

ANNEXE E 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*

EXEMPLES DE STRATÉGIES CONCRÈTES

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
1. PRATIQUES	1
1.1. Pratiques qui repensent les modèles traditionnels de services.....	1
1.2. Pratiques qui placent la priorité sur le pouvoir des soins axés sur la personne	2
1.3. Pratiques qui favorisent l’optimisation des rôles des intervenants en santé.....	2
1.4. Pratiques qui pensent au-delà de l’environnement clinique.....	2
1.5. Pratiques qui favorisent l’intégration des technologies	3
1.6. Pratiques qui intègrent plus d’une stratégie	3
1.7. Facilitateurs et obstacles	3
1.8. Description des pratiques	4

1. PRATIQUES

Afin d’ancrer les réflexions de la DAOSPL-MSSS à venir dans la réalité de la première ligne au Québec, des exemples de pratiques québécoises en gestion et en prévention des maladies chroniques ont été documentés. Ces pratiques mettent en œuvre diverses stratégies pour améliorer la prévention, favoriser l’autogestion et augmenter l’accessibilité aux soins et aux services. En considération de la grande variété de pratiques recensées, l’exercice a permis de cerner huit stratégies fréquemment utilisées sur le terrain. Ces stratégies sont présentées ci-dessous et identifiées comme des tendances fortes – utilisées dans plus de cinq pratiques – ou des tendances – utilisées dans trois à cinq pratiques. Enfin, les tendances identifiées sont présentées en lien avec les tendances et propositions émanant des écrits.

1.1. Pratiques qui repensent les modèles traditionnels de services

Certaines pratiques ont repensé les modèles traditionnels de services, en décentralisant et en stratifiant l’offre de services ainsi qu’en offrant des ateliers de groupes.

1. **Offre décentralisée**
 - Facilite l’accès physique pour les patients
 - Utilise les points de service des CLSC, des GMF, ou encore, des centres communautaires

TENDANCE FORTE

2. **Ateliers de groupes**
 - Offre des interventions éducatives variées qui favorisent la santé et l’autogestion et qui intègrent les multimorbidités
 - Propose souvent des ateliers « à la carte » choisis par le patient selon ses intérêts
 - Implique, entre autres, des kinésithérapeutes, nutritionnistes et infirmières

TENDANCE

3. **Offre stratifiée selon les besoins**
 - Utilise la gestion de cas pour les situations complexes
 - Inclut les références vers les services spécialisés dans les trajectoires
 - Propose une offre différenciée selon la réalité des patients
 - Organise des voies de passage pour les patients orphelins

TENDANCE

1.2. Pratiques qui placent la priorité sur le pouvoir des soins axés sur la personne

Plusieurs pratiques placent la priorité sur le pouvoir des soins axés sur la personne en offrant notamment des services et programmes d'éducation pour la santé dans le cadre d'une approche de partenariat avec le patient :

4. **Approche flexible adaptée au patient**
- Permet souvent une offre de services atypique pour répondre à des besoins complexes
 - Favorise le partenariat patient
 - S'intéresse à la personne dans sa globalité en tenant compte aussi des facteurs de risque
 - Utilise des approches de soutien à la modification des comportements de santé, tels que l'entretien motivationnel
 - Suscite souvent une coordination interprofessionnelle

TENDANCE FORTE

1.3. Pratiques qui favorisent l'optimisation des rôles des intervenants en santé

Une grande majorité de pratiques s'investissent dans l'optimisation des rôles de chaque membre de l'équipe d'intervenants en santé et privilégient, plutôt que des modes d'interventions faisant appel à un seul type de professionnel, une approche interdisciplinaire axée sur la contribution d'un ensemble de membres, modelée sur les besoins du patient.

5. **Optimisation des rôles professionnels**
- Utilise les ordonnances collectives
 - Utilise pleinement les rôles des pharmaciens et des infirmières
 - Oriente vers le « bon » professionnel selon les besoins du patient

TENDANCE FORTE

6. **Approche interdisciplinaire**
- Intègre souvent des nutritionnistes, kinésithérapeutes, infirmières et inhalothérapeutes dans l'équipe
 - Intègre des travailleurs sociaux, psychologues, pharmaciens et autres professionnels dans l'équipe ou les sollicite au besoin
 - S'arrime avec le personnel du GMF du patient, le cas échéant

TENDANCE FORTE

1.4. Pratiques qui pensent au-delà de l'environnement clinique

Certaines pratiques considèrent non seulement le suivi en clinique, mais intègrent aussi l'environnement de la personne à l'approche de soins.

7.

Maillage communautaire

- vise à agir sur les déterminants de santé
- Oriente vers les programmes des organismes communautaires
- Collabore avec les écoles, municipalités et organismes communautaires (par exemple, prévention du tabagisme, programmes d'activité physique, etc.)

TENDANCE

1.5. Pratiques qui favorisent l'intégration des technologies

Nombre de pratiques intègrent ou prévoient intégrer les technologies aux différentes composantes de l'offre de services au patient.

8.

Soins virtuels

- Propose des soins de santé à distance (plateforme ORION, téléconsultation)

TENDANCE

1.6. Pratiques qui intègrent plus d'une stratégie

Fait intéressant à noter, parmi les différentes pratiques recensées, l'une arrive à intégrer l'ensemble des stratégies décrites précédemment, tandis que d'autres pratiques se concentrent sur la combinaison de quelques composantes. Trois des pratiques recensées intègrent un noyau similaire de stratégies, à savoir :



1.7. Facilitateurs et obstacles

La recension des pratiques met aussi en relief différents éléments facilitateurs et obstacles de mise en œuvre. Nombre de ces éléments sont communs à plusieurs des pratiques et sont résumés ci-dessous.

FACILITATEURS

- Processus d'amélioration continue (CoMPAS+; projets de recherche; rétroaction; communautés de pratique; etc.)
- Contribution de patients partenaires
- Rencontres interdisciplinaires
- Adhésion à une vision commune de la part des directions d'établissements
- Engagement des proches aidants (traduction; support technologique; cuisine; etc.)
- Crédibilité des programmes
- Appui des interventions sur des données probantes
- Flexibilité
- Partenariats

OBSTACLES

- Difficulté d'accès en simultané à l'information (non-interopérabilité des systèmes; pertes d'information lors de transferts en 2^e ligne)
- Nécessité d'une promotion constante des programmes (institutionnels et communautaires) afin que les professionnels y réfèrent
- Réticences aux changements de rôles et méconnaissance des rôles de certains intervenants clés
- Difficulté de fonctionner en l'absence d'un médecin répondant (clientèle orpheline)
- Roulement de personnel (incluant les délestages liés à la COVID-19)
- Certaines difficultés d'accès à des espaces physiques adaptés

1.8. Description des pratiques

Les diverses pratiques explorées présentent des particularités qu'il convient de mettre en lumière. Une synthèse de l'ensemble des pratiques considérées est présentée dans les pages qui suivent.

FICHE SYNTHÈSE
DE PRATIQUE**INTER S4**CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX**DÉMARCHE INTÉGRÉE EN MALADIE CHRONIQUE EN GMF ET GMF-U**

LA FORCE DU PARTENARIAT PATIENT-CHERCHEUR-DÉCIDEUR

SYNTHÈSE DE PRATIQUE

La démarche intégrée en maladie chronique déploie un ensemble de stratégies dans l'ensemble des GMF et GMF-U du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, appuyées sur l'approche fondée sur les forces, l'entretien motivationnel et la collaboration interprofessionnelle. Les services offerts sont stratifiés selon la pyramide de Kaiser permanente et incluent principalement trois volets, ancrés dans des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie : 1-Des interventions éducatives individuelles avec accompagnement, 2-De la gestion de cas, 3- Des Interventions infirmières précoces de soins palliatifs.

OBJECTIFS

- Améliorer l'intégration et la fluidité de l'offre de soins aux clientèles atteintes de maladies chroniques, autant les personnes qui ont des facteurs de risque, que celles qui sont de grands utilisateurs de services, ou celles nécessitant des soins palliatifs

CLIENTÈLE

Admissibilité	Patients adultes inscrits en GMF et GMF-U : <ul style="list-style-type: none"> • Présentant des facteurs de risques • Atteints de maladies chroniques • Grands consommateurs atteints de maladies chroniques et identifiés par installation du CIUSSS selon critères déterminés • Grands consommateurs atteints de maladies chroniques et identifiés par l'équipe du GMF et GMF-U • Bénéficiant ou pas de services de réadaptation ou de soins à domicile
Volumétrie	<ul style="list-style-type: none"> • Correspond à la charge de cas des infirmières en GMF et GMF-U (environ 300/inf.) • Pour la trajectoire des maladies chroniques (clinique de 2^e niveau), nous avons 353 personnes suivies dans la région pour 2021
Problématiques fréquentes	Obésité; tabagisme; sédentarité; hypercholestérolémie; diabète; MPOC; asthme; MCV; ostéoporose; syndrome métabolique; HTA; cancer; soins palliatifs

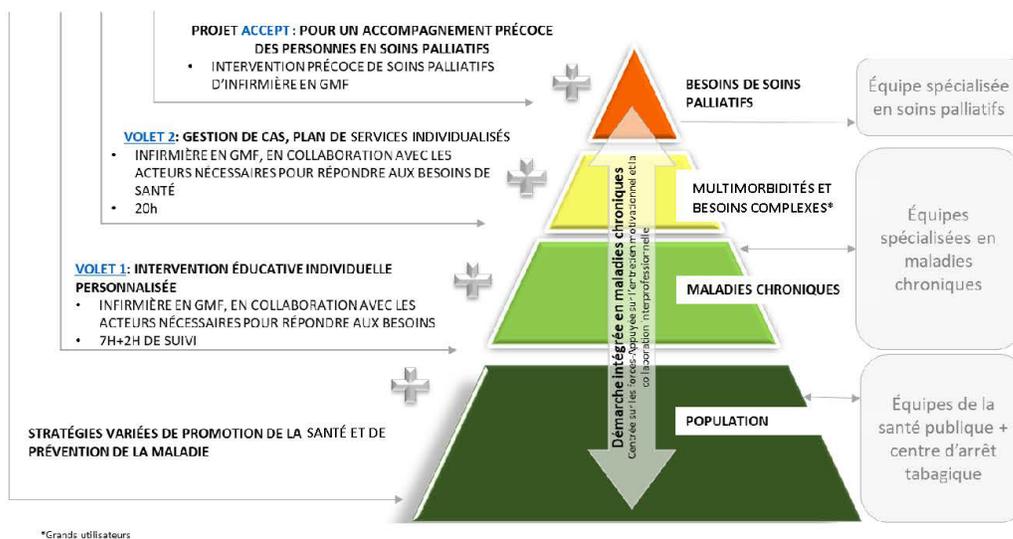
PROCESSUS ET ACTIVITÉS**Services offerts :**

Stratégies déployées dans le cadre de la démarche intégrée en maladie chronique			
Volet 1	Maladie chronique ou facteurs de risque (GMF et GMF-U)	+ Intervention éducative individuelle avec accompagnement d'une infirmière + Référence vers les professionnels nutritionnistes, kinésiothérapeutes et travailleuse sociale, si besoin + À la fin de l'intervention, le recours aux organismes communautaires (par exemple, Cardioforme), si besoin + Référence vers les équipes de la trajectoire des maladies chronique locales et régionale	7h + 2h de suivi
Volet 2	Multimorbidité et présentant des problèmes	+ Intervention de gestion de cas, en collaboration avec les nombreux acteurs déjà présents au dossier + Élaboration du plan de services individualisé (PSI)	20h

Fiche synthèse préparée par Jean (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Démarche intégrée en maladie chronique en GMF et GMF-U

	complexes, incluant grands utilisateurs (GMF et GMF-U)	+ Recours aux organismes communautaires sera inscrit à l'intérieur des PSI + Référence vers les équipes de la trajectoire des maladies chroniques locales et régionale	
Projet ACCEPT Début 2019	Clientèle atteinte d'un cancer, besoins de soins palliatifs (GMF et GMF-U)	+ Intervention infirmière précoce de soins palliatifs en GMF et GMF-U, soutenue par l'équipe interprofessionnelle en place + Évaluation de la condition de santé, éducation, soutien dans les autosoins et coordination des soins dans une approche interdisciplinaire + Référence vers les équipes spécialisées en soins palliatif, au besoin	Non précisé



*Grands utilisateurs

<https://canrefinnovation.ca/nouvelles-disp.asp?i=10>
<https://healthstandards.org/2019/06/06/le-cas-de-la-démarche-intégrée-en-maladies-chroniques-la-force-du-partenaire-patient-chercheur-decideur/>

RESSOURCES

- Met à contribution les professionnels déployés en GMF et GMF-U
- Crée des partenariats avec un gestionnaire de cas des grands utilisateurs en centre hospitalier
- Implique des chercheurs engagés dans le projet (5 principaux et collaborateurs)
- Implique des patients-partenaires (3)
- Bénéficie d'une formation offerte à l'ensemble des personnes impliquées, à même les budgets de recherche : approche appuyée sur les forces, la gestion de cas, l'entretien motivationnel, l'approche en soins palliatifs
- Utilise des télésoins, des téléconsultations, le DMÉ, des applications des compagnies pharmaceutiques

EFFETS PERÇUS

Organisation	Amélioration de: <ul style="list-style-type: none"> • L'accessibilité des services • L'intégration des services
--------------	---

Fiche synthèse préparée par Jean (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Démarche intégrée en maladie chronique en GMF et GMF-U		
	<ul style="list-style-type: none"> • La collaboration interétablissement • Le rayonnement du CIUSS Saguenay–Lac-Saint-Jean 	
Intervenants	Amélioration de la : <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration interprofessionnelle • Satisfaction, « sentiment de faire une différence » 	
Clientèle	Participation active des usagers et des familles pendant la prestation de soins ou de services Amélioration : <ul style="list-style-type: none"> • Des habitudes de vie • De l'autogestion • Des connaissances • De l'efficacité personnelle • Du soutien social • De la qualité de vie • De la santé psychologique 	
FACILITATEURS		
	<ul style="list-style-type: none"> • Structure unique de gouvernance, mise en place par le CIUSSS pour l'ensemble des services offerts aux maladies chroniques, gestion du continuum des maladies chroniques sous la DSI en collaboration avec DERI • Appui de la Direction générale • Patients-partenaires intégrés au développement, à la mise en œuvre et à l'amélioration continue • Chercheurs intégrés au développement, à la mise en œuvre et à l'amélioration continue • Adhésion médicale facilitée par le développement appuyé sur les données probantes 	
OBSTACLES		
	<ul style="list-style-type: none"> • Formation du personnel de remplacement • Accès à des locaux en GMF et GMF-U pour les nutritionnistes et les kinésioles 	
DÉVELOPPEMENTS ANTICIPÉS		
	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre le développement de la collaboration interprofessionnelle • Améliorer le soutien à la santé mentale des équipes 	
PERSONNE-RESSOURCE		
Mélanie Paradis	(581) 306-5012	
Coordonnatrice intérimaire des services ambulatoires Hôpital de Chicoutimi	melanie.paradis@ssss.gouv.qc.ca	
Caroline Savard	(418) 695-7700, poste 2465	
Adjointe à la directrice des soins infirmiers CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean Hôpital de Jonquière	(581) 234-0311 (cellulaire) Caroline.Savard.cc@ssss.gouv.qc.ca	
VALIDATION DE LA SYNTHÈSE DE PRATIQUE		
Caroline Savard	Adjointe à la directrice des soins infirmiers	8 septembre 2021
Sylvie Masse (CIUSSS SLSJ)	Directrice des soins infirmiers	
<p>La fiche synthèse de pratique vise à donner un aperçu général d'une pratique en place au Québec. Les personnes intéressées à obtenir des détails de cette pratique sont invitées à contacter la personne-ressource.</p> <p>Fiche synthèse préparée par Jean (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux</p>		

FICHE SYNTHÈSE
DE PRATIQUE**INTER S4**CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX**PROGRAMME AGIR SUR SA SANTÉ****SYNTHÈSE DE PRATIQUE**

Cette pratique propose un tronc commun d'ateliers de groupe, offerts à la carte selon les besoins et décisions de l'utilisateur. La démarche est accompagnée d'un suivi structuré et personnalisé par une équipe interdisciplinaire composée, entre autres, d'infirmières cliniciennes, de nutritionnistes, de kinésiothérapeutes et d'inhalothérapeutes (entretien motivationnel; objectifs SMART; bilans sanguins; ajustements; etc.). Le programme permet d'offrir une approche intégrée de soins sur un territoire avec une forte prévalence de multimorbidité. Il permet un partage des tâches d'enseignement et de prévention avec le personnel des GMF. Le programme optimise l'offre de services et augmente l'accessibilité en harmonisant le travail des intervenants, et ce, généralement sans ajout de ressources.

OBJECTIFS

- Renforcer la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des maladies cardiométaboliques et respiratoires
- Augmenter les capacités d'autogestion des usagers (santé et maladie)
- Contribuer à diminuer la mortalité et la morbidité évitables
- Augmenter la qualité de vie et les capacités fonctionnelles des personnes et de leurs proches
- Soutenir les personnes dans leurs milieux de vie
- Améliorer et harmoniser les soins et services
- Favoriser l'efficacité des interventions
- Assurer une gestion des connaissances et de l'information, notamment les pratiques basées sur des données probantes

CLIENTÈLE

Admissibilité	Adultes ayant au moins une maladie chronique et/ou un facteur de risque modifiable
Volumétrie	Non disponible
Problématiques fréquentes	Maladies chroniques; asthme; hypertension artérielle; dyslipidémie; diabète; obésité; maladie cardiaque ou vasculaire athérosclérotique; insuffisance cardiaque; maladie pulmonaire obstructive chronique; réadaptation cardiopulmonaire; tabagisme, sédentarité; stress élevé; manque de sommeil (≤ 6 heures par nuit); mauvaises habitudes alimentaires; consommation à risque d'alcool ou de drogue; prédiabète; surpoids

PROCESSUS ET ACTIVITÉS**Services offerts** (trajectoire en annexe) :

- Création d'une stratégie personnalisée, en partenariat avec l'utilisateur, comportant des suivis et des ateliers de groupes
- Disponibilité d'un tronc commun de 10 ateliers de groupes, à la carte, portant sur les saines habitudes de vie
- Disponibilité d'ateliers de groupes spécifiques aux maladies et sélectionnés selon les besoins
- Clientèle non inscrite en GMF : suivi individualisé par une infirmière avant, pendant et après la participation aux ateliers
- Clientèle inscrite en GMF : l'infirmière en GMF fait la référence. Le suivi habituel en GMF se poursuit pendant la participation au programme.

RESSOURCES

- Met à contribution des infirmières, nutritionnistes, kinésiothérapeutes, inhalothérapeutes et travailleurs sociaux
- Bénéficie d'un important support clérical des adjointes administratives

Fiche de synthèse de pratique réalisée par Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Programme agir sur sa santé

- Offre ses services en CLSC sur tout le territoire pour augmenter l'accessibilité (la réadaptation cardiopulmonaire à risque élevé, quant à elle, est offerte en centre hospitalier)
- Entretien des partenariats avec la clinique spécialisée en obésité, la clinique spécialisée en diabète et la clinique de réadaptation cardiopulmonaire
- Utilise les outils électroniques suivants : dossier médical électronique (DMÉ), ICLSC et Ariane, DSQ
- Utilise un formulaire de référencement intégré au DMÉ dans certains GMF
- Fournit des ordinateurs portables aux intervenants pour qu'ils puissent rencontrer les usagers et offrir les ateliers de groupe pendant la crise de la COVID-19 (Teams)

EFFETS PERÇUS

Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Permet une prise en charge plus adéquate des maladies chroniques • Diminue les listes d'attentes pour certains services, notamment en nutrition • Optimise l'accès adapté en GMF • Augmente l'offre en prévention • Favorise l'harmonisation régionale des pratiques • Améliore la gestion courante des équipes
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Libère les infirmières en GMF de tâches d'enseignement qui occupaient beaucoup de leur temps • Libère les médecins pour les cas plus complexes
Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • Permet un dépistage précoce des complications • Améliore ses connaissances et sa prise en charge de sa santé • Génère un haut taux de satisfaction • Réduit considérablement les délais d'attente grâce à l'harmonisation des services et à l'offre de groupes • Augmente l'accès aux soins, notamment pour les usagers orphelins • Permet de mobiliser l'utilisateur au moment où sa motivation est forte (dès le diagnostic) • Favorise l'entraide et le réseautage entre les usagers grâce aux ateliers de groupes

FACILITATEURS

- Stratégies de communication (entre les professionnels et entre les organisations) adaptable aux milieux et aux structures, selon les besoins
- Fonctionnement avec un ajout minimal de nouvelles ressources grâce au redéploiement de personnel dédié à l'éducation et à la prévention qui fonctionnait auparavant en vase clos
- Horaire étendu facilitant la participation de l'utilisateur (matin, midi, soir)
- Possibilité d'autoréférencement

OBSTACLES

- Difficulté d'accès et de partage en simultané de l'information relative à l'utilisateur
- Roulement du personnel
- Utilisation sous-optimale des ordonnances collectives due à la difficulté d'accès à un médecin répondant
- Nécessité d'un travail soutenu pour faire connaître le programme auprès de la communauté et des professionnels et favoriser leur adhésion
- Nécessité de convaincre certains usagers du bien-fondé de l'approche de groupe
- Manque de valorisation et de priorisation du travail de prévention en première ligne
- Délestage d'infirmières en première ligne pendant la crise de la COVID-19

DÉVELOPPEMENTS ANTICIPÉS

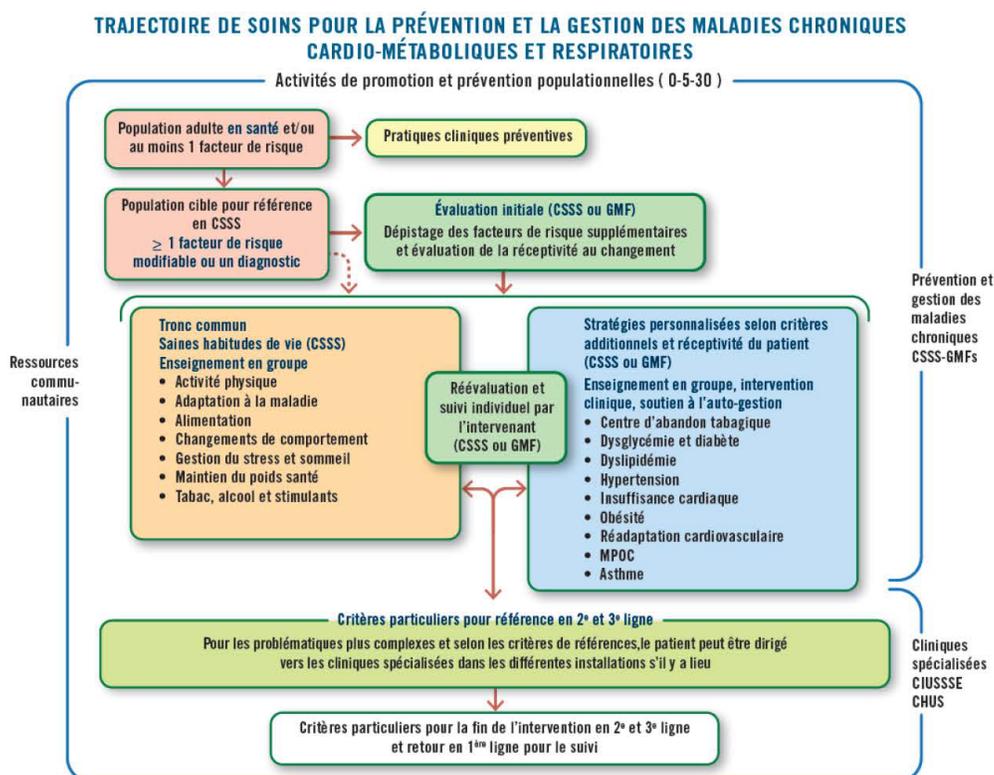
- Ajouter des ateliers sur la méditation pleine conscience et sur la douleur persistante
- Offrir les ateliers en mode hybride, avec la possibilité de participer physiquement ou à distance

Fiche de synthèse de pratique réalisée par Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Programme agir sur sa santé

<ul style="list-style-type: none"> Obtenir un local de réadaptation permanent dans les installations 		
PERSONNES-RESSOURCES		
CIUSSS de l'Estrie :		
<ul style="list-style-type: none"> Édith Champagne Coordonnatrice GMF, GMF-U + R et partenariat première ligne Direction des services professionnels 		(819) 780-2220, poste 45120 edith.champagne.ciusse-clus@ssss.gouv.qc.ca
<ul style="list-style-type: none"> Nancy Fortin Coordonnatrice du réseau territorial des services spécialisés Direction des services généraux 		(819) 843-2572, poste 2629 nancy.fortin.ciusse-clus@ssss.gouv.qc.ca
VALIDATION DE LA SYNTHÈSE DE PRATIQUE		
Ève Labrie	Chef de service GMF-U Deux-Rives et Grandes-Fourches	7 septembre 2021
Sylvain Poisson	Chef de service – Maladies chroniques, cardiométaboliques, respiratoires et musculosquelettiques	17 septembre 2021
Nancy Fortin, Édith Champagne		20 septembre 2021

Annexe 1 : Illustration de la trajectoire de soins pour la prévention et la gestion des maladies chroniques cardiométaboliques et respiratoires



Source : Cadre de référence pour la prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques en Estrie, volets cardiométaboliques et respiratoires – Version janvier 2018

La fiche synthèse de pratique vise à donner un aperçu général d'une pratique en place au Québec. Les personnes intéressées à obtenir des détails de cette pratique sont invitées à contacter la personne-ressource.

Fiche de synthèse de pratique réalisée par Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

FICHE SYNTHÈSE
DE PRATIQUE**INTER S4**CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX**PROJET ARCHIMÈDE****SYNTHÈSE DE PRATIQUE**

Le projet Archimède vise une accessibilité accrue à des ressources professionnelles diversifiées afin que le médecin de famille ne soit pas systématiquement sollicité lors des visites des usagers au GMF Saint-Vallier. En fonction du besoin qu'il exprime, l'usager a accès rapidement au bon professionnel au moment opportun sans avoir à être rencontré d'emblée par le médecin. À partir de la raison de consultation, les secrétaires médicales ont été habilitées à diriger les patients vers les différents professionnels. Des tableaux d'aide à la décision ont été créés pour faciliter cette tâche et les secrétaires peuvent se référer à une infirmière clinicienne ou praticienne spécialisée en première ligne (IPSPL) au besoin. Divers professionnels du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont été inclus au GMF et la pratique mise sur l'utilisation judicieuse et optimale du champ de compétence de ces professionnels. Cette organisation efficace de la pratique professionnelle permet de réduire les délais d'attente et de maintenir une assiduité considérable du GMF, malgré les aléas de la disponibilité de personnel (assiduité de 85% pendant la période de délestage liée à la COVID-19).

OBJECTIFS

- Améliorer l'accessibilité en utilisant la bonne ressource au bon moment
- Favoriser un recours optimal aux compétences de professionnels diversifiés
- Éviter les rendez-vous intérimaires liés au référencement traditionnel par un médecin
- Améliorer la continuité de l'offre de soins et de services
- Développer la continuité de l'offre de soins et de services en partenariat avec l'usager et en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire

CLIENTÈLE

Admissibilité	Tous les patients inscrits au GMF
Volumétrie	GMF de niveau 1. Le mode de fonctionnement proposé a permis l'inscription de 2000 nouveaux patients pendant la crise de la COVID-19, et ce, malgré les délestages
Problématiques fréquentes	Maladies chroniques; multimorbidité; santé mentale; etc.

PROCESSUS ET ACTIVITÉS

- Les secrétaires médicales demandent, au téléphone, la raison de la consultation et, parfois, la durée des symptômes
- Grâce aux tableaux d'aide à la décision conçus par une IPSPL, ces dernières dirigent, à la source, les demandes de rendez-vous vers le « bon » professionnel, selon les besoins du patient
- Les secrétaires peuvent consulter une infirmière clinicienne ou une IPSPL, au besoin, pour les assister dans l'orientation des cas
- Les infirmières cliniciennes travaillent en dyade avec les IPSPL
- Les professionnels qui reçoivent un patient peuvent le rediriger vers un professionnel différent si cela est nécessaire
- Possibilité de rendez-vous le jour même, dans les 48 heures ou en 2 à 4 semaines selon l'urgence du besoin

RESSOURCES

- Met à contribution des IPSPL, infirmières cliniciennes, kinésiologue, nutritionniste, physiothérapeutes, travailleuses sociales, psychologue, inhalothérapeute et médecins
- Utilise le DMÉ pour la communication interprofessionnelle par l'intermédiaire de la fonction de « tâches »
- Uniformise les gabarits de notes et les intègres au DMÉ

Fiche synthèse réalisée par Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Projet Archimède

EFFETS PERÇUS	
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> Facilite la prise de rendez-vous en fonction du besoin plutôt qu'en mode « de routine » en sécurisant les patients sur la disponibilité des places de rendez-vous Augmente le nombre de patients qui peuvent être pris en charge Augmente le niveau de satisfaction en offrant davantage de rendez-vous aux patients Diminue les visites aux urgences et au sans rendez-vous
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> Optimise le travail en collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle Utilise de façon optimale les compétences des divers professionnels de la santé et des services sociaux Offre l'accès à des collègues de champs disciplinaires diversifiés dans les mêmes lieux physiques, ce qui permet de mieux répondre aux besoins d'une clientèle vulnérable Favorise le développement des compétences pour les professionnels de l'équipe Permet de doubler le nombre d'inscriptions pondérées par médecin
Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> Réduit le stress des patients en leur assurant une prise en charge rapide par le bon professionnel au bon moment Implique l'usager dans ses soins et services et reconnaît son expertise en tant qu'usager partenaire Favorise les services en temps opportun grâce à un accès téléphonique à l'équipe de soin Évite les complications par une gestion précoce des problèmes Améliore la qualité des services en permettant la complémentarité entre les intervenants (par exemple, le spécialiste cible les habitudes à changer, l'infirmière entreprend une approche de modification du comportement auprès du patient)
FACILITATEURS	
<ul style="list-style-type: none"> Optimisation du droit de prescrire des infirmières cliniciennes et de l'utilisation des ordonnances collectives Possibilité, pour tous les intervenants, de référer à un autre professionnel du GMF sans nécessairement passer par le médecin Heures d'ouverture maintenues et assurées par une IPSPL en l'absence d'un médecin en raison du projet Facilité de communication interdisciplinaire (caucus hebdomadaires; rencontres de cas interdisciplinaires au besoin; discussions informelles) Dans une perspective de continuité des suivis et d'efficience, inscription à l'horaire, par le professionnel lui-même, des prochains rendez-vous des patients devant être revus à un moment précis 	
OBSTACLES	
<ul style="list-style-type: none"> Complications administratives et logistiques liées aux inscriptions pondérées rattachées uniquement au médecin : <ul style="list-style-type: none"> Risque de surcharge pour le médecin ou pour le GMF lors de changements au niveau des ressources humaines (par exemple, départs à la retraite de médecins, diminution du nombre d'infirmières disponibles, etc.) Cotes de vulnérabilité des patients à réinscrire à la pièce, exclusivement par un médecin, lors d'un départ à la retraite de membres de l'équipe médicale Évaluation de la performance des GMF basée sur le nombre d'inscriptions. Cet indicateur ne tient pas compte des suivis cliniques réalisés par l'équipe de professionnels qui ont amené des gains substantiels en matière d'accessibilité aux services et soins de santé et évité des visites aux urgences lorsque non requis. De plus, cet indicateur peut changer drastiquement au départ d'un médecin Risque de bris de service : <ul style="list-style-type: none"> Impossibilité actuellement, pour l'IPSPL, d'inscrire des patients à son nom. Cette situation peut entraîner une perte de continuité des soins et services pour la clientèle désinscrite d'un GMF à la suite du départ d'un médecin, mais pour qui l'IPSPL effectuait majoritairement la prise en charge. Dans ce cas, l'IPSPL se voit perdre une proportion importante de sa clientèle 	

Fiche synthèse réalisée par Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Projet Archimède

- Le départ d'une IPSPL, ayant éventuellement une charge de cas inscrite à son nom, pourrait également entraîner un bris de service, si les médecins de la clinique ne pouvaient se répartir sa clientèle. Afin d'éviter à la clientèle inscrite dans un GMF de vivre un bris de service, il serait donc primordial de revoir les cadres réglementaires afin que celle-ci soit plutôt inscrite auprès du GMF ou de l'équipe et non pas au nom d'un seul professionnel de la santé
- Difficulté pour les IPSPL à référer des patients et à recevoir les résultats de tests, car le système actuel est conçu pour transiger avec le médecin
- Impossibilité pour les IPSPL de référer directement aux médecins spécialistes en raison de l'inaccessibilité au Centre de répartition des demandes de services (CRDS), réservé uniquement aux références des médecins de famille
- Difficulté à financer l'achat d'équipements par les programmes traditionnels (par exemple, spiromètre, table de physiothérapie)

DÉVELOPPEMENTS ANTICIPÉS

- Trouver une façon d'informatiser le processus d'orientation vers le bon professionnel
- Embaucher un pharmacien au sein de l'équipe
- Exploiter les nouvelles possibilités qui seront offertes par les changements législatifs autour du rôle des IPSPL
- Imager le processus de répartition des demandes pour mieux informer les patients qui sont réticents à voir un autre professionnel que celui qu'ils anticipent

PERSONNE-RESSOURCE

Christine Laliberté	(418) 688-0872
IPSPL au GMF Saint-Vallier et présidente de l'AIPSQ	christine.laliberte.gmf03@ssss.gouv.qc.ca
Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	
CIUSSS de la Capitale-Nationale	

VALIDATION DE LA SYNTHÈSE DE PRATIQUE

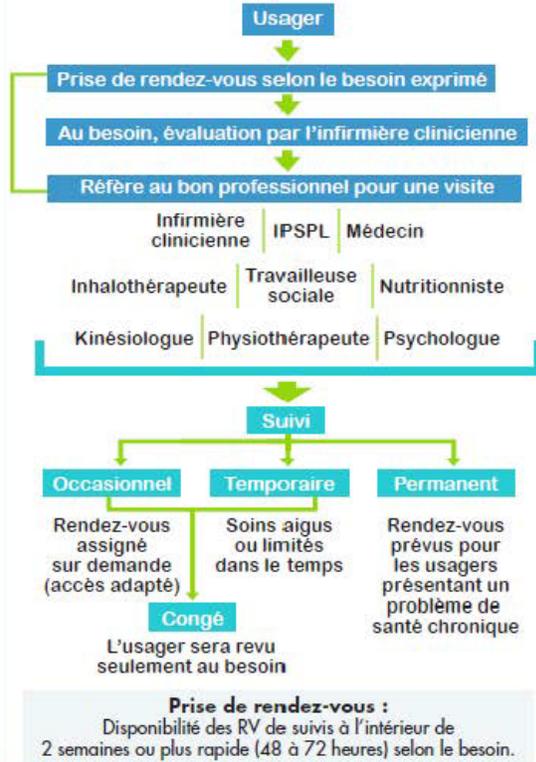
Christine Laliberté	IPSPL au GMF Saint-Vallier, chargée de projet	20 septembre 2021
---------------------	---	-------------------

Projet Archimède

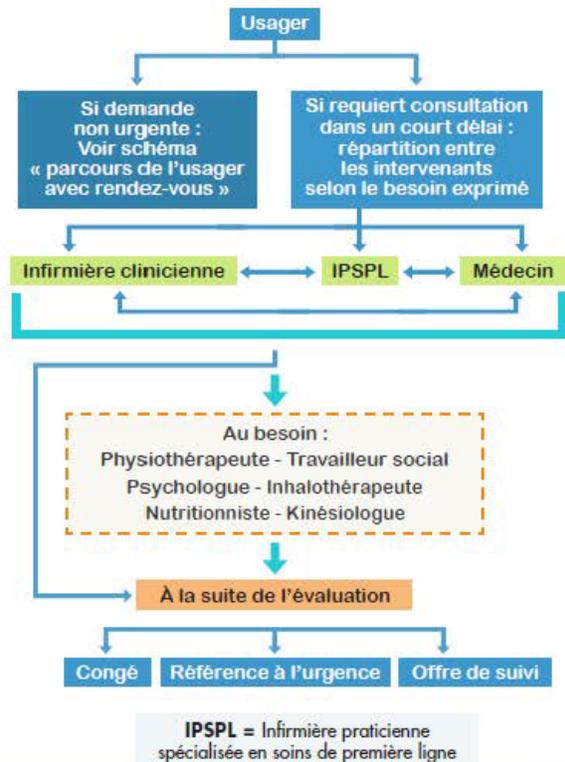
Annexe 1 : Parcours des usagers avec et sans rendez-vous au GMF Saint-Vallier

Offre de service

Parcours de l'utilisateur avec rendez-vous



Parcours de l'utilisateur sans rendez-vous



Source : Laliberté C. 2020. *Modèle de soins et de services en partenariat avec l'utilisateur axé sur l'utilisation optimale du champ de compétences des professionnels*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

La fiche synthèse de pratique vise à donner un aperçu général d'une pratique en place au Québec. Les personnes intéressées à obtenir des détails de cette pratique sont invitées à contacter la personne-ressource.

Fiche synthèse réalisée par Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

FICHE SYNTHÈSE
DE PRATIQUE**INTER S4**CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX**CENTRE D'EXPERTISE EN MALADIES CHRONIQUES****SYNTHÈSE DE PRATIQUE**

Le Centre d'expertise en maladies chroniques (CEMC) prend en charge la clientèle aux prises avec une ou des maladies chroniques sur le territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS EMTL). Les patients qui y sont dirigés bénéficient d'une prise en charge multidisciplinaire. En plus des suivis en lien avec leur maladie, les patients ont accès à une offre d'ateliers à la carte sur les saines habitudes de vie et sur l'autogestion. La communication entre les professionnels est favorisée par une réelle approche interdisciplinaire, en partenariat avec le patient. Les professionnels jouissent d'une grande autonomie dans leur pratique. Le CEMC est une initiative de type partenariat public-privé (PPP) qui vise à maintenir un équilibre entre l'atteinte des objectifs (1 500 patients par an) et une offre de soins de qualité basée sur les données probantes et les bonnes pratiques. Le CEMC assume un leadership en matière de rayonnement des meilleures pratiques au sein de l'ensemble du réseau de première ligne, dont les cliniques médicales, les GMF et le GACO. Il est ainsi au centre de toute la fluidité des trajectoires entre la première et la deuxième lignes.

OBJECTIFS

- Prévenir les maladies chroniques par la modification des habitudes de vie
- Favoriser l'autonomisation de la clientèle et l'autogestion
- Prévenir les complications et les hospitalisations
- Promouvoir une approche de partenariat des soins où le patient participe aux décisions visant son parcours et ses objectifs
- Améliorer, dans les cliniques de l'ensemble du CIUSSS, les pratiques concernant les maladies chroniques
- Soutenir la prise en charge des patients orphelins ayant des maladies chroniques

CLIENTÈLE

Admissibilité	Population détenant un diagnostic de maladie chronique (diabète; prédiabète; MPOC; hypertension artérielle; MCAS) résidant sur le territoire du CIUSSS EMTL ou dont le médecin de famille pratique sur le territoire
Volumétrie	Cible de 1 500 nouvelles inscriptions annuelles, atteinte dans les récentes années (sauf au cours de la crise pandémique)
Problématiques fréquentes	Outre les profils attendus en maladies chroniques, patients sans médecin de famille (prise en charge d'une partie importante des clientèles du GACO)

PROCESSUS ET ACTIVITÉS**Services offerts :**

- Directement au patient :
 - Dépistage (dont la rétinopathie diabétique et la MPOC), évaluation et diagnostic, traitement
 - Démarche éducative en saines habitudes de vie (activité physique; alimentation; tabac; stress) et sur l'autogestion de la maladie (glycémie; tension artérielle; état respiratoire)
 - Rencontres individuelles et de groupes (à la carte, sur la base d'une offre diversifiée incluant les comportements alimentaires, l'exercice physique et bien d'autres) en vue d'aller davantage en profondeur sur les besoins du patient et de nourrir la motivation de ce dernier
 - Soutien à la littératie numérique (inscription au GACO; navigation sur Clic Santé; etc.)
 - Implantation imminente de la plateforme ORION pour les suivis virtuels en milieu de vie
 - Déploiement des activités d'un programme de patients partenaires
 - Soutien médical sur demande des intervenants

Fiche synthèse réalisée par Bourget (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Centre d'expertise en maladies chroniques

- Aux professionnels de l'équipe :
 - Intégration et coordination des équipes interdisciplinaires des 1^{re} et 2^e lignes
 - Support et formation par la pharmacienne auprès de différents intervenants en maladies chroniques
 - Support psychosocial (soutien à l'entretien motivationnel; stratégies de gestion de clients difficiles)
 - Équipe médicale en soutien aux intervenants (cas plus lourds ou plus complexes)

Stratégies :

- Recours à l'entretien motivationnel dans le cadre d'une relation empreinte de bienveillance et de non-jugement
- Amélioration continue :
 - Rétroaction du partenariat avec les patients et sondages de satisfaction
 - Service de patients-partenaires (agissent comme consultants du CEMC) engagés dans les rencontres d'accueil des nouveaux patients et dans certains comités de travail et décisionnels
 - Processus de la DQEPE qui permet de détecter les nœuds et d'y remédier rapidement
 - CoMPAS pour les MPOC
- Processus promotionnel récurrent auprès des intervenants de première et de deuxième lignes (IPSPL; médecins de famille; médecins spécialistes; pharmaciens; autres professionnels en GMF)
- Présence à des comités stratégiques du CIUSSS dans la contribution de la planification des trajectoires de soins
- Participation à la Table Locale des pharmaciens du CEMTL (Comité Régional sur les Services Pharmaceutiques de Montréal)
- Attention particulière aux patients vulnérables (plusieurs points de services dans le CIUSSS; aide au transport ou au stationnement; suivi téléphonique ou Teams; etc.)

RESSOURCES

- Ressources humaines :
 - 19 intervenants en santé et services sociaux (pharmacienne; psychologue; nutritionniste; kinésologue; inhalothérapeute; etc.)
 - 1 IPSPL et 3 médecins
 - Support clérical
 - Support administratif en cogestion avec le CIUSSS
- Formulaires standardisés pour le référencement et pour certaines ordonnances individuelles (MPOC; diabète; hypertension; MCAS)
- Technologies :
 - Multiples adaptations maison du dossier médical électronique (DMÉ) et son extension intraétablissement
 - Téléadaptation pulmonaire (avec l'Hôpital Mont-Sinai)
 - Déploiement imminent de la plateforme ORION
 - Cours de groupes et fonctionnement de l'équipe du CEMC par Teams

EFFETS PERÇUS

Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Effets concrets importants sur la réduction des visites à l'urgence • Réseautage de 1^{re} ligne et de 2^e ligne bâtie sur les bonnes pratiques • Crédibilité d'une pratique qui a attiré l'attention du MSSS • Capacité d'atteindre des cibles plus grandes que celles généralement convenues • Changement de culture dans l'établissement (approche de partenariat et performance) • Déploiement de corridors de services
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance du patient comme vecteur de rétention des ressources de l'équipe • Réduction du temps et de l'effort médical consacrés à la prévention et à la gestion des maladies chroniques et redéploiement conséquent des ressources à d'autres activités médicales
Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la prise en charge des clientèles orphelines • Augmentation des connaissances et des compétences, incluant la compétence à s'orienter dans vers les ressources professionnelles appropriées, y compris vers le pharmacien, lorsque pertinent

Fiche synthèse réalisée par Bourget (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Centre d'expertise en maladies chroniques		
FACILITATEURS		
<ul style="list-style-type: none"> • Appui soutenu de la haute direction du CIUSSS à l'initiative • Travail en interdisciplinarité incluant : <ul style="list-style-type: none"> - 19 intervenants de différentes disciplines (pharmacienne; IPSPL; médecins; inhalothérapeutes; etc.) - Des discussions de cas complexes pour tous sur une base hebdomadaire - Le patient comme partenaire de ses soins, autonome dans ses décisions, avec la qualité de la relation de confiance qui en découle - Des outils pour une grande variété de besoins (des soins de pieds à la rétinopathie) • Intégration active d'une pharmacienne au sein de l'équipe • Participation volontaire et engagée des membres de l'équipe à diverses initiatives et projets pilotes • Démarche s'articulant d'abord sur les besoins du patient et non sur une trajectoire prédéfinie ou prescrite • Engagement des proches aidants (planification des repas; barrières linguistiques chez les nouveaux arrivants; soutien aux incapacités physiques ou cognitives; etc.) • Cohésion de l'équipe favorisée par : <ul style="list-style-type: none"> - Une programmation formelle et informelle d'activités sociales tout au long de l'année et une attitude empreinte de la même bienveillance que celle accordée aux patients - La flexibilité inhérente à l'approche PPP (autonomie des intervenants; flexibilité dans les processus et dans l'obtention d'expertises ciblées, lorsque requises; culture des résultats; etc.) - Le leadership médical, la vision et la disponibilité du dirigeant de l'équipe • Situation du CIUSSS EMTL comme mandataire régional cardiométabolique 		
OBSTACLES		
<ul style="list-style-type: none"> • Rétroaction limitée des acteurs de 2^e ligne lors de soins aigus ou d'hospitalisation • Limites intrinsèques du réseau (hiérarchisation; centralisation; uniformisation; culture organisationnelle face aux résultats; enjeux informatiques; culture et règles syndicales; etc.) dans la cohabitation avec des initiatives PPP • Réceptivité médicale mitigée envers des approches du genre • Inefficacité des stratégies de communication qui exigent des efforts continus de diffusion de l'offre de services • Malgré les efforts importants investis, persistance d'une méconnaissance des rôles de certains intervenants clés (pharmacien; IPSPL; médecins) 		
DÉVELOPPEMENTS ANTICIPÉS		
<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des pratiques en GMF • Raffinement des initiatives de télésoins • Prise en charge accrue des multimorbidités comme segment d'avenir du CEMC, dans la perspective d'une prise en charge monopathologie par les médecins de famille après le suivi initial de 24 mois offert par le CEMC • Mise en œuvre d'un projet de recherche en oscillométrie, qui favoriserait une prise en charge améliorée des clientèles MPOC, la détection précoce des personnes à risque et une optimisation du temps médical • Mise en œuvre d'un programme de collaboration interprofessionnelle pour varier et compléter les rôles de l'équipe interdisciplinaire • Développement d'un registre des maladies chroniques par les nutritionnistes et les kinésiologues 		
PERSONNE-RESSOURCE		
<p>Laurence Boisvert Chef de secteur - Centre d'expertise en maladies chroniques (CEMC) Direction des services multidisciplinaires CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal</p> <p style="text-align: right;">laurence.boisvert.cemtl@ssssgouv.qc.ca</p>		
VALIDATION DE LA SYNTHÈSE DE PRATIQUE		
Laurence Boisvert	Chef de secteur - CEMC	8 septembre 2021
Réal Barette	Directeur Clinique - CEMC	8 septembre 2021
Fiche synthèse réalisée par Bourget (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux		

Centre d'expertise en maladies chroniques

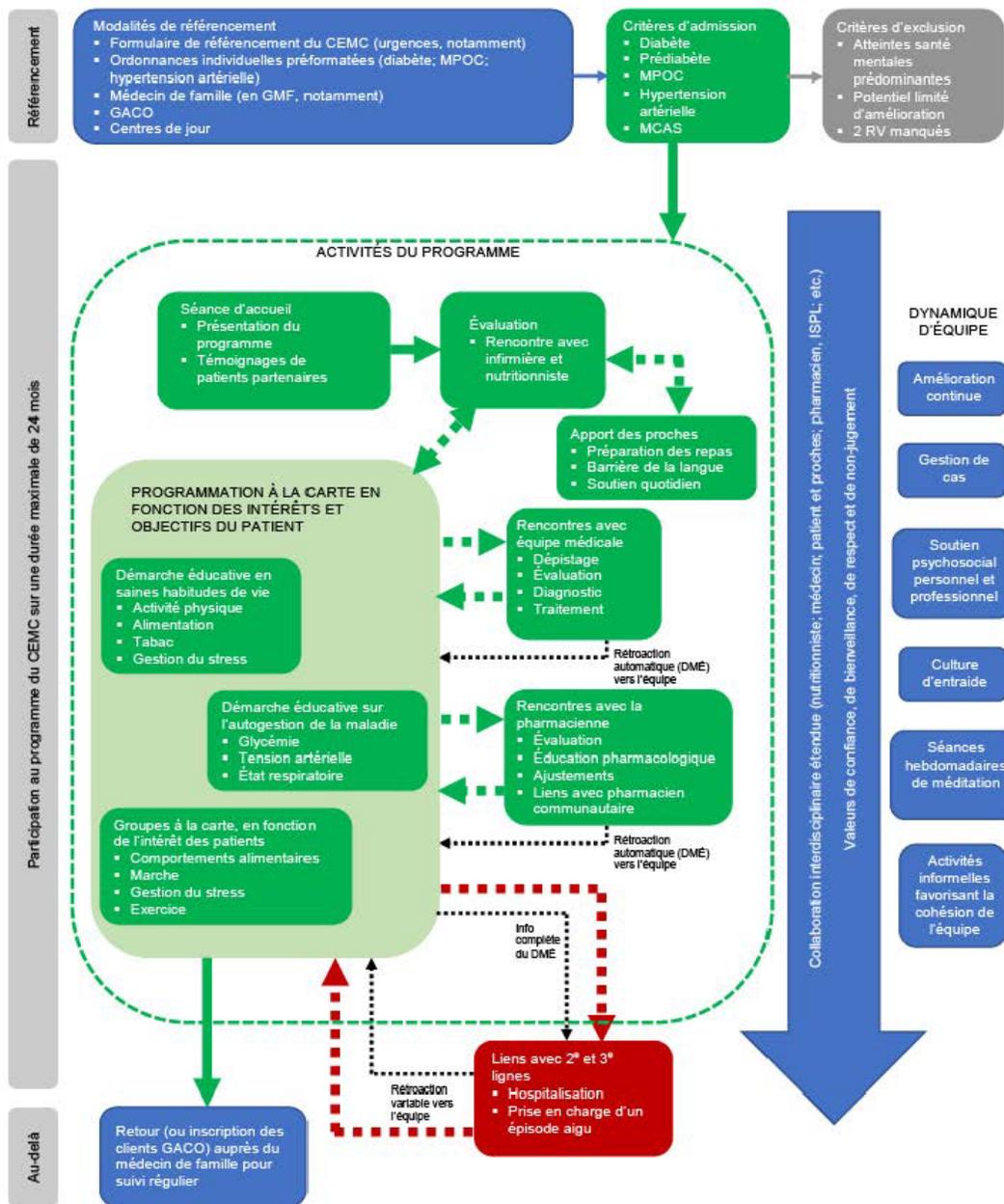
Isabelle Barthélémy

Pharmacienne - CEMC

15 septembre 2021

Annexe 1 : Trajectoire patient au Centre d'expertise en maladies chroniques (Bourget, 2021)

TRAJECTOIRE PATIENT – CEMC



La fiche synthèse de pratique vise à donner un aperçu général d'une pratique en place au Québec. Les personnes intéressées à obtenir des détails de cette pratique sont invitées à contacter la personne-ressource.

Fiche synthèse réalisée par Bourget (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

FICHE SYNTHÈSE
DE PRATIQUE**INTER S4**CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX**CLINIQUE MOBILE EN MALADIES CHRONIQUES****SYNTHÈSE DE PRATIQUE**

Ce programme innove par la décentralisation des services et leur intégration directement dans les petites communautés dispersées sur un vaste territoire. Des salles de conditionnement physique ont été installées par le CISSS, à même des centres communautaires, afin que des équipes interdisciplinaires spécifiquement dédiées (kinésologue, infirmière clinicienne, nutritionniste) puissent intervenir dans la prise en charge des maladies chroniques et des facteurs de risque. Le programme est divisé en trois grandes catégories :

Suivi en groupe dans la communauté : Suivi intensif d'une durée de 12 semaines à raison de deux fois par semaine (durée approximative de 90 minutes par séance), dans les salles de conditionnement physique en présence de deux membres de l'équipe interdisciplinaire.

Suivi individuel : Service offert dans l'attente de l'ouverture d'une cohorte du suivi intensif ou pour accroître la motivation ou consolider des acquis. Offert par l'équipe interdisciplinaire.

Groupe de support : Des groupes de soutien offerts post-suivi en collaboration avec des groupes communautaires, dans certaines municipalités.

OBJECTIFS

- Offrir des services de proximité aux usagers atteints de maladies chroniques
- Améliorer la santé, l'expérience de soins et l'adhésion au traitement
- Diminuer les hospitalisations et les consultations à l'urgence
- Favoriser l'autogestion et l'adoption de saines habitudes de vie
- Harmoniser les services

CLIENTÈLE

Admissibilité	<p><u>Suivi individuel</u> : Pour tous les besoins de prévention, promotion ou traitement</p> <p><u>Suivi en groupe</u> : Adultes ayant au moins deux maladies chroniques ou ayant une maladie chronique et un facteur de risque modifiable</p>
Volumétrie	<ul style="list-style-type: none"> • 30 à 90 usagers par RLS bénéficient du programme de groupes annuellement (4 à 9 ETC par RLS) • Chaque intervenant offre un suivi individuel à 330 patients annuellement
Problématiques fréquentes	<p>Obésité; maladies chroniques (incidence plus élevée que la moyenne Québécoise); insuffisance rénale; arthrite; ostéoporose; fibromyalgie; chirurgie bariatrique</p> <p>Facteurs de risque : Tabagisme; sédentarité; alimentation inadéquate; stress; syndrome métabolique</p>

PROCESSUS ET ACTIVITÉS**Services offerts :**

- Évaluation des patients par un intervenant du programme
- Identification du besoin et assignation au volet approprié, soit :
 - 1) Suivi en groupes dans la communauté (conditionnement physique individualisé; capsules d'enseignement; prise de paramètres cliniques avant et après l'entraînement). L'été, le programme de groupes est remplacé par un groupe de marche animé par les intervenants, à tour de rôle, selon l'horaire des vacances estivales
 - 2) Suivi individuel (entretien motivationnel; objectifs SMART; paramètres cliniques; assistance; etc.)
- Inclusion des proches aidants aux suivis le cas échéant

Fiche synthèse préparé par Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Clinique mobile en maladies chroniques

- Appui aux communautés qui souhaitent mettre en place des activités visant l'amélioration ou le maintien de saines habitudes de vie (par exemple, les clubs d'âge d'or)
- Évaluation à chaque 3 mois (afin de valider le maintien des saines habitudes de vie) dans l'année suivant la prise en charge
- Suivi PRN par la suite, si les cibles ne sont pas atteintes
- Résultats de chaque évaluation transmis au médecin traitant ainsi que toute autre information jugée pertinente

RESSOURCES

- Met à contribution des infirmières cliniciennes, nutritionnistes et kinésologues qui travaillent en partenariat avec les médecins, inhalothérapeutes, pharmaciens et travailleurs sociaux
- Crée des partenariats avec la communauté (par exemple, municipalités, clubs, pharmacies communautaires)
- Équipe les centres communautaires partenaires d'appareils de conditionnement physiques capables de supporter des charges élevées et adaptés aux personnes à mobilité réduite
- Élabore un horaire pour les cohortes de groupes (nouvelle cohorte tous les 3 mois) avec capsules de formations planifiées
- Intègre les suivis virtuels selon les besoins (par exemple, plateforme ORION)
- Utilise Teams en équipe et avec les patients qui sont à l'aise avec la plateforme

EFFETS PERÇUS

Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Permet une meilleure prise en charge des patients
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite la collaboration et la complicité entre les professionnels • Favorise une attitude proactive chez les patients • Offre la satisfaction du « devoir accompli »
Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • Élimine la multiplication des rendez-vous pour les patients avec multimorbidité • Réduit la distance à parcourir pour obtenir des services • Augmente les compétences d'autogestion et l'autonomie • Augmente l'adhésion au traitement • Crée un réseau d'entraide autour du patient grâce à l'intervention en groupes • Améliore la santé et la qualité de vie de façon durable. • Crée un sentiment de sécurité grâce à la perception d'être réellement pris en charge

FACILITATEURS

- Adoption d'un modèle commun par tous les intervenants de 1^{re} ligne (voir schéma en annexe)
- Projets CoMPAS ayant permis d'évaluer et de raffiner la pratique
- Collaboration de patients-partenaires pour l'amélioration des pratiques
- Rencontres hebdomadaires en salle de pilotage et travail interdisciplinaire
- Utilisation des ordonnances collectives par les infirmières
- Partenariats (municipalités, pharmacies communautaires, organismes communautaires)
- Possibilité d'ajuster les groupes pour mieux répondre à la clientèle (par exemple, groupe dédié aux personnes avec un diagnostic en santé mentale, tailles de groupes réduits s'il y a présence de cas nécessitant plus de surveillance)
- Diversité de l'enseignement offert
- Usagers qui deviennent des promoteurs du programme et de saines habitudes de vie dans leur entourage

OBSTACLES

- Nécessité de formation pour l'utilisation des technologies et pour la collaboration interprofessionnelle
- Adaptation au changement

Fiche synthèse préparé par Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoires en Santé et Services sociaux

Clinique mobile en maladies chroniques

DÉVELOPPEMENTS ANTICIPÉS

- Intégrer la prise en charge de la douleur chronique
- Consolider la pratique interdisciplinaire
- Implanter un outil de gestion des charges de cas et des listes d’attentes avec grille de priorisation des patients
- Harmoniser les outils interdisciplinaires et les documents de travail
- Intégrer une approche « intervenant de famille » (ex. : jumelage entre les médecins et les intervenant)
- Intégrer de nouveaux professionnels dans le noyau de l’équipe (inhalothérapeutes, physiothérapeute, travailleurs sociaux, etc.)

PERSONNE-RESSOURCE

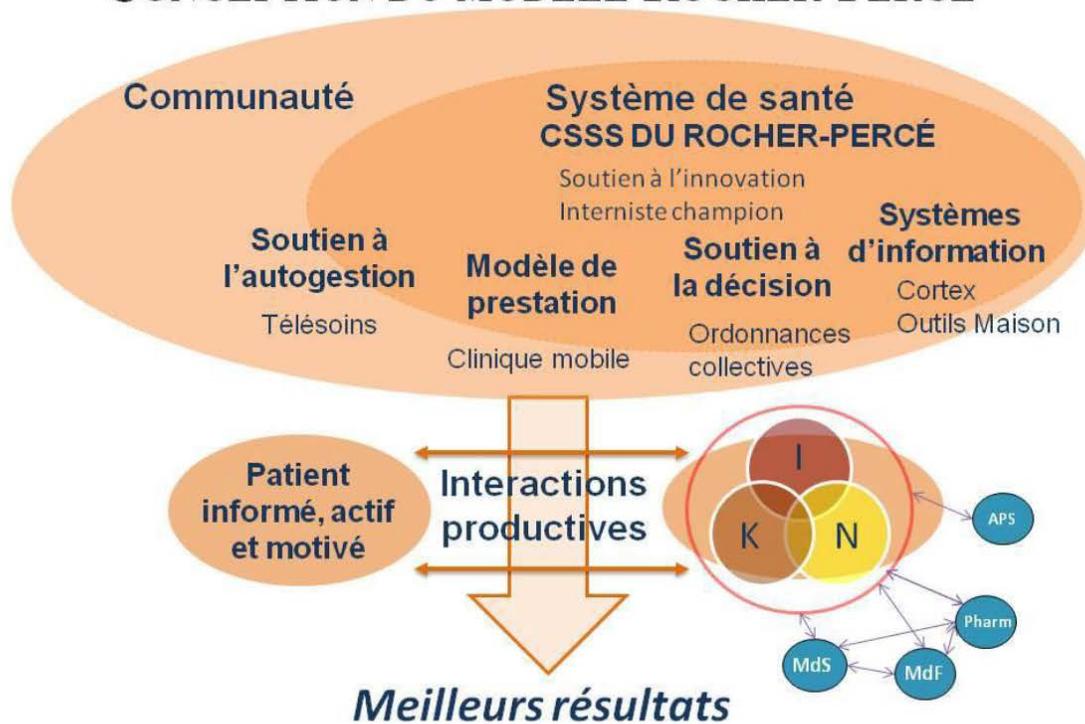
Tim Sutton
 Conseiller-cadre (418) 689-2261, poste 2057
 Direction des services multidisciplinaires tim.sutton.CISSSGaspésie@SSSS.gouv.qc.ca
 CISSS Gaspésie

VALIDATION DE LA SYNTHÈSE DE PRATIQUE

Tim Sutton Conseiller cadre 7 septembre 2021

Annexe 1 : Conception du modèle de soins du Rocher-Percés

CONCEPTION DU MODÈLE ROCHER-PERCÉ



Source : Sutton, T. *Suivre les maladies chroniques jusqu’au gym*. CISSS de la Gaspésie

La fiche synthèse de pratique vise à donner un aperçu général d’une pratique en place au Québec. Les personnes intéressées à obtenir des détails de cette pratique sont invitées à contacter la personne-ressource.

Fiche synthèse préparé par Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

FICHE SYNTHÈSE
DE PRATIQUE**INTER S4**CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX**LES USAGERS EN MALADIES CHRONIQUES AU SEIN DE COMMUNAUTÉS FAVORABLES AUX SAINES HABITUDES DE VIE**

LES AGENTS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION EN SAINES HABITUDES DE VIE, DES ALLIÉS POUR LA SANTÉ

SYNTHÈSE DE PRATIQUE

Les agents de promotion et de prévention en saines habitudes de vie (APPSHV) sont des professionnels relevant de la Direction de la santé publique, kinésiologue ou nutritionniste, qui agissent en prévention des problèmes de santé et voient au maintien des saines habitudes de vie chez une clientèle en santé ainsi que chez celles présentant des facteurs de risque ou maladies chroniques.

Ils effectuent principalement des interventions communautaires visant la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie, en partenariat avec les organisations du milieu. Ils ont notamment participé à la mise en place de circuits de marche sécuritaires dans certaines municipalités, une politique alimentaire municipale, au programme « Vie active » offerts aux aînés, aux activités de prévention du tabagisme dans une école secondaire, etc.

L'APPSHV est appelé à travailler en étroite collaboration avec les organisateurs communautaires, avec le soutien des agents de planification, de programmation et de recherche afin d'amener les meilleures pratiques aux partenaires de la communauté selon les données probantes. En ce sens, les APPSHV agissent comme agents de liaison entre le CISSS et la communauté.

La nature des actions sur lesquelles travaillent les APPSHV varie en fonction du territoire et des besoins de la communauté. De la même façon, la clientèle touchée varie selon les priorités. Toutefois, une grande importance est accordée aux clientèles vulnérables.

OBJECTIFS

- Contribuer à la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie de façon concertée avec différentes organisations du milieu
- Offrir un soutien local clinique, scientifique et de liaison aux partenaires pour la mise en place de mesures facilitant les choix sains
- Promouvoir le développement et le maintien de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques en rendant les choix sains plus faciles pour tout le monde
- Faire le pont entre la communauté et le CISSS

CLIENTÈLE

Admissibilité	Le volet communautaire des services offerts par les APPSHV peut s'adresser à l'ensemble de la population : <ul style="list-style-type: none"> • Certaines clientèles peuvent être ciblées selon les actions • Clientèles vulnérables prises en compte dans le choix des actions
Problématiques fréquentes	Trois éléments sont priorités : <ul style="list-style-type: none"> • Saine alimentation • Activité physique et diminution des comportements sédentaires • Abandon du tabagisme Cependant des sujets connexes ayant un impact sur ces aspects peuvent être traités (par exemple, la gestion du temps d'écran).

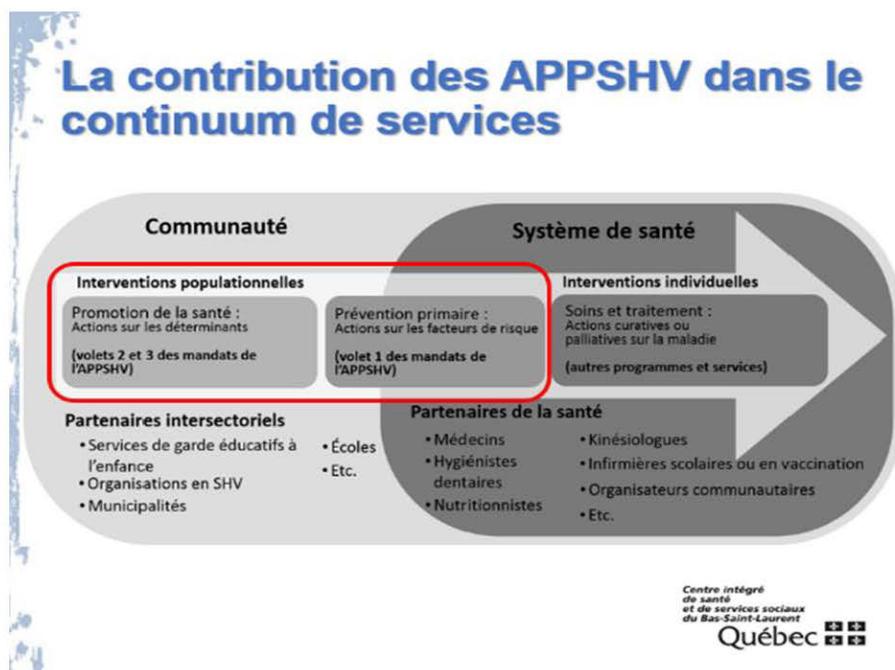
Fiche synthèse réalisée par Bastille (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Les usagers en maladies chroniques au sein de communautés favorables aux saines habitudes de vie

PROCESSUS ET ACTIVITÉS

Services offerts :

- Concertation intersectorielle visant à soutenir les différentes organisations dans la mise en place d'environnements favorables aux saines habitudes de vie
- Partage de l'expertise scientifique et les meilleures pratiques auprès des partenaires de la communauté
- Écoute et analyse des besoins de la communauté relativement aux saines habitudes de vie
- Analyse des besoins décelés et proposition d'actions en partenariat avec l'équipe locale (APPSHV et organisateur communautaire) et les partenaires concernés
- Validation de la concordance entre le besoin/action retenue et les objectifs recherchés (répond à un besoin de la communauté, favorise les populations vulnérables, assure une pérennité des actions, en concordance avec les actions et services du plan régional de santé publique)
- Soutien aux partenaires du milieu dans la réalisation des actions, déterminé selon la capacité de l'équipe
- Intervention clinique préventive (2 % de leur pratique), par des rencontres individuelles, familiales ou de groupe, afin de faire cheminer l'utilisateur dans sa motivation à adopter de saines habitudes de vie, effectuée selon les besoins et les disponibilités
- Liaison entre les initiatives communautaires et le réseau de la santé et des services sociaux



RESSOURCES

- Met à contribution 8 agents de promotion et de prévention en saines habitudes de vie répartis sur le territoire (7 postes de 35 h et 1 poste de 21 h)
- Collabore étroitement avec l'organisateur communautaire de chaque territoire
- Bénéficie du soutien des agents de planification, de programmation et de recherche afin de les alimenter sur les meilleures pratiques selon les données probantes
- Bénéficie d'un accès à des formations continues (par exemple, entretien motivationnel), à du codéveloppement et des communautés de pratiques pour les aider dans leurs pratiques et soutenir la transition travail clinique par rapport au travail communautaire

Fiche synthèse réalisée par Bastille (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Les usagers en maladies chroniques au sein de communautés favorables aux saines habitudes de vie		
EFFETS PERÇUS		
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d’avoir un regard macro sur les actions mises en place dans le milieu relativement aux saines habitudes de vie • Décèle plus facilement les besoins qui émergent de la communauté • Partage son expertise et s’assure que les différents projets tiennent compte des bonnes pratiques de santé publique • Répond à un besoin d’accès à l’expertise, ce qui est très apprécié par les partenaires de la communauté • Effectue le lien entre les différentes initiatives du milieu • Crée des ponts entre les organisations • Permet d’éviter les doublons • Effectue la liaison entre le CISSS et la communauté 	
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite l’accès à l’information concernant les initiatives et les ressources existant dans la communauté relativement aux saines habitudes de vie • Soutient les intervenants de différents secteurs du CISSS afin de favoriser la mise en place des actions de promotion et de prévention des saines habitudes de vie auprès de leurs clientèles 	
Population	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite l’accès à des environnements sains et sécuritaires (par exemple, Plan de déplacement actif sécuritaire, politique alimentaire augmentant l’offre d’aliments sains, etc.) 	
FACILITATEURS		
<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance du rôle et de l’expertise de l’APPSHV, autant par le CISSS que par la communauté, sur les plans du contenu et des processus • Capacité à établir et entretenir un lien de proximité avec les partenaires terrains • Complémentarité avec l’organisation communautaire : approche sociale combinée à une approche d’expertise de contenu de santé 		
OBSTACLES		
<ul style="list-style-type: none"> • Manque de compréhension du rôle attendu par l’APPSHV autant à l’interne que dans la communauté • Nécessité de clarifier adéquatement les attentes du milieu 		
DÉVELOPPEMENTS ANTICIPÉS		
<ul style="list-style-type: none"> • Se doter de mécanismes supplémentaires clairs pour faciliter cette prise de décision pour faciliter la priorisation des dossiers • S’assurer d’être toujours dans les bonnes postures autour des dossiers, bien évaluer le temps et l’implication requis 		
PERSONNE-RESSOURCE		
Johanne Roy Chef de service 1ère ligne en santé publique (418) 724-5231, poste 233 Direction de la santé publique johanne.roy.cisssbsl@sss.gouv.qc.ca CISSS du Bas St-Laurent		
VALIDATION DE LA SYNTHÈSE DE PRATIQUE		
Johanne Roy	Chef de service 1ère ligne en santé publique	24 août 2021
Julie Desrosiers	Agent de planification, de programmation et recherche	
<p>La fiche synthèse de pratique qui vise à donner un aperçu général d’une pratique en place dans un établissement de santé et de services sociaux. Les personnes intéressées à obtenir des détails de cette pratique sont invitées à contacter la personne-ressource</p> <p>Fiche synthèse réalisée par Bastille (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux</p>		

FICHE SYNTHÈSE
DE PRATIQUE**INTER S4**CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX**GESTION DE CAS POUR LES USAGERS EFFECTUANT DE MULTIPLES VISITES À L'URGENCE****SYNTHÈSE DE PRATIQUE**

Cette pratique s'adresse aux patients effectuant de multiples visites annuelles à l'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher. Ceux-ci bénéficient d'un suivi individualisé effectué par l'équipe de gestion de cas. Les gestionnaires de cas assurent une coordination transversale des soins et des services au sein de l'établissement et créent un partenariat avec le patient et ses proches. Par exemple, le patient est invité à coconstruire avec le gestionnaire de cas :

- Le plan d'intervention qui le concerne;
- Une synthèse d'information et des recommandations d'intervention déposée à son dossier et qui indique au personnel ce qui devra être fait lors d'une nouvelle visite aux urgences;
- Un algorithme décisionnel personnalisé à utiliser selon ses symptômes et ajoutant des options autres que les services d'urgences hospitalières, lorsque non nécessaire.

L'autodétermination et le développement de compétences d'autogestion sont au cœur de l'approche afin que cette clientèle présentant des problématiques de santé complexe reçoive les services atypiques qu'elle requiert.

OBJECTIFS

- Diminuer les visites à l'urgence des patients suivis (cible de réduction de 50 %)
- Améliorer l'expérience des usagers et de leurs proches
- Améliorer la coordination et la continuité des soins et des services dans la trajectoire de soin des usagers
- Mieux répondre aux besoins des clientèles vulnérables
- Améliorer l'accessibilité aux services ambulatoires et de première ligne
- Développer les connaissances et les compétences des différents prestataires avec cette clientèle
- Permettre la participation active et le développement de compétences d'autogestion des usagers et de leurs proches

CLIENTÈLE

Admissibilité	Patients avec plus de 5 visites annuelles aux urgences et ne recevant pas les services du soutien à domicile (SAPA) qui offre aussi des services en gestion de cas
Volumétrie	130 patients suivis en 2020-2021 (2 à 4 ETC)
Problématiques fréquentes	Maladies chroniques; comorbidités; dépendances; perte d'autonomie; itinérance; santé mentale; etc.

PROCESSUS ET ACTIVITÉS

Services offerts (trajectoires en annexe):

- Suivi individualisé par un gestionnaire de cas
- Dépistage, évaluation, interventions planifiées
- Référencement vers les services appropriés (dans la communauté et dans le RSSS)
- Coordination transversale entre les différents soins et services requis
- Soutien et accompagnement pour favoriser l'autogestion
- Priorisation des demandes de services en attente (par exemple, guichet d'accès, GACO, etc.) par l'ajout d'un critère de priorisation portant sur les « visites fréquentes aux urgences » et la complexité de la situation de l'utilisateur
- Possibilité de suivi en télépratique (COVID-19)

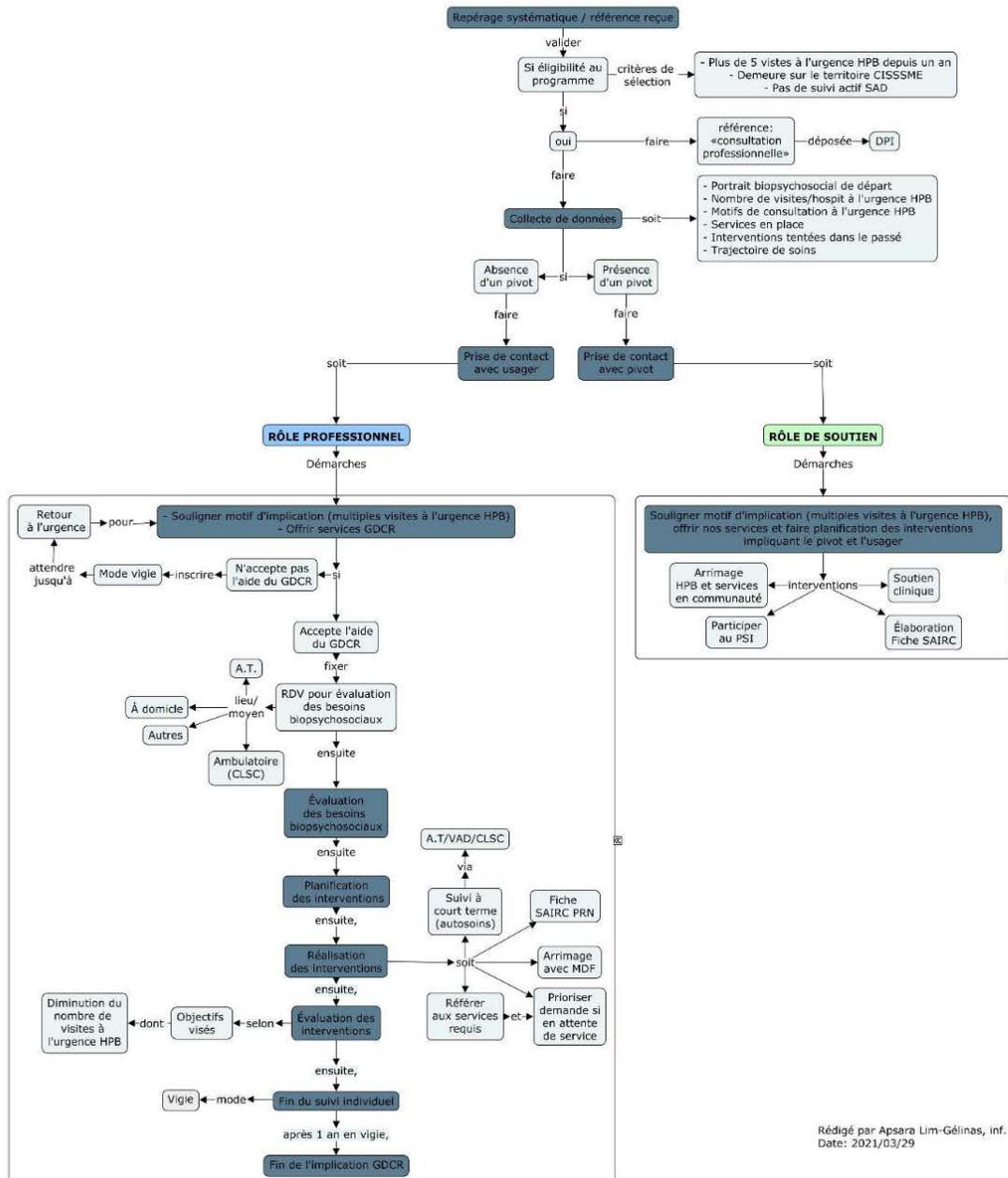
RESSOURCES		
<ul style="list-style-type: none"> • Met à contribution des infirmières cliniciennes et des travailleurs sociaux pour la gestion de cas • Utilise le système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles ciblées (SAIRC) pour repérer les patients ciblés et valider leur admissibilité 		
EFFETS PERÇUS		
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Diminue les visites à l'urgence hospitalière • Met en relief l'importance du savoir-être des soignants et leur connaissance spécifique concernant les facteurs et les causes des visites à l'urgence pour cette clientèle • Rappelle le pouvoir du partenariat de soins, de l'empathie et de la considération dans les soins de santé 	
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Priorise le partenariat avec le patient et l'évaluation des causes fondamentales amenant les usagers à se présenter à l'urgence pour répondre à leurs besoins 	
Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • Améliore la réponse aux besoins de la clientèle. 	
FACILITATEURS		
<ul style="list-style-type: none"> • Projet autofinancé par la diminution des visites à l'hôpital • Projet stratégique de l'organisation • Partenariats avec les autres directions cliniques. Ces partenariats sont marqués par des objectifs communs de collaboration et d'ouverture • Capacité à sortir des sentiers battus et à décloisonner les services • Participation d'une usagère ressource (patiente ayant bénéficié à quelques reprises de ces services d'urgence). Cette dernière aide à améliorer le programme de différentes façons (par exemple, schématisation de son parcours de soins pour la formation des intervenants, rédaction de lettres à l'intention des patients, rétroaction concernant des modalités d'interventions, etc.) 		
OBSTACLES		
<ul style="list-style-type: none"> • Systèmes informatiques qui ne communiquent pas entre eux. Les données doivent être compilées manuellement pour chaque patient • Révision de la pratique de gestion de cas en soutien à domicile au programme SAPA 		
DÉVELOPPEMENTS ANTICIPÉS		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclure les patients à haut taux d'hospitalisation • Créer une communauté de pratique pour les intervenants au sujet des clientèles atypiques • Offrir la formation OMEGA aux intervenants • Inclure l'évaluation du risque homicidaire aux protocoles d'évaluation 		
PERSONNE-RESSOURCE		
<p>Nathalie Blanchard Conseillère cadre - volet psychosocial (438) 870-6726 Direction des services multidisciplinaires Nathalie.blanchard2.ciassme16@ssss.gouv.qc.ca CISSS de la Montérégie-Est</p>		
VALIDATION DE LA SYNTHÈSE DE PRATIQUE		
Nathalie Blanchard	Conseillère cadre - volet psychosocial	16 septembre 2021

Fiche synthèse réalisée par Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Gestion de cas pour les usagers effectuant de multiples visites à l'urgence

Annexe 1 : Illustration de la trajectoire de soins pour les nouveaux usagers

**PROGRAMME DE LA GESTION DE CAS RÉSEAU (GDCR)-
PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE - NOUVEL USAGER**



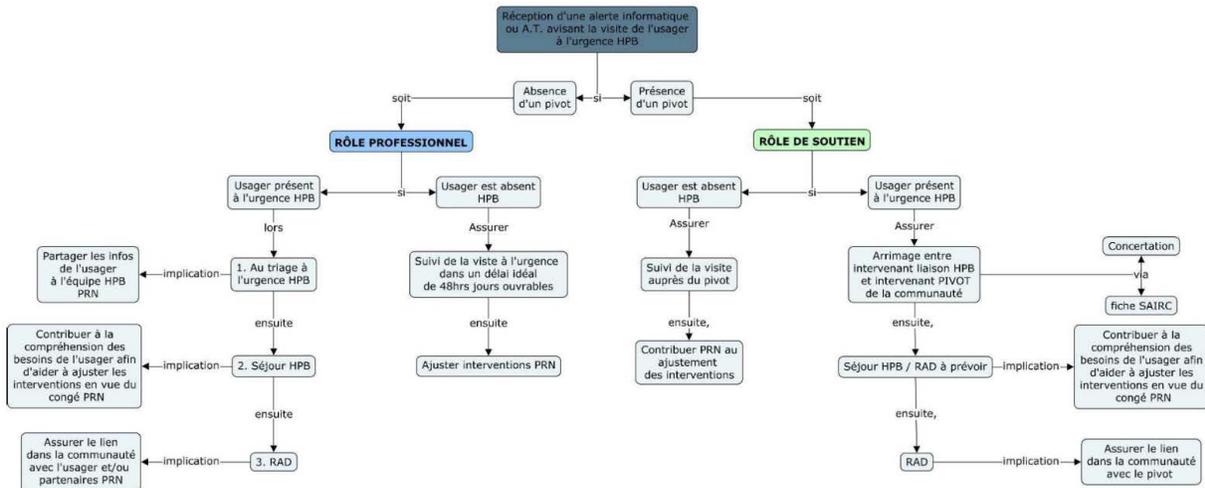
Source : Blanchard, N. et al. (2021). *Guide clinique de gestion de cas réseau : Guide de l'utilisateur*. Longueuil : Direction des services multidisciplinaires du CISSS de la Montérégie-Est.

Fiche synthèse réalisée par Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Gestion de cas pour les usagers effectuant de multiples visites à l'urgence

Annexe 2 : Illustration de la trajectoire de soins pour les usagers déjà connus

**PROGRAMME DE LA GESTION DE CAS RÉSEAU (GDCR)-
PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE - USAGER DÉJÀ CONNU PAR GDCR**



Rédigé par Apsara Lim-Gélinas, inf. clin.
Date: 2021/03/29

Source : Blanchard, N. et al. (2021). *Guide clinique de gestion de cas réseau : Guide de l'utilisateur*. Longueuil : Direction des services multidisciplinaires du CISSS de la Montérégie-Est.

La fiche synthèse de pratique vise à donner un aperçu général d'une pratique en place au Québec. Les personnes intéressées à obtenir des détails de cette pratique sont invitées à contacter la personne-ressource.

Fiche synthèse réalisée par Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux.

FICHE SYNTHÈSE
DE PRATIQUE**INTER S4**CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX**SERVICES AUX PERSONNES MIGRANTES À STATUT PRÉCAIRE****SYNTHÈSE DE PRATIQUE**

L'idée centrale de cette pratique est d'offrir des services de proximité adaptés aux personnes migrantes à statut précaire, par l'entremise d'une clinique sans rendez-vous et de démarches réalisées dans les milieux de vie. Les personnes sont accueillies et évaluées pour leur situation de santé et sociale. Médecins du Monde effectue l'évaluation et la prise en charge des besoins biopsychosociaux des personnes qui les consultent et assure l'arrimage et le référencement vers les organismes partenaires afin d'assurer une réponse globale aux besoins identifiés par les personnes. Par l'addition de dons, subventions et partenariats, l'organisation fait tout en son pouvoir pour s'occuper des problématiques de santé des personnes tout en s'activant de multiples façons pour que ceux-ci puissent être reconnus et adéquatement pris en charge par le système public, lorsque cela est possible. L'équipe s'allie entre autres la collaboration de bénévoles et de traducteurs dans ses efforts pour offrir des soins culturellement adaptés dans une approche anti-oppressive.

Cette pratique s'inscrit dans le cadre des services offerts par Médecins du Monde, incluant plusieurs autres services tels que ceux offerts aux personnes en situation d'itinérance et aux personnes autochtones en milieu urbain, notamment par l'entremise de la clinique mobile et du projet des navigateurs autochtones (voir annexe 1). « La vision, c'est de travailler à disparaître. On ne veut pas remplacer les services du réseau de la santé publique lorsqu'ils sont disponibles. Mais la réalité, c'est que les besoins et les barrières d'accès de ces personnes sont là. »

OBJECTIFS

- Promouvoir un accès adapté pour tous
- Soutenir et promouvoir le pouvoir d'agir (*empowerment*) des personnes en situation de vulnérabilité

CLIENTÈLE

Admissibilité	Personnes migrantes à statut précaire : <ul style="list-style-type: none"> • Personnes migrantes n'ayant pas accès à la RAMQ • Personnes avec un désir de s'établir au Québec • Personnes en situation de précarité (faible filet social, faibles ressources financières, etc.)
Volumétrie	2020-2021* : <ul style="list-style-type: none"> • 721 triages effectués • 635 personnes vues par une infirmière (1 178 consultations) • 305 suivis sociaux • 423 consultations médicales * La clinique répond habituellement au double des chiffres présentés pour 2020-2021 (COVID-19)
Problématiques fréquentes	Soins de santé de première ligne, problématiques ponctuelles et maladies chroniques. Par exemple : ITSS; problèmes de santé mentale; grossesses; santé et droits sexuels et reproductifs; enjeux liés à la médication (dont le nonaccès); maladies tropicales; multimorbidités fréquentes; dépendances; besoins de soins de plaies

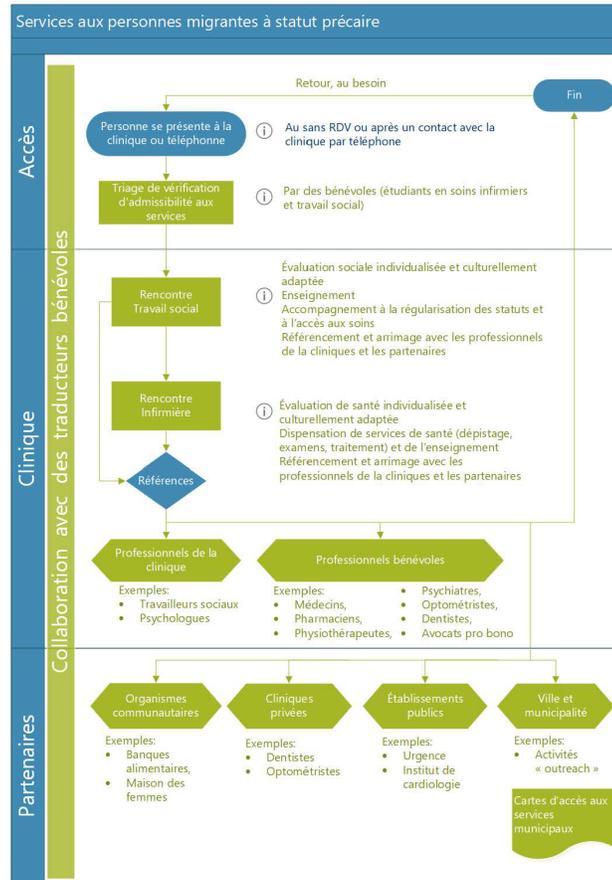
PROCESSUS ET ACTIVITÉS

À la suite d'un triage (par des bénévoles) pour vérifier l'admissibilité aux services :

- Évaluation sociale individualisée et culturellement adaptée par une travailleuse sociale, qui offre également de l'enseignement et un accompagnement à la régularisation des statuts, à l'accès aux soins et au référencement pour l'accès au logement et à l'aide alimentaire

Fiche synthèse réalisée par Jean et Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

- Évaluation en santé individualisée et culturellement adaptée par une infirmière clinicienne, qui offre également des services de santé, de l’accompagnement, du référencement et de l’enseignement
- Orientation vers d’autres services selon les besoins, les ententes de partenariats et les ressources disponibles



RESSOURCES

- Met à contribution des travailleurs/intervenants sociaux, infirmières cliniciennes, psychologues salariés
- Bénéficie d’une implication citoyenne bénévole : traducteurs, triage, etc.
- Bénéficie de l’implication bénévole de médecins, pharmaciens, physiothérapeutes, dentistes, optométristes, avocats *pro bono*, etc.
- Crée des ententes de partenariats :
 - Organisations communautaires : banques alimentaires, maison des femmes, etc.
 - Cliniques spécialisées : dentisterie, radiologie, etc.
 - Établissements du réseau public: par exemple, l’Institut de cardiologie qui accepte de rencontrer 10 patients par année
- Offre ses services dans une clinique physique pour les personnes migrantes à statut précaire
- Utilise MedeSync, Teams et Whatsapp

EFFETS PERÇUS

Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente l’influence de la vision de Médecins du Monde (par exemple, la <i>Loi concernant principalement l’admissibilité au régime d’assurance maladie et au régime général d’assurance</i>
--------------	---

Fiche synthèse réalisée par Jean et Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

	<i>médicaments de certains enfants dont les parents ont un statut migratoire précaire et modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Augmente l'accès à des services de première ligne en santé et services sociaux 	
Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • Permet une reconnaissance du pouvoir d'agir (<i>empowerment</i>) des personnes en situation de précarité • Répond à des besoins de soins de santé essentiels auxquels les personnes n'ont pas accès 	
FACILITATEURS		
<ul style="list-style-type: none"> • Capacité d'adaptation des intervenants • Capacité à considérer la situation globale de santé des personnes • Consultation et intégration des personnes dans l'élaboration et la dispensation des services permettant, entre autres, aux intervenants d'adapter leur langage et leurs pratiques à la réalité culturelle des patients • Intégration d'une pratique réflexive permettant de répondre aux besoins réels 		
OBSTACLES		
<ul style="list-style-type: none"> • Absence de financement stable des activités • Moyens limités ne permettant pas une prise en charge optimale (par exemple, patients diabétiques n'ayant pas les moyens de s'assurer un approvisionnement stable en insuline. La clinique peut les dépanner pour un mois ou deux, mais cela n'empêche pas, à long terme, le cycle des décompensations/hospitalisations) • Ententes de partenariat qui doivent être négociées à la pièce pour de petits volumes et de petits montants • Programmes de subventions déployés par pathologies plutôt que pour la prise en charge globale de certaines clientèles • Nécessité d'une plus grande reconnaissance de Médecins du Monde par les instances décisionnelles comme une organisation qui détient une expertise et devrait être consultée et participer aux décisions concernant les populations de précarité • Complexité d'une réelle collaboration entre le communautaire et l'institutionnel afin d'offrir une « vraie action concertée » 		
DÉVELOPPEMENTS ANTICIPÉS		
<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les pairs migrants • Promouvoir de manière marquée l'intégration des pairs • Plaider pour un accès aux soins de santé pour les personnes migrantes • Soutenir les patients et les pairs dans leurs revendications pour l'accessibilité 		
PERSONNE-RESSOURCE		
Pénélope Boudreault, Infirmière		(514) 742-9527
Directrice des opérations-Québec		p.boudreault@medecinsdumonde.ca
Médecins du Monde Canada		
VALIDATION DE LA SYNTHÈSE DE PRATIQUE		
Pénélope Boudreault	Directrice des opérations-Québec, Médecins du Monde	16 septembre 2021

Fiche synthèse réalisée par Jean et Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Annexe 1 : Projet de navigatrices et navigateurs autochtones

Depuis 2018, Médecins du Monde met en œuvre le projet « Navigatrices et navigateurs autochtones », qui vise à faciliter l'accès aux différents services de santé et services sociaux, particulièrement aux Services de santé non assurés (SSNA) pour les personnes autochtones en situation d'itinérance à Montréal. Certaines personnes autochtones peuvent être réticentes à se présenter dans le réseau de la santé publique pour une consultation, que ce soit parce qu'elles y ont déjà eu de mauvaises expériences, parce qu'elles ont peur d'être discriminées ou encore parce que l'approche des personnes qu'elles rencontrent est trop éloignée de leur réalité. Les navigatrices et les navigateurs autochtones vont à la rencontre des personnes directement là où elles vivent et les accompagnent vers le réseau de santé publique selon leurs besoins et leurs demandes. Ils agissent en tant que médiateurs dans l'idée de faciliter l'épisode de soins lors des consultations au sein des instances publiques. <https://www.medecinsdumonde.ca/publication/rapport-annuel-2020-2021/>

La fiche synthèse de pratique qui vise à donner un aperçu général d'une pratique en place au Québec. Les personnes intéressées à obtenir des détails de cette pratique sont invitées à contacter la personne-ressource.

FICHE SYNTHÈSE
DE PRATIQUE**INTER S4**CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX**QUESTION POUR UN PHARMACIEN-QUESTION POUR UN PRO (QPUP)**

SERVICE INTERNET DE NAVIGATION ET DE TÉLÉCONSULTATION OFFERT PAR DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

SYNTHÈSE DE PRATIQUE

La pratique «QUESTION POUR UN PRO» est une plateforme en autoservice qui utilise l'intelligence artificielle afin de recueillir les questions des usagers et les rediriger directement vers le bon professionnel pour une prise en charge rapide. La plateforme est accessible, via le site Internet QPUP, à tous les Québécois de plus de 13 ans, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

L'utilisateur est invité à répondre à un premier questionnaire d'identification, puis il peut poser des questions de santé, de façon confidentielle. Le système va tenir compte à la fois du profil de l'utilisateur ainsi que des mots utilisés ou non dans la question de façon à orienter l'utilisateur vers le bon professionnel.

Les professionnels reçoivent une notification pour la prise en charge et l'utilisateur obtient une notification de réponse en quelques heures par courriel. L'échange écrit est parfois suivi d'une consultation par Teams ou Zoom ou encore en personne, selon le besoin. Par ailleurs, une banque de réponses est rendue publique (les publications) ce qui permet à 94 % des usagers de trouver une réponse fiable sans même avoir besoin d'initier une demande de consultation.

OBJECTIFS

- Orienter les citoyens ayant besoin d'expertise en santé vers le bon professionnel
- Améliorer l'accès à des conseils fiables en santé
- Permettre aux professionnels de la santé d'identifier les usagers ayant besoin de leurs services, maintenant, notamment lors d'une annulation de rendez-vous

CLIENTÈLE

Admissibilité	L'ensemble des Québécois, incluant les résidents du Nunavik, âgés de plus de 13 ans, qu'ils soient physiquement présents sur le territoire ou non au moment de poser la question La banque de consultations rendue publique est accessible à l'ensemble de la francophonie
Volumétrie	<ul style="list-style-type: none"> • 80 000 utilisateurs mensuels actuellement avec une croissance mensuelle 20 % • 603 380 usagers aidés depuis janvier 2020 • 2 510 000 publications vues depuis janvier 2020
Problématiques fréquentes	<ul style="list-style-type: none"> • Toute question liée à la santé et à la médication • Près de la moitié des questions touchent les maladies chroniques (par exemple, hypertension et diabète mal contrôlé)

PROCESSUS ET ACTIVITÉS**Services offerts :**

- Exploration des publications afin de trouver réponse immédiatement à sa question sans devoir passer par la création d'un profil
- Possibilité pour l'utilisateur de fournir des explications sur sa santé afin d'aider le professionnel à mieux comprendre sa situation
- Validation de la présence d'éléments de dangerosité (le système reconnaît s'il y a un ton de panique dans la question)
 - Si présence, la question est priorisée et l'utilisateur est immédiatement référé au 911
- Évaluation du besoin de santé (catégorisation par le système du qui et du quoi)

Fiche synthèse réalisée par Bastille et Jean (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Question pour un pharmacien-Question pour un Pro (QPUP)

- Le système de référencement de la plateforme (navigation) achemine la question vers le professionnel le plus apte à répondre à la question en fonction des mots utilisés par l'utilisateur ainsi que son profil
- Réception d'une notification par le professionnel lorsqu'une question cadre dans les critères préalablement définis (distance, type de clientèle : homme, femme, adulte, enfant, etc.)
- Prise en charge de la demande par un professionnel selon l'ordre de réception
 - Premier contact par le professionnel toujours par écrit par messagerie sécurisée (moyenne de 2,6 messages échangés par consultation)
 - Consultation offerte exclusivement par écrit (≈60%), par écrit et Teams/Zoom (≈5%) ou par écrit et en personne (≈35%)
 - Plusieurs professionnels de la même équipe peuvent intervenir dans la conversation, au besoin, pour bien répondre aux besoins des usagers présentant notamment des multimorbidités
 - Consultation offerte au besoin par Teams, Zoom ou en personne
 - Référencement par le professionnel vers d'autres services, au besoin
- Validation de l'appréciation des services reçus par un sondage sécurisé acheminé 5 à 7 jours après la consultation

RESSOURCES

- Met à contribution 543 professionnels issus de 19 différents domaines : médecin, dentiste, pharmacien, physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue, podiatre, chiropraticien, optométriste, infirmier, inhalothérapeute, diététiste, sexologue, travailleur social, audiologiste, orthophoniste, psychoéducateur, psychothérapeute
- Intègre l'intelligence artificielle (IA) afin de catégoriser les questions reçues et référer vers le bon professionnel
- Bénéficie du soutien de 3 ressources expertes pour la catégorisation des questions :
 - La plateforme QPUP est un système fermé en apprentissage supervisé¹. Il y a donc eu au départ 3 ressources expertes qui ont catégorisé manuellement 25000 téléconsultations et qui continuent de le faire en validant de façon asynchrone les catégorisations effectuées par l'IA
- Collabore étroitement avec le centre de recherche en informatique de Montréal (CRIM) et les ressources expertes afin de réentraîner de façon trimestrielle le système pour s'assurer de sa fiabilité
- Bénéficie de l'apport de 3 patients-partenaires (et autres personnes) qui collaborent au développement et à l'évolution du produit et des services
- Intègre différents outils d'aide à la décision pour les professionnels (calculateur SMOG pour ajuster le niveau de scolarité requis pour permettre une bonne compréhension de la part de l'utilisateur; RxVigilance, logiciel de soutien en matière de soins pharmaceutiques; Therappx, logiciel de soutien en matière d'applications mobiles en santé)
- Offre un service de soutien 24 h/24 ainsi qu'un centre d'aide qui regroupe différentes capsules afin de soutenir les professionnels sur le plan technique et de les guider, au besoin

EFFETS PERÇUS

Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de diminuer les visites physiques auprès d'un professionnel de la santé (75,5 % des patients sondés disent qu'ils n'auront pas besoin de consulter à nouveau sur ce sujet)
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Permet au professionnel d'identifier des patients ayant besoin de leurs services maintenant, en toute simplicité et à partir de son domicile professionnel • Permet de faire connaître leur profession et de se bâtir une clientèle
Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'être en relation avec le bon professionnel sans nécessiter de connaissance du champ d'expertise actuel de chaque professionnel de la santé œuvrant au Québec • Bénéficie d'une expérience-patient satisfaisante (96 %) • Répond à un besoin d'accès à l'expertise/à la bonne information (89 %) • Accroît le pouvoir d'agir des usagers à l'égard de leur santé (autosoins) • Influe positivement sur l'autonomie et réduit l'anxiété des usagers (> 50 %)

¹ Système en apprentissage supervisé : Les catégorisations effectuées par l'IA sont validées de façon asynchrone par des ressources expertes pour assurer la fiabilité et la concordance.

Fiche synthèse réalisée par Bastille et Jean (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Question pour un pharmacien-Question pour un Pro (QPUP)

FACILITATEURS

- Persévérance des développeurs
- Efforts déployés en vue d'adapter la plateforme au niveau de littératie des usagers
- Capacité à s'entourer de chercheurs
- Capacité à établir des partenariats avec le MSSS
- Mise en place d'indicateurs de performance permettant d'évaluer de façon hebdomadaire les résultats (*Weekly business review*) et de prendre des décisions quant aux éléments à prioriser au chapitre des améliorations

OBSTACLES

- Accès limité à Internet de certaines communautés
- Nécessité d'avoir recours à du personnel administratif afin de remplir le formulaire par téléphone pour un usager de façon à relever le défi de la fracture numérique
- Capacité à offrir des incitatifs intéressants pour susciter la participation et la performance des professionnels

DÉVELOPPEMENTS ANTICIPÉS

- Publiciser l'intégration des autres professionnels
- Incorporer la plateforme dans les Guichets d'accès pour la clientèle orpheline via le projet Accès Réseau Pertinence

PERSONNE-RESSOURCE

Alexandre Chagnon	(514) 797-2227
Pharmacien	achagnon@therappx.com
Directeur Général	

VALIDATION DE LA SYNTHÈSE DE PRATIQUE

Alexandre Chagnon	Pharmacien, Directeur général de QPUP	31 août 2021
-------------------	---------------------------------------	--------------

La fiche synthèse de pratique vise à donner un aperçu général d'une pratique en place au Québec. Les personnes intéressées à obtenir des détails de cette pratique sont invitées à contacter la personne-ressource.

Fiche synthèse réalisée par Bastille et Jean (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

FICHE SYNTHÈSE
DE PRATIQUE**INTER S4**CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX**SUIVIS VIRTUELS EN MILIEUX DE VIE (TÉLÉSOINS)****SYNTHÈSE DE PRATIQUE**

Ce programme innove en offrant des services à distance, par un professionnel de la santé, à un usager à domicile dans le but d'éduquer, de surveiller, d'assister et d'intervenir auprès de ce dernier selon des objectifs de soins. Le service est offert par l'entremise de tablettes intelligentes (iPad) utilisées par les usagers à domicile ainsi que la plateforme Orion.

OBJECTIFS

Améliorer l'accès un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, afin de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise :

- Accroître l'accessibilité et l'efficacité des services de santé
- Favoriser l'autogestion de la maladie
- Favoriser le maintien à domicile
- Permettre de mieux faire face à la pénurie de professionnels
- Optimiser les suivis réguliers avec le professionnel
- Diminuer la consommation des services de santé

CLIENTÈLE

Admissibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Un usager qui présente un diagnostic chronique • Un usager (ou aidant naturel) qui accepte de collaborer avec le centre de télésurveillance, et ce, conformément à son plan de suivi • Un usager (ou aidant naturel) qui accepte les traitements et le suivi prescrits par le médecin • Un usager qui nécessite une assistance pour l'interprétation de ses symptômes ou sa prise en charge thérapeutique • Un usager qui présente des risques de décompensation fréquente • Un usager qui visite l'urgence ou est hospitalisé de façon répétée • Un usager (ou aidant naturel) qui ne sait lire et écrire le français ou l'anglais • Un usager ayant un médecin traitant qui accepte la prise en charge du suivi Télésoins • Un usager qui réside sur le territoire du RLS Jardins-Roussillon (maladies chroniques), du RLS Suroît (MPOC) ou du RLS Haut Saint-Laurent (MPOC)
Volumétrie	<ul style="list-style-type: none"> • 144 nouvelles inscriptions en 2020-2021 • La durée moyenne de suivi est de 4 mois
Problématiques fréquentes	Insuffisance cardiaque; maladies pulmonaires obstructives chroniques; diabète, HTA Insuffisance rénale; fibrillation auriculaire; grossesses à risque

PROCESSUS ET ACTIVITÉS

Services offerts (voir annexe 1):

- Références reçues par tous types de professionnels (urgences, unités de soins, GMF, etc.)
- Équipe d'infirmières :
 - Évaluation de l'admissibilité
 - Distribution de tablettes intelligente (iPad) et de cartes LTE (pour des situations de difficulté d'accès)
 - Évaluation et suivi de l'état de santé
 - Enseignement sur l'utilisation de la tablette intelligente et de la plateforme de Télésoins, téléenseignement et télésurveillance (à domicile ou par téléphone, selon le niveau de littératie numérique du patient)

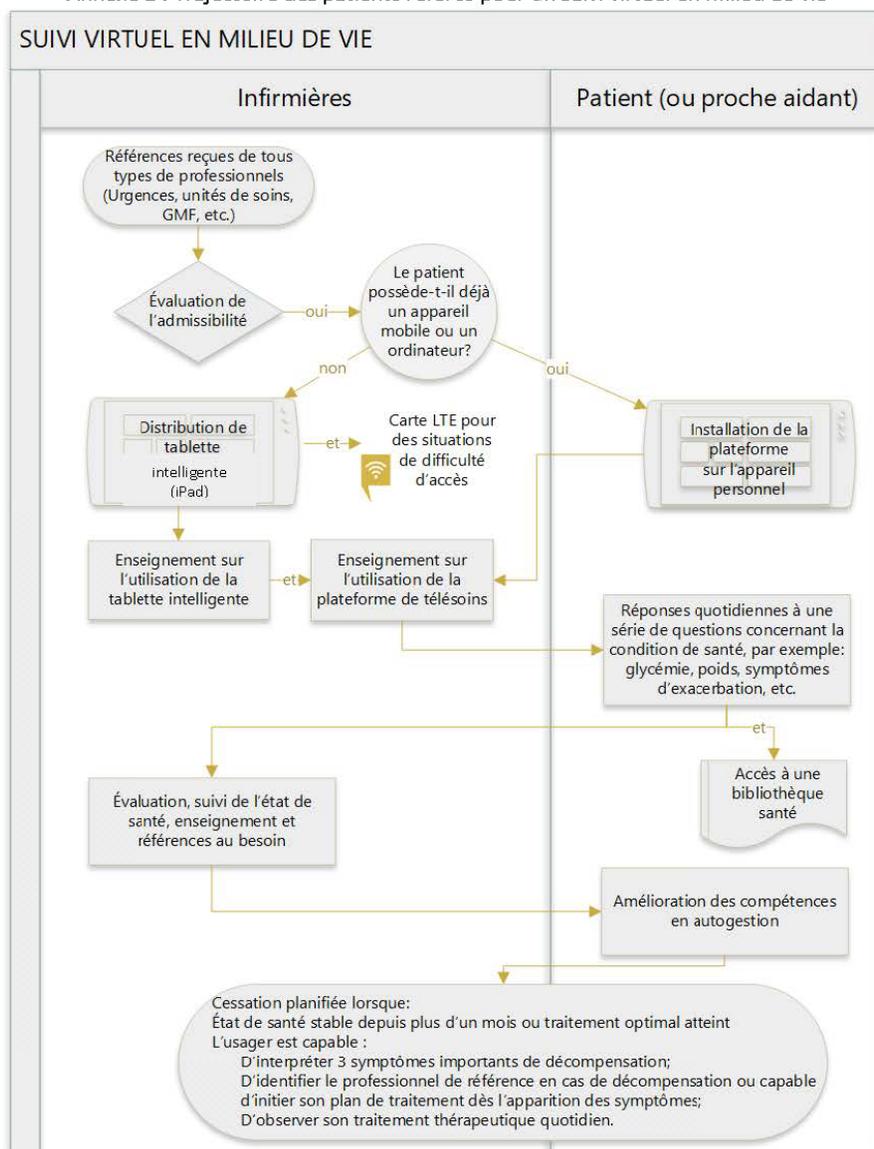
Fiche synthèse préparée par Jean et Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Suivis virtuels en milieu de vie (télésoins)	
<ul style="list-style-type: none"> • Les patients (ou aidants naturels): <ul style="list-style-type: none"> – Réponse quotidienne à une série de questions concernant la condition de santé (par exemple, glycémie, poids, symptômes d'exacerbation, etc.) – Accès à une bibliothèque santé incluant des écrits et des capsules vidéo sur l'autogestion • Cessation planifiée lorsque: <ul style="list-style-type: none"> – L'état de santé stable depuis plus d'un mois ou lorsqu'un traitement optimal est atteint – L'utilisateur est capable : <ul style="list-style-type: none"> - D'interpréter 3 symptômes importants de décompensation - D'identifier le professionnel de référence en cas de décompensation ou est capable d'initier son plan de traitement dès l'apparition des symptômes - D'observer son traitement thérapeutique quotidien 	
RESSOURCES	
<ul style="list-style-type: none"> • Met à contribution 4 infirmières cliniciennes • Utilise la plateforme ORION du MSSS • Dispose de 100 tablettes intelligentes et d'étuis protecteurs • Fourni les cartes LTE: coût d'achat et coût récurrent annuel 	
EFFETS PERÇUS	
Organisation	↓ De 34% du nombre de visites à l'urgence ↓ De 66% du nombre d'hospitalisations ↓ Durée moyenne de séjour ↓ Nombre de visites des infirmières du SAD ↓ Coûts (1 557 \$ d'économie annuelle par usager en comparaison au suivi traditionnel) ↑ Sorties précoces de l'hôpital
Intervenants	↓ Nombre de déplacements à domicile
Clientèle	↑ Amélioration de l'autogestion ↑ Détection rapide des décompensations ↓ Des déplacements ↓ Des hospitalisations
FACILITATEURS	
<ul style="list-style-type: none"> • Vision partagée du projet avec la direction • Présence d'un conseiller-cadre expert clinique avec de bonnes connaissances technologiques • Rencontres statutaires : <ul style="list-style-type: none"> – Pilotes cliniques de la Montérégie – Réseau québécois de la télésanté – TCPI, table clinique provinciale 	
OBSTACLES	
<ul style="list-style-type: none"> • Temps que doivent investir les infirmières pour : <ul style="list-style-type: none"> – La livraison des tablettes intelligentes – La publicisation et la promotion des services pour recruter des patients 	
DÉVELOPPEMENTS ANTICIPÉS	
<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre le travail de publicisation et de promotion des services pour augmenter les références • Créer un partenariat avec les CLSC pour avoir un préposé à l'équipement pour la livraison • Développer des références électroniques par lien Web (version rehaussée d'HÉLIOS) • Fournir des stylets tactiles 	
Fiche synthèse préparée par Jean et Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux	

Suivis virtuels en milieu de vie (télésoins)

PERSONNE-RESSOURCE		
Sopharithy Kor, Conseiller-cadre		
Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire		(514) 444-4137
CISSS Montérégie Ouest		sopharithy.kor.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca
VALIDATION DE LA SYNTHÈSE DE PRATIQUE		
Sopharithy Kor	Conseiller-cadre	9 septembre 2021

Annexe 1 : Trajectoire des patients référés pour un suivi virtuel en milieu de vie



La fiche synthèse de pratique vise à donner un aperçu général d'une pratique en place au Québec. Les personnes intéressées à obtenir des détails de cette pratique sont invitées à contacter la personne-ressource.

Fiche synthèse préparée par Jean et Bolduc (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

FICHE SYNTHÈSE
DE PRATIQUE**INTER S4**CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX**CENTRE D'EXPERTISE EN MALADIES CHRONIQUES - RÔLE DE LA PHARMACIENNE****SYNTHÈSE DE PRATIQUE**

Dans le cadre du déploiement des activités du Centre d'expertise en maladies chroniques (CEMC), une entente de partenariat a été conclue avec une pharmacienne pour favoriser et baliser sa participation à la réalisation de la mission de l'organisme. Au quotidien, la pharmacienne, qui agit en pleine autonomie professionnelle et en concordance avec les plus récentes évolutions législatives, est appelée à réaliser différentes activités liées aux questions pharmacothérapeutiques entourant la gestion des maladies chroniques : collaboration soutenue auprès des différents membres de l'équipe (principalement, les infirmières), notamment pour les cas complexes; évaluation et suivi de la clientèle référée par des professionnels du CEMC; interactions auprès des pharmaciens communautaires pour la prise en charge de l'ajustement de la pharmacothérapie; participation active à la formation et à l'amélioration continues de l'équipe (gestion de cas et formations ciblées plusieurs fois par année, notamment).

OBJECTIFS

- Établir des mécanismes de communication, de prise de décision et de gestion de la clientèle dans le cadre de la pratique collaborative
- Instaurer des mécanismes pour assurer la continuité des soins et permettre le maintien d'une pratique de proximité

CLIENTÈLE

Admissibilité	Critères d'admission du CEMC (voir fiche synthèse portant sur le CEMC)
Volumétrie	Environ 15 consultations par semaine (pour une contribution de 15 h par semaine)
Problématiques fréquentes	Patients dont les indicateurs de santé sont mal contrôlés (par exemple, une personne diabétique avec une glycémie soutenue à 24) ou pour lesquels on soupçonne une gestion inadéquate de la médication

PROCESSUS ET ACTIVITÉS**Services offerts :**

- Programme favorisant l'autogestion (projet de cours de groupe dans le cadre de l'offre à la carte du CEMC)
- Stratégies de promotion/prévention (enseignement sur les médicaments, notamment)
- Traitement (approches ciblées auprès du patient, de son pharmacien communautaire et de l'équipe)

Stratégies :

- Prise en charge à l'intérieur de 30 jours
- Mise en place de procédures, suivis systématiques et ordonnances
- Formation continue dispensée aux intervenants (infirmière, nutritionniste, psychologue, travailleur social, kinésologue, inhalothérapeute et à l'IPSPL) sur différents sujets reliés aux maladies chroniques (ex : revue des traitements pharmacologiques de l'obésité)
- Participation aux activités de gestion de cas, pour les cas complexes
- Approche patient fondée sur le concept de décision partagée
- Réseautage avec les pharmacies communautaires pour promouvoir les services offerts par le CEMC et développer la collaboration interprofessionnelle

RESSOURCES

- Ressources humaines :
 - 0,4 ETC

Fiche synthèse réalisée par Bourget (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

Centre d'expertise en maladies chroniques – Rôle de la pharmacienne

- Technologies :
 - TherAppX, qui permet d'évaluer la validité scientifique de diverses applications mobiles en santé
 - Plateforme Orion, dont le déploiement est imminent
 - Rappels électroniques
- Formulaires standardisés, notamment pour les communications avec les pharmaciens communautaires

EFFETS PERÇUS

Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Réévalue le besoin des patients afin que ces derniers soient pris en charge par le bon professionnel au bon moment libérant ainsi du temps pour l'IPSP et les médecins qui peuvent se consacrer aux activités qui leur sont réservées (par exemple, poser un diagnostic) • Contribue à promouvoir l'efficacité et la crédibilité des activités du CEMC
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Favorise, chez les différents membres de l'équipe une meilleure compréhension des réalités professionnelles respectives et des bénéfices mutuels de la CIP, par une communication ouverte et soutenue
Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • Respecte l'autonomie du patient à qui on présente, avec transparence, les options envisageables, ainsi que leurs avantages et limitations, lui permettant de faire un choix éclairé en fonction de sa réalité, ses préférences et ses croyances • Favorise la participation des proches, dans la foulée de l'approche globale CEMC, laquelle peut notamment être précieuse pour surmonter les barrières linguistiques (forte proportion de nouveaux arrivants sans médecin de famille au sein de la clientèle)

FACILITATEURS

- À la faveur de la mise en œuvre progressive de Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services (Loi 31), cristallisation du droit prescripteur du pharmacien, qui permet au patient de réclamer le coût des ordonnances auprès des assureurs
- Pleine autonomie professionnelle de la pharmacienne, notamment dans la hiérarchisation des cas prioritaires à prendre en charge
- Crédibilité du CEMC facilitant les interactions avec les pharmacies communautaires
- Rétroactions régulières sur les bons coups réalisés au sein de l'équipe et auprès de la clientèle
- Cohésion de l'équipe favorisée par une programmation formelle et informelle d'activités sociales tout au long de l'année
- Participation à des communautés de pratique groupes professionnels affinitaires sur les réseaux sociaux pour échanger et partager

OBSTACLES

- Nécessité, en continu, d'expliquer et de réexpliquer le rôle et la valeur ajoutée du pharmacien en gestion des maladies chroniques
- Indisponibilité d'un espace de travail dédié (bureau et téléphone attitrés)
- Irrégularité de l'horaire de travail qui limite la disponibilité effective et l'instantanéité des interactions avec les autres membres de l'équipe

DÉVELOPPEMENTS ANTICIPÉS

- Formation continue visant l'amélioration des compétences numériques
- Développement de cours de groupes sur les soins pharmaceutiques destinés aux patients
- Maintien d'une disponibilité optimale auprès de l'équipe
- Poursuite des efforts de sensibilisation sur le rôle du pharmacien en contexte de gestion des maladies chroniques
- Accroissement prévisible de la présence et du rôle des pharmaciens dans les centres d'expertise

Fiche synthèse réalisée par Bourget (2021) Consortium Interrégional de Savoires en Santé et Services sociaux

Centre d'expertise en maladies chroniques – Rôle de la pharmacienne

PERSONNE-RESSOURCE

Isabelle Barthélémy

Pharmacienne

Centre d'expertise en maladies chroniques

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

isabelle.barthelemy.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

VALIDATION DE LA SYNTHÈSE DE PRATIQUE

Isabelle Bathélémy

Pharmacienne

15 septembre 2021

La fiche synthèse de pratique vise à donner un aperçu général d'une pratique en place au Québec. Les personnes intéressées à obtenir des détails de cette pratique sont invitées à contacter la personne-ressource.

Fiche synthèse réalisée par Bourget (2021) Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux

INTER S4

CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX