rôles, responsabilités et obligations inhérentes à l'utilisation des technologies;
- Le développement de leur capacité à effectuer, à distance, un examen clinique et physique ou un diagnostic;
- Le développement de leur capacité à assurer la continuité – à la fois ininterrompue dans le temps et dans la séquence de la trajectoire – dans l'offre de services.

Dans une perspective d'amélioration continue, de telles avancées ouvrent la porte à l'évaluation de l'opportunité de **concevoir**, de **déployer et d'actualiser en continu des systèmes informatisés d'aide à la décision clinique** misant sur :

- Une capacité apprenante inhérente au système (caractère intuitif; capacité mémorielle; souplesse d'adaptation; apport potentiel de l'intelligence artificielle);
- Une personnalisation des soins reposant sur les piliers conceptuel et opérationnel que sont les données patient;
- Une harmonisation des pratiques se nourrissant d'outils pertinents d'aide à la décision (guides de pratique; arbres décisionnels; outils de monitoring et de rappel des suivis; etc.) et fondée à la fois sur les spécificités locales de pratiques et de contextes et l'atteinte des cibles les plus élevées des normes reconnues;
- L'agilité et le caractère non prescriptif du système;
- Une nécessaire intervention humaine (intervenants en santé et patient) comme véritable moteur et ultime rempart des systèmes d'aide à la décision clinique.

1.5.4 Investir les technologies pour penser au-delà de l'environnement clinique

La consolidation de la présence du numérique en santé amène à **élargir les frontières de la communauté du patient pour y inclure la communauté Internet et la communauté des réseaux sociaux associée à certaines applications mobiles**. Les nouvelles frontières de la communauté du patient repoussent à leur tour plus loin les frontières des connaissances, des savoirs et des savoir-faire liés à sa condition chronique. Cette nouvelle réalité permet aux intervenants en santé d'**utiliser**, dans l'environnement clinique comme dans l'environnement virtuel, **un ensemble de connaissances (big data) pour planifier, définir, actualiser et fournir les services de prévention et de gestion des maladies chroniques**. Pour ce faire, les stratégies qui, dans la communauté territoriale, s'attardaient à lier plus étroitement la conceptualisation des espaces publics et autres milieux de vie aux défis d'un vieillissement en santé dans sa communauté, visent ici à **offrir, en temps opportun, et suivant des protocoles de sécurité différenciés et appropriés, un accès facilité aux données complètes de santé**, tant aux personnes atteintes de maladies chroniques qu'aux intervenants en santé et aux chercheurs, créant une boucle de la connaissance.

Tableau 6 – Pratiques maximisant le potentiel des technologies

Stratégies liées aux axes	Exemples de mise en œuvre actuellement en cours au Québec	
	Dimension explorée	Pratique recensée
Tirer parti des technologies pour exploiter le pouvoir des soins axés sur la personne	Ensemble des dimensions	Voir la pratique « Suivis virtuels en milieux de vie »
Utiliser les technologies pour favoriser la contribution d'équipes informées	Ensemble des dimensions	Voir la pratique « Questions pour un professionnel »

En bref, des stratégies qui osent un rendez-vous avec l'ère numérique.

La figure qui suit propose une schématisation de l'articulation des principes directeurs et axes d'intervention.

Figure 2 – Cinq grandes propositions et leurs thématiques (Jean, 2021)

Il est possible de proposer des stratégies qui osent...

...la connaissance, l'innovation et la bienveillance en appui aux équipes

- Soutenir la collaboration interprofessionnelle
- Développer et faciliter l'accès aux connaissances
- S'appuyer sur les compétences de cliniciens hautement qualifiés
- Favoriser la santé de l'équipe

...un rendez-vous avec l'ère numérique

- Tirer parti de l'information et des technologies pour: repenser des modèles traditionnels de dispensation de services; exploiter le pouvoir des soins axés sur la personne; favoriser la contribution des équipes; penser au-delà de l'environnement clinique



...l'intégration effective de l'expertise du patient

- Susciter un engagement soutenu
- Consolider l'expertise du patient

...de nouvelles coopérations

- Bonifier les stratégies d'implantation de services intégrés sur l'ensemble du continuum de soins et de services
- Raffiner la calibration de l'offre de services en fonction des besoins du patient

...l'intégration d'une variété d'acteurs autour de la santé des populations

- Investir dans l'autonomisation des communautés
- Soutenir la mise en œuvre de politiques publiques favorisant la santé des populations

2. ANALYSE DE LA PRATIQUE DE PREMIÈRE LIGNE

En lien avec propositions décrites précédemment, la grille d'analyse présentée ci-dessous permet à tout intervenant en santé, en mode autoévaluation, de procéder à une analyse sommaire de ses processus et de son environnement et, rapidement, d'identifier les enjeux dominants du continuum de soins et de services sur son territoire.

Tableau 7 – Grille d'analyse de la pratique de première ligne pour la prévention et la gestion des maladies chroniques (Jean, 2021)

Repère d'analyse	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord
Repenser les modèles traditionnels d'organisation et de prestation des services de santé et services sociaux					
Bonifier les stratégies d'implantation de services intégrés sur l'ensemble du continuum de soins et de services					
<i>Les services que nous offrons s'appuient sur :</i>					
+ Des partenariats intersectoriels solides et inédits					
+ Des trajectoires intégrées et interreliées, de soins et de services					
Raffiner la calibration de l'offre de services en fonction des besoins du patient					
+ Une stratification du niveau de service en fonction des besoins de la clientèle					
+ La gestion de cas pour les clientèles complexes, incluant des corridors de services et la navigation					
+ Une évaluation des nouveaux modèles de soins de façon plus systématique pour alimenter le développement d'interventions efficaces et efficientes répondant aux exigences du fardeau croissant des maladies chroniques					
Exploiter le pouvoir des soins axés sur la personne					
Susciter un engagement soutenu des personnes et de la population à assumer pleinement leur rôle d'expert dans leur santé					
<i>Les services que nous offrons :</i>					

Repère d'analyse	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord
+ Contribuent aux stratégies pour permettre aux personnes et aux populations de promouvoir leur santé et de prévenir l'apparition de maladies					
+ Misent sur l'expertise et l'autodétermination des personnes et des populations pour susciter un niveau optimal de participation active et d'engagement du patient					
+ Sont réalisés en prise de décision partagée avec la personne et ses proches					
+ Favorisent la détection précoce des risques et de la présence des maladies chroniques					
Consolider l'expertise du patient et ses habiletés d'autogestion et d'autosoins à l'aide de données probantes					
<i>Les services que nous offrons :</i>					
+ Participent à la matérialisation de la vision des personnes et populations comme principales responsables de leur santé (en lien avec la santé publique, notamment)					
+ Créent les conditions optimales à la participation active et à l'engagement du patient dans le développement et la consolidation de ses capacités d'autogestion					
+ Adaptent les programmes de soins et de services à la réalité multiple (diversité de profils et multimorbidités) de la maladie chronique					
+ Permettent l'identification active et systématique des personnes susceptibles de bénéficier d'une approche prenant en compte les multimorbidités ¹¹ , soit opportunément pendant les soins de routine, soit de manière proactive par une utilisation stratégique des données du dossier patient informatisé					
+ Permettent l'identification active et systématique des aidants susceptibles d'enrichir le travail de l'équipe de soins et d'avoir eux-mêmes besoin de soutien					
+ Favorisent la promotion active et systématique de la santé et la diminution des facteurs de risque ¹²					
+ Permettent l'utilisation judicieuse d'interventions de groupes, tels les rendez-vous médicaux partagés ou les visites de groupes, incluant les groupements virtuels					

¹¹ Certaines personnes pouvant bénéficier d'un suivi incluant la multimorbidité : éprouvent des difficultés à gérer un traitement ou les activités quotidiennes; bénéficient de services multiples et requièrent l'ajout de services; présente des problèmes de santé physique ou mentale dans une perspective long terme; présentent une fragilité ou des vulnérabilités; requièrent souvent des soins imprévus ou d'urgence; doivent prendre régulièrement de nombreux – 10 à 14 – médicaments, individuels ou combinés.

¹² Plusieurs conditions chroniques ont des stratégies de gestion et facteurs de risque modifiables communes (tabagisme; sédentarité; habitudes alimentaires déficientes; troubles de l'humeur; difficultés fonctionnelles). Il est donc possible de créer un tronc commun d'interventions.

Repère d'analyse	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord
+ Recourent à l'utilisation concrète de théories de changement de comportement et de méthodes, telles que l'entretien motivationnel, pour aider le patient et ses proches à gérer sa santé					
+ Recourent aux clés de prise de décision partagée pour établir des objectifs thérapeutiques clairs, mesurables, assortis d'une action spécifique ou d'un plan d'autogestion					
+ Mènent à la conception d'un plan coordonné de soins, élaboré en partenariat avec l'ensemble de l'équipe de soins et les autres personnes lorsque plusieurs personnes sont interpellées.					
+ Privilégient des interventions qui incluent plusieurs composantes, dont au moins deux des suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Stratégies d'amélioration des compétences décisionnelles et de résolution de problèmes ; ○ Stimulation active à la surveillance des symptômes; ○ Stratégies de gestion du stress ou d'adaptation psychologique aux conditions de santé; ○ Autogestion médicamenteuse; ○ Amélioration de l'activité physique; ○ Amélioration de l'apport nutritionnel. 					
+ Facilitent l'accès à une information fiable, fondée sur les données probantes ainsi qu'aux données contenues à son dossier de santé personnel, en appliquant les principes de compétence informationnelle en santé					
+ Favorisent un accompagnement du patient et de ses proches dans l'identification et la localisation des ressources communautaires pertinentes et établissent les liens pertinents entre ces dernières et l'équipe de soins					
+ Privilégient l'utilisation d'outils d'autogestion, incluant des documents écrits (plan d'action MPOC) et des outils technologiques, adaptés en matière de littératie					
+ Permettent une rétroaction personnalisée, incluant un suivi des progrès en lien avec les objectifs de soins de santé fixés par le patient ou un perfectionnement des compétences en résolution de problèmes et en prise de décision					
Favoriser la mise à contribution d'équipes informées, préparées, soutenues et proactives, qui travaillent en collaboration					
Soutenir la collaboration interprofessionnelle					
<i>Les services que nous offrons :</i>					
+ Installent et nourrissent, en continu, des canaux appropriés et une fluidité de communication entre les différents détenteurs formels et informels de savoirs et de savoir-faire offrant soutien et services au patient					

Repère d'analyse	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord
+ Peuvent compter sur un dossier patient informatisé mis à jour en continu et permettant des modes de référencement structurés et adaptés aux spécificités des différents partenaires de l'équipe de soins (milieu communautaire, par exemple)					
+ Explorent, encouragent et soutiennent l'engagement de nouveaux acteurs dans la gestion des maladies chroniques dont, par exemple, les pharmaciens communautaires, les travailleurs sociaux et autres professionnels des services sociaux, les infirmières (dont les IPSPL), les physiothérapeutes, ergothérapeutes et kinésioles, ainsi que le patient, les proches aidants et les organismes communautaires					
+ Favorisent l'édification de la collaboration interprofessionnelle chez les intervenants, en : <ul style="list-style-type: none"> ○ Consolidant les compétences des professionnels en matière de collaboration interprofessionnelle (en s'appuyant sur une liste reconnue de compétences) ○ Soutenant l'émergence de leaders cliniques et non cliniques locaux habilités à rassembler les professionnels autour d'intérêts communs ○ Insufflant à toutes les facettes du continuum de soins une vision partagée et en créant une adhésion sentie aux buts, valeurs et philosophies d'intervention auprès du patient qui transcende une certaine lecture convenue des rôles des intervenants 					
+ Fournissent des environnements de travail favorables à la collaboration interprofessionnelle, en : <ul style="list-style-type: none"> ○ Clarifiant les rôles des intervenants en santé et en enchâssant cette lecture actualisée dans les cadres législatifs applicables à l'échelle locale ○ S'assurant d'offrir un environnement de travail qui, en plus d'être sécurisant et exempt de discrimination, fait une large place à la valorisation de la contribution essentielle et nichée de chacun des acteurs de première ligne, du nutritionniste au médecin, en passant par l'IPSPL, le physiothérapeute, et bien d'autres, et se traduit notamment par une représentation interprofessionnelle dans la gérance ○ Prévoyant du temps et des ressources adéquates pour pérenniser et démultiplier les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle et de l'implication nouvelle d'acteurs sur l'offre de services 					
Développer et faciliter l'accès aux connaissances					
Les services que nous offrons :					
+ S'instruisent des conclusions et recommandations émergeant d'évaluations systématiques et régulières des modèles de soins					
+ Déploient les principes des systèmes et équipes apprenants					
S'appuyer sur les compétences de cliniciens hautement qualifiés					

Repère d'analyse	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord
<i>Notre service contribue à :</i>					
<ul style="list-style-type: none"> + Développer et consolider les compétences des divers intervenants en santé, notamment en : <ul style="list-style-type: none"> ○ Permettant une exposition signifiante et structurante des futurs professionnels aux milieux de soins de première ligne lors de leur formation, dans l'accueil de stagiaires, par exemple ○ Prévoyant un entraînement à l'élaboration de programmes de soutien à l'autogestion fondés sur les préférences et les compétences du patient plutôt que sur ses maladies 					
<ul style="list-style-type: none"> + Maintenir et améliorer les compétences¹³ des intervenants en santé, principalement en : <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilisant une combinaison judicieuse de différentes approches : communautés de pratique virtuelle; colloques; mentorat ou parrainage; travail en coconstruction; etc.; pour intégrer les connaissances à la pratique ○ Créant des occasions d'échanges entre cliniciens, chercheurs et décideurs ○ Offrant du soutien à la pratique réflexive 					
<i>Favoriser la santé de l'équipe de soins</i>					
<i>Notre service contribue à :</i>					
<ul style="list-style-type: none"> + Exercer une vigilance et une bienveillance soutenues auprès de l'équipe de soins, dont la santé physique et psychologique agit comme clé essentielle à une prestation de soins et de services de qualité 					
<i>Penser au-delà de l'environnement clinique</i>					
<i>Investir dans l'autonomisation et la responsabilisation des communautés pour créer des environnements sains</i>					
<i>Notre service contribue à :</i>					
<ul style="list-style-type: none"> + Habilitier la communauté à un engagement concret dans une appropriation locale du continuum de soins et de services de santé en : <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforçant l'action communautaire ○ Créant des conditions propices à l'autogestion des maladies chroniques en milieu de vie et de travail 					
<ul style="list-style-type: none"> + Maximiser le dividende de la longévité, notamment en contribuant au déploiement des clés de réussite d'un vieillissement en santé dans sa communauté 					

¹³ S'appuyer sur une liste reconnue de compétences des professionnels en maladies chroniques.

Repère d'analyse	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord
Soutenir la mise en œuvre de politiques publiques favorisant la santé des populations					
<i>Notre service :</i>					
+ Encourage une coordination intersectorielle accrue des efforts prioritaires de l'État en faveur de l'amélioration des déterminants de la santé en : <ul style="list-style-type: none"> ○ Investissant les efforts prioritaires dans la prévention, et ce, sur l'ensemble du parcours de vie des populations, tout en ciblant certaines étapes clés de la vie (enfance; adolescence; grossesse; etc.) 					
+ Met en place des actions prioritaires visant les populations disproportionnellement affectées par les maladies chroniques en raison des interactions complexes entre leur environnement physique, les déterminants sociaux et culturels qui les caractérisent, ainsi que les facteurs de risque biomédicaux et comportementaux qui leur sont associés					
+ Crée les conditions de financement et les incitatifs financiers propices : <ul style="list-style-type: none"> ○ Aux interventions de soutien et de suivi de la part d'équipes multidisciplinaires élargies plutôt qu'aux interventions de soins aigus offertes par quelques intervenants de pointe ○ À l'atteinte de cibles prioritaires de performance (patients présentant des besoins de santé complexes; patients en situation de multimorbidité; etc.) 					
Maximiser tout le potentiel de l'information et des technologies					
Créer les conditions propices à un apport soutenu et structurant des technologies à une refonte des modèles traditionnels d'organisation et de dispensation des services					
<i>Les services que nous offrons :</i>					
+ Favorisent une intégration et un soutien mutuel bien dosés des approches numériques et traditionnelles					
+ Contribuent à la mise en place des conditions minimales de déploiement technologique					
Tirer parti des technologies pour exploiter le pouvoir des soins axés sur la personne					
<i>Les services que nous offrons :</i>					
+ Favorisent la participation active du patient au processus de cocréation visant le développement et la mise en œuvre de stratégies de santé numérique					
+ Contribuent à l'exploitation judicieuse des attributs attractifs des dispositifs et plateformes numériques pour appuyer les stratégies de soutien à l'autogestion auprès du patient					
Utiliser les technologies pour favoriser la mise à contribution d'équipes informées , préparées, soutenues et proactives, qui travaillent en collaboration					

Repère d'analyse	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord
<i>Les services que nous offrons :</i>					
+ Consolident la littératie numérique des intervenants en santé, incluant les responsabilités professionnelles inhérentes					
+ Habilitent les intervenants en santé à une utilisation optimale et objectivée des technologies;					
+ Contribuent aux réflexions visant la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de systèmes informatisés d'aide à la décision					
Investir les technologies pour penser au-delà de l'environnement clinique					
<i>Les services que nous offrons :</i>					
+ Contribuent à l'élargissement des frontières de la communauté du patient pour y inclure la communauté numérique					
+ Font appel au <i>big data</i> pour planifier, définir, actualiser et fournir les services de prévention et de gestion des maladies chroniques					
+ Permettent, en temps opportun et suivant des protocoles de sécurité différenciés et appropriés, un accès facilité aux données complètes de santé					

INTER S4

CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX