

## ANNEXE G 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*

## RÉSUMÉ DES ÉCRITS CONSULTÉS

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](http://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

---

<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>iii</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>iv</b>
<b>FAITS SAILLANTS DE LA RECENSION DES ÉCRITS.....</b>	<b>1</b>
Tableaux synthèse de connaissances abordant un ensemble vaste d'éléments liés aux maladies chroniques en première ligne.....	5
Tableaux synthèse de connaissances abordant certains aspects spécifiques .....	20
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>99</b>

## LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau 1 – Paramètres de recherche des écrits sur les maladies chroniques .....	2
Tableau 2 – Ensemble de thèmes liés aux maladies chroniques .....	5
Tableau 3 – Clés, barrières et recommandations relatives à la collaboration de professionnels .....	20
Tableau 4 – Utilisation nouvelle de certains professionnels .....	24
Tableau 5 – Stratégies liées au soutien des professionnels.....	45
Tableau 6 – Stratégies liées à l'éducation à la santé et le soutien du patient.....	50
Tableau 7 – Barrières et recommandations relatives aux changements en première ligne .....	52
Tableau 9 – Télésanté et intelligence artificielle .....	58
Tableau 10 – Systèmes d'aide à la décision clinique .....	68
Tableau 10 – Paramètres de recherche des écrits sur les valeurs.....	92
Tableau 11 – Valeurs liés aux maladies chroniques en première ligne .....	93

## FAITS SAILLANTS DE LA RECENSION DES ÉCRITS

---

Les tableaux qui suivent présentent un bilan détaillé de la recension des écrits ayant alimenté les propositions contenues à l'annexe D. Ils sont regroupés selon des thématiques, parfois ciblées, parfois très larges, s'étant dégagées de la première recension. Les balises générales cette première recension sont exposées ci-dessous. Lorsque requis par la spécificité d'une thématique, certains termes de recherche ont été ajoutés. Le cas échéant, ceux-ci sont présentés en début de thématique.

Tableau 1 – Paramètres de recherche des écrits sur les maladies chroniques

	Type	Bases de données	Termes de recherche			Critères	
			Concept 1	AND	Concept 2	Inclusions	Exclusions
Recherche générale	Littérature scientifique <sup>1</sup> Littérature grise <sup>2</sup>	Pubmed Ebscohost : Academic Search Premier, Medline, Cinalh Google scholar Google (littérature grise)	( <i>chronic disease management</i> ) OR ( <i>chronic illness management</i> )		( <i>primary healthcare</i> ) OR ( <i>primary health care</i> )	Méta-analyse, revues systématiques, revues Publications entre 2013 et 2021 (les plus récentes, jusqu'à saturation des données) Rédigé en français et en anglais Abordant plusieurs pathologies ou les multimorbidités Proposant des recommandations pour l'organisation ou la dispensation des services Pays comparables	Publications d'avant 2012 Centrés sur une pathologie seulement, pour la première recension Centrés sur une seule modalité d'intervention Exclusivement descriptifs et qui ne proposent pas de recommandations

<sup>1</sup> La littérature scientifique est un outil de diffusion d'information scientifique publiée sur des plateformes qui se chargent d'analyser la qualité scientifique des contenus avec l'appui d'un éditeur scientifique dans le cadre d'un processus de révision par les pairs.

<sup>2</sup> « La littérature grise, terme générique, désigne les documents produits par l'administration, l'industrie, l'enseignement supérieur et la recherche, les services, les ONG, associations etc., qui n'entrent pas dans les circuits habituels d'édition et de distribution. Ces documents 1-contiennent souvent des informations avant qu'elles ne soient publiées dans des articles ou livres, voire ne sont jamais publiées ailleurs. 2. Les données, résultats, synthèses etc. sont souvent bien plus nombreux et détaillés que dans les revues ou les livres. 3. Proximité avec le terrain, avec une équipe de recherche, une communauté, un milieu culturel et linguistique, une région, une branche d'activité etc. Dans certains secteurs, c'est la source principale d'information. » Schöpfel, J. (Ed.) (2015). Littérature grise : de l'ombre à la lumière (dossier) (Vol. 52). France.

	Type	Bases de données	Termes de recherche			Critères	
			Concept 1	AND	Concept 2	Inclusions	Exclusions
Thème spécifique : Professionnels	Littérature scientifique Littérature grise	+ Pubmed + Google (lit.grise) + Google scholar	<i>(chronic disease management)</i>		<i>(pharmacist) OR (pharmacy)</i> <i>(nurse) OR (nurse practitioner)</i> <i>(interprofession*)</i> <i>(roles of healthcare professionals)</i> <i>(professional roles)</i> AND <i>(primary healthcare)</i>	+ 2015-2021 + Méta-analyse, revues systématiques, revues + Pays comparables	Non fixé au départ
Thème spécifique : Télésanté	Littérature scientifique Littérature grise	Pubmed Ebscohost : Academic Search Premier, Medline, Cinalh Google scholar Google (littérature grise)	<i>(chronic disease)</i> OR <i>(chronic condition)</i>	(télésanté) OR <i>(eHealth)</i> OR (applications mobiles) OR <i>(mHealth)</i>	Méta-analyse, revues systématiques, revues Publications entre 2013 et 2021 (les plus récentes, jusqu'à saturation des données) Rédigé en français et en anglais Abordant différentes modalités d'intervention (prévention; suivi ambulatoire; gestion; auto-soins) Abordant la desserte en milieu rural ou éloigné Proposant des recommandations pour l'organisation ou la dispensation des services Pays comparables	Publications d'avant 2012	

	Type	Bases de données	Termes de recherche			Critères	
			Concept 1	AND	Concept 2	Inclusions	Exclusions
Thème spécifique : Système de soutien à la décision	Littérature scientifique Littérature grise	Pubmed Ebscohost : Academic Search Premier, Medline, Cinalh Google scholar Google (littérature grise)	<i>(chronic disease)</i>  OR  <i>(chronic condition)</i>	<i>(clinical decision support system)</i>  OR  <i>(clinical decision making)</i>  OR  <i>(decision support system)</i>  OR  <i>(health decision support system)</i>  OR  <i>(clinical framework)</i>  OR  <i>(decision making tools in healthcare)</i>  OR  <i>(aide à la decision clinique)</i>	Méta-analyse, revues systématiques, revues Publications entre 2013 et 2021 (les plus récentes, jusqu'à saturation des données) Rédigé en français et en anglais Abordant les applications en première ligne ( <i>primary care</i> ) Abordant la desserte en milieu rural ou éloigné Explorant les typologies de systèmes Abordant les systèmes apprenants Proposant des recommandations pour l'organisation ou la dispensation des services Pays comparables	Publications d'avant 2012	

## Tableaux synthèse de connaissances abordant un ensemble vaste d'éléments liés aux maladies chroniques en première ligne

Tableau 2 – Ensemble de thèmes liés aux maladies chroniques

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
(Jimenez, Matchar, Koh, & Car, 2021)  Revue systématique	Clientèle non spécifique  Aborde le vieillissement de la population et l'augmentation du fardeau mondial des maladies chroniques non transmissibles  Identifier les interventions qui incluent de multiples composantes visant à améliorer les soins de première ligne  Identifier leurs effets sur les mesures du succès du système, c'est-à-dire la santé de la population, les coûts et l'utilisation des soins de santé, la satisfaction des patients et la satisfaction des fournisseurs	Accroître l'accès aux services de soins de première ligne, en : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Offrant des heures de travail après le bureau et le week-end</li> <li>○ Améliorant la facilité de prise de rendez-vous</li> <li>○ Offrant différentes modalités d'accès (par exemple, rendez-vous téléphoniques, visites à domicile)</li> </ul> Utiliser des incitations financières pour encourager les fournisseurs à atteindre certaines mesures de performance, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ De traiter des patients ayant des besoins de santé complexes</li> <li>○ D'accroître la taille de la charge de cas</li> </ul> Offrir la prestation de soins de première ligne en équipe Fournir du soutien à l'autogestion Introduire des améliorations technologiques	Les interventions qui incluent plusieurs composantes sont par exemple des stratégies qui comprennent à la fois des changements de politique ou de financement, une restructuration organisationnelle et des changements de main-d'œuvre, augmentent les visites de soins de première ligne par rapport aux visites de spécialistes [Auteurs].
(Hughes, Shaw, & Greenhalgh, 2020)  Revue herméneutique systématique	Clientèle non spécifique  Aborde l'augmentation du vieillissement de la population et des multimorbidités  Éclairer la politique et la pratique de soins intégrés	Travailler en partenariat (y compris les accords de collaboration <sup>3</sup> ); et responsabilité collective (financière et clinique) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Renégocier la frontière entre les soins hospitaliers et les soins à domicile pour les personnes âgées nécessitant des soins à domicile après la sortie de l'hôpital</li> </ul> Utiliser des parcours de soins intégrés : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Accroître l'observance des pratiques fondées sur des données probantes</li> <li>○ Officialiser l'apport d'équipes multidisciplinaires</li> <li>○ Attention! : Ces parcours fonctionnent mieux lorsque les besoins des patients sont prévisibles</li> </ul> Prendre en considération que les éléments que les patients apprécient des soins intégrés (soutien psychosocial, émotionnel et pratique) ne	Malgré la présence d'équipes multidisciplinaires, il y a peu de preuves de changements importants dans les relations interprofessionnelles hiérarchiques traditionnelles [Auteurs].  Une microstratégie de soins intégrés, la gestion de cas, est peu susceptible d'atteindre des résultats au niveau du macro-système. La gestion de cas qui se fait en l'absence d'un remaniement des services ne modifie

<sup>3</sup> On parle d'accords contractuels entre organisations (basés sur des directives cliniques) précisant comment les services doivent être fournis à certains groupes de patients.

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>sont pas nécessairement les mêmes que les prestataires de soins de santé et les décideurs estiment importants</p> <p>Inclure des technologies de coordination (parcours de soins intégrés et chaînes de soins)</p>	<p>pas les taux d'hospitalisation [Auteurs].</p>
<p>(National Institut for Health and Care Excellence, 2021) (National Institut for Health and Care Excellence, 2016)</p> <p>Gris</p>	<p>Multimorbidité :</p> <p>Adultes ayant au moins deux problèmes de santé physique à long terme</p> <p>Adultes ayant au moins un problème de santé mentale et au moins un problème de santé physique</p> <p>Inclut :</p> <p>Problèmes de santé physique et mentale définis, par exemple, le diabète ou la schizophrénie</p> <p>Conditions comme troubles d'apprentissage</p> <p>Symptômes complexes comme la fragilité ou la douleur chronique</p> <p>Déficiences sensorielles telles que perte de la vue ou de l'ouïe</p> <p>Abus d'alcool et de substances</p> <hr/> <p><i>NICE Pathways</i> rassemble tout ce que NICE dit sur un sujet dans un organigramme interactif</p> <p><i>NICE Pathways</i> sont interactifs et conçus pour être utilisés en ligne</p>	<p>Principes généraux :</p> <p>Identifier les personnes qui pourraient bénéficier d'une approche qui considère les multimorbidités, opportunément pendant les soins de routine ou de manière proactive en utilisant des dossiers de santé électroniques (voir suggestions d'outils validés)</p> <p>Fournir une approche de soins qui considère les multimorbidités aux personnes qui ont été identifiées comme pouvant en bénéficier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Discuter du but de l'approche des soins</li> <li>○ Établir le fardeau de la maladie et du traitement en parlant avec les personnes de la façon dont leurs problèmes de santé affectent leur vie quotidienne.</li> <li>○ Déterminer les préférences et les priorités du patient (voir recommandation <i>NICE</i> pour la prise de décision partagée)</li> <li>○ Passer en revue les médicaments et autres traitements (voir recommandations <i>NICE</i> sur l'optimisation des traitements)</li> </ul>	<p>Très clair pour guider la pratique [EJ].</p>
<p>(American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity, 2012)</p>	<p>Adultes plus âgés, avec des multimorbidités</p> <p>Développer une approche pour les cliniciens afin qu'ils puissent offrir des soins optimaux</p>	<p>Se renseigner sur la principale préoccupation du patient (et celle de la famille ou amis, le cas échéant) et tout autre objectif de visite</p> <p>Effectuer un examen complet du plan de soins pour une personne atteinte de multimorbidité</p> <p>OU</p> <p>Mettre l'accent sur l'aspect spécifique des soins pour les personnes atteintes de multimorbidité</p>	<p>De grandes similitudes avec ce que propose <i>NICE</i> [EJ].</p>

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>Vérifier quelles sont les atteintes et les interventions médicales actuelles et si le plan de traitement les respecte et qu'il est confortable</p> <p>Tenir compte des préférences du patient</p> <p>Vérifier si les résultats sont disponibles à propos du traitement</p> <p>Tenir compte du pronostic</p> <p>Tenir compte des interactions entre les traitements et conditions</p> <p>Peser les avantages et les inconvénients des composantes du plan de traitement</p> <p>Communiquer et décider pour ou contre la mise en œuvre ou la poursuite de l'intervention / traitement</p> <p>Réévaluer à intervalles choisis : pour le bénéfice, la faisabilité, l'adhésion, l'alignement sur les préférences</p>	
(Kastner et al., 2019) Revue réaliste	<p>Adultes plus âgés (≥ 65 ans) atteints de deux maladies chroniques ou plus</p> <p>Comprendre comment et pourquoi des interventions efficaces de gestion des maladies multichroniques influencent les résultats de santé chez les personnes âgées de 65 ans ou plus</p>	<p>Mettre à contribution des cliniciens hautement qualifiés pour prodiguer des soins holistiques et coordonnés grâce à une communication et une collaboration interdisciplinaires efficaces et en dispensant une éducation et des conseils aux patients</p> <p>Utiliser des programmes de gestion des maladies par l'intermédiaire des protocoles ou des plans de soins, des listes de contrôle, calendriers de suivi et cibles de traitement</p> <p>Utiliser la gestion de cas pour les situations où il peut y avoir de multiples et divers prestataires concernés par les soins d'un patient</p> <p>Travailler avec les patients pour identifier les symptômes qui les dérangent, et pourquoi, et explorer les options acceptables tant pour les cliniciens que pour les patients pour traiter leurs symptômes</p> <p>Ne pas supposer que tous les patients sont capables de prendre soin d'eux-mêmes</p> <p>Identifier quel patient est capable de prendre soin de lui-même et dans quelle mesure et établir avec celui-ci ce dont il a besoin (par exemple, information, soutien) pour permettre les soins personnels</p>	La gestion de la multimorbidité est perçue comme déroutante pour les patients et les prestataires [Auteurs].
(Starbird, DiMaina, Sun, & Han, 2019) Revue systématique	<p>Clientèles vulnérables</p> <p>Dégager les types et impacts des interventions qui concernent le transport pour la prise en charge des maladies chroniques</p>	Fournir des laissez-passer d'autobus, de bons de taxi et du remboursement des frais de transport pour améliorer l'utilisation des soins de santé et les problèmes de santé chroniques chez diverses populations défavorisées sur le plan socioéconomique, en particulier les personnes âgées	Spécifique aux enjeux de transport [EJ].

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
(Collège des médecins de famille du Canada, 2019) Gris	Centre de médecine de famille ( <i>Patient-centered medical home</i> <sup>1)</sup> Générer une édition révisée de la vision au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) : Une vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale : Le Centre de médecine de famille	10 piliers : 1 <sup>er</sup> pilier : Administration et financement appropriés 2 <sup>e</sup> pilier : Infrastructure appropriée 3 <sup>e</sup> pilier : Soins interreliés 4 <sup>e</sup> pilier : Soins accessibles 5 <sup>e</sup> pilier : Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale 6 <sup>e</sup> pilier : Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille 7 <sup>e</sup> pilier : Continuité des soins 8 <sup>e</sup> pilier : Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille 9 <sup>e</sup> pilier : Mesure, amélioration continue de la qualité et recherche 10 <sup>e</sup> pilier : Formation, éducation et développement professionnel continu	Le Québec est cité en exemple de la mise en place des piliers [EJ].
(John, Jani, Peters, Agho, & Tannous, 2020) Revue systématique	Centre de médecine de famille ( <i>Patient-centered medical home</i> ) Synthétiser les preuves pour déterminer si les modèles de Centre de médecine de famille sont plus efficaces que les soins standards des médecins généralistes pour améliorer les résultats biomédicaux, hospitaliers et économiques	Éléments qui distinguent les pratiques : L'engagement des patients par l'éducation et la promotion de l'autogestion La coordination des soins Les services offerts par une équipe de soins	Les preuves actuelles suggèrent que les soins basés sur le PCMH ont montré des améliorations significatives par rapport aux soins standards des généralistes [Auteurs].
(O'Connell, Mc Carthy, & Savage, 2018) Analyse documentaire	Huit documents cadres publiés de 2008 à 2017: l'Écosse, le Pays de Galles, l'Irlande, le Manitoba, le Queensland, l'Australie occidentale, la Tasmanie et le Territoire du Nord Mener une analyse documentaire comparative transnationale des cadres sur le soutien à l'autogestion pour les maladies chroniques dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques	Points consensuels : Formation de professionnels de la santé Sensibilisation aux services disponibles Points qui comportent des différences : 4 cadres incluaient un plan de mise en œuvre avec des actions spécifiques associées à des délais spécifiques 4 cadres couvraient le continuum de soins. La référence au continuum de soins différait selon les cadres. Elle semblait inclure l'identification des risques jusqu'à la gestion de la maladie 2 cadres se sont principalement concentrés sur l'autogestion des personnes ayant une maladie chronique diagnostiquée	Peu de cadres envisageaient la multimorbidité, bien que de nombreuses personnes aient plus d'une maladie et cela soit considéré comme posant des défis particuliers pour l'autogestion [Auteurs]. Tous les cadres comprenaient des recommandations pour l'évaluation, mais cet élément n'est pas mentionné comme consensuel par les auteurs [EJ].

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>2 autres cadres traitaient des maladies chroniques ainsi que des facteurs de risque</p> <p>2 cadres abordaient l'importance de mettre à contribution des personnes vivant avec une maladie chronique dans l'élaboration des programmes</p>	
(Boehmer, Abu Dabrh, Gionfriddo, Erwin, & Montori, 2018) Revue systématique	<p>Patients présentent de multiples maladies chroniques et une complexité psychosociale croissante</p> <p>Évaluer de manière critique dans quelle mesure les constructions de la Médecine minimalement perturbatrice (<i>Minimally Disruptive Medicine</i>) ou MDM ont été adoptées dans la mise en œuvre du modèle des maladies chroniques</p>	Équilibrer la charge de travail avec la capacité des patients	Le message principal : « C'est beaucoup de travail d'être un patient et c'est parfois sous-estimé par les professionnels » [EJ].
(Reynolds et al., 2018) Revue systématique	<p>Problèmes de santé physique chroniques (asthme, MPOC, diabète, maladies cardiaques, HTA, troubles lipidiques, arthrite, incluant arthrose et polyarthrite rhumatoïde, et ostéoporose)</p> <p>Évaluer les résultats d'interventions de gestion des maladies chroniques mises en œuvre dans les établissements de soins de première ligne ou communautaires, chez les adultes ayant des problèmes de santé physique</p>	<p>Mettre en place des interventions de soutien à l'autogestion</p> <p>Travailler les modèles de dispensation des services</p> <p>Utiliser des systèmes d'aide à la décision</p> <p>Mettre en œuvre des systèmes d'information clinique comme élément principal de l'intervention</p>	La portée des interventions en maladies chroniques doit être étendue pour transformer les systèmes de soins [Auteurs].
(Australian Health Ministers' Advisory Council, 2017) Gris	Conditions chroniques : Englobe une large gamme de problèmes de santé chroniques et complexes y compris la maladie mentale, les traumatismes, les incapacités et les troubles génétiques	<p>Centrer les efforts sur la prévention</p> <p>Cibler les populations prioritaires</p> <p>Fournir des services et soins qui permettent d'optimiser la qualité de vie</p> <p>Aborder les facteurs de risque par une suite coordonnée d'interventions, fondées sur des données probantes ciblées, sur l'ensemble du</p>	Semble proche des perspectives partagées par le comité d'orientation [EJ].

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	<p>Cette définition large vise à déplacer l'attention loin d'une approche spécifique à une maladie</p> <p>Fournir des orientations de haut niveau, approuvées par le ministère australien de la Santé, qui permettront à tous de travailler à la mise en œuvre d'une réponse nationale plus efficace et coordonnée aux maladies chroniques</p>	<p>spectre de l'individu à la population, dans des approches sur une période prolongée</p> <p>Créer des partenariats solides entre les gouvernements à tous les niveaux, les organisations non gouvernementales, le secteur privé, l'industrie, les chercheurs et les universitaires, les communautés, les individus, les soignants et les familles</p> <p>Investir dans l'autonomisation des communautés, car elles peuvent être habilitées à livrer des services de soins de santé adaptés à la culture locale et facilement accessibles</p> <p>Implanter les recommandations liées à l'idée de vieillir dans la communauté</p> <p>Détecter les risques et la présence de maladies chroniques, au temps opportun</p> <p>Avantager positivement les populations qui sont disproportionnellement affectées</p> <p>Cibler les opportunités pour lutter contre les maladies chroniques lors des étapes critiques de la vie</p> <p>Promouvoir la continuité relationnelle</p> <p>Promouvoir la continuité informationnelle et administrative</p> <p>Offrir des services physiquement disponibles, abordables, appropriés et acceptables</p> <p>Utiliser la télésanté et la technologie pour améliorer l'accès aux soins de santé</p> <p>Faciliter l'autonomisation des individus, communautés et populations</p> <p>Améliorer la littératie en santé</p> <p>Engager les personnes, qui sont au centre de leurs propres soins de santé, de manière active</p> <p>Permettre aux professionnels de la santé de tous les secteurs de partager et d'agir sur un éventail plus large d'informations facilement accessibles</p> <p>Donner accès aux chercheurs aux données de santé complètes et en temps opportun</p> <p>Utiliser des stratégies pour transformer ces connaissances en pratique</p> <p>Mettre en place une infrastructure technologique qui améliore le partage d'informations</p>	

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
(Canadian Academy of Health Sciences, 2017) Gris	Les personnes atteintes de maladies chroniques multiples Identifier les meilleures pratiques et les tendances nouvelles et émergentes dans le traitement des personnes souffrant de problèmes de santé physique chroniques au Canada et à l'étranger	Créer des partenariats communautaires Passer des soins réactifs aux soins proactifs <sup>4</sup> Baser les soins sur l'ensemble de la population, y compris la stratification des risques et des niveaux de soins Implanter des soins de première ligne centrés sur la personne plutôt que centrée sur une maladie Instaurer de nouvelles approches en matière de rémunération pour promouvoir des soins en équipe et centrés sur le patient <sup>5</sup> S'inscrire dans un processus d'amélioration continue Utiliser une équipe interdisciplinaire travaillant avec des ressources communautaires et des soignants informels pour assurer les services nécessaires et soutenir l'autogestion Fournir du soutien à l'autogestion et aux proches aidants Dispenser la formation des professionnels de la santé dans les établissements de soins de première ligne Utiliser des guides de pratique qui reconnaissent les comorbidités Utiliser des systèmes d'information efficaces	Le modèle élargi de soins aux malades chroniques reste le modèle de soins le plus prometteur [Auteurs].  Parce que notre système de santé est axé sur les soins aigus et épisodiques, la formation et les champs d'exercice de la plupart des professionnels de la santé reflètent aussi largement cette vision [Auteurs].  Présente des exemples de pratiques qui illustrent les recommandations [EJ].
(Nolte, Knai, & Saltman, 2014) Gris	Un ensemble d'états chroniques <sup>ii</sup> Valider des méthodes d'évaluation de la gestion des maladies pour les systèmes de santé européens, pour examiner dans quelle mesure ceux-ci font utilisation des quatre éléments considérés comme essentiels pour fournir des soins de haute qualité aux personnes ayant des problèmes de santé	Les éléments qui suivent ont été traités comme dans le texte d'origine, c'est-à-dire sous forme descriptive. Il est toutefois possible d'y repérer les recommandations sous-jacentes.  Plusieurs approches ont été mises en œuvre au niveau régional et ensuite progressivement déployées ( <i>up-scale</i> ) vers une couverture nationale. Celles-ci ont souvent, mais pas toujours, évolué à partir de projets pilotes ou expérimentaux	Descriptif plutôt que prescriptif, mais conservé pour les liens avec la recension de pratique [EJ].

<sup>4</sup> Partout dans le monde, les systèmes de soins de santé sont organisés pour fournir des soins pour les maladies aiguës plutôt que les maladies chroniques.

<sup>5</sup> Par exemple, en Colombie-Britannique, les codes de facturation à l'acte permettent aux spécialistes et aux médecins de famille d'avoir des consultations téléphoniques au point de service.

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	<p>chroniques identifiés par le modèle de soins chroniques :</p> <p>Soutien à l'autogestion Conception du système de prestation Aide à la décision Systèmes d'information clinique</p>	<p>Bon nombre des approches ont tendance à être mises en œuvre au sein des structures organisationnelles existantes sans nécessairement dépasser les limites structurelles ou sectorielles existantes</p> <p>Fréquemment, mais pas toujours, des approches qui surmontent les frontières sectorielles (par exemple, de nouvelles façons de passer des contrats entre bailleurs de fonds et prestataires) ont été mises en œuvre sous forme de projets pilotes<sup>6</sup></p> <p>La majorité des approches examinées sont financées au sein du système public de soins de santé, souvent complétées par des ressources supplémentaires mises à disposition par le biais de fonds (limités dans le temps) affectés aux initiatives de coordination et d'intégration des soins</p> <p>Plusieurs approches utilisent des incitations financières, généralement destinées aux médecins. Celles-ci impliquent généralement un remboursement supplémentaire pour la documentation, l'inscription des patients ou une évaluation ou pour des activités d'amélioration de la qualité.</p> <p>Dans la majorité des cas, le soutien à l'autogestion est fourni par des professionnels de la santé, y compris des médecins, mais plus fréquemment, des infirmières</p> <p>Certaines stratégies incorporant également une formation à la traduction des directives nationales ou régionales au niveau local</p> <p>Les médecins agissant en tant que coordonnateurs d'une équipe doivent suivre une formation complémentaire, parfois dispensée dans le cadre de la formation médicale continue</p> <p>Les systèmes d'information clinique ont tendance à être la stratégie la moins développée dans la plupart des approches</p> <p>On constate la nécessité d'une évaluation plus systématique des nouveaux modèles de soins comme moyen d'éclairer le développement d'interventions efficaces et efficientes pour faire</p>	

<sup>6</sup> Le projet SIKS à Copenhague, au Danemark, fournit une illustration d'un « pilote » de soins intégrés qui s'est terminé après l'achèvement de la phase projet, mais qui a contribué de manière cruciale à l'élaboration de politiques pour des approches de soins coordonnées à travers l'ensemble du Danemark.

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		face au fardeau croissant des maladies chroniques en Europe et ailleurs	
(Ontario Health Technology Advisory Committee, 2013)  Gris	Ce projet est né d'une demande du ministère de la Santé et des Soins de longue durée  Stratégies de réduction des hospitalisations évitables appuyées sur les preuves = Optimiser la gestion des maladies chroniques en ambulatoire (communauté)	<p>Implanter les recommandations qui favorisent la possibilité de vieillir dans sa communauté<sup>iii</sup></p> <p>Mettre en œuvre une planification personnalisée avant le congé pour les patients atteints de maladies chroniques admis à l'hôpital<sup>iv</sup></p> <p>Fournir des soins à domicile pour les patients atteints de maladies chroniques qui ont des limitations fonctionnelles ou qui ont eu une hospitalisation ou une aggravation récente</p> <p>Considérer la continuité des soins avec le ou les fournisseurs de soins habituels comme le modèle de soins privilégié</p> <p>Faire une utilisation accrue des soins infirmiers spécialisés dans la prise en charge clinique des patients atteints</p> <p>Offrir les soins par l'entremise d'équipes multidisciplinaires</p> <p>Utiliser les théories de modification du comportement pour maximiser l'autogestion</p> <p>Utiliser des outils électroniques pour suivre et alerter les prestataires et les patients diabétiques des résultats</p> <p>Considérer les technologies de la santé efficaces et rentables comme faisant partie intégrante de la gestion globale des maladies chroniques</p>	La recommandation la plus détaillée est celle liée à l'idée de vieillir dans la communauté [EJ].
(McMaster Health Forum, 2020)  Gris	Soins intégrés  La publication veut répondre aux questions suivantes :  Comment les soins intégrés ont-ils été conceptualisés en Ontario et quels ont été les principaux éléments des initiatives de soins intégrés à l'échelle de l'Ontario (c'est-à-dire les modèles de financement intégrés, les maillons santé, les carrefours de santé ruraux, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, les centres d'accès aux soins communautaires, les entités, les coordonnateurs des services en	<p>Pour favoriser l'intégration des services, il faut :</p> <p>Avoir des objectifs clairs</p> <p>Mettre en place un financement prévisible</p> <p>Assurer un équilibre entre le confort et le risque</p> <p>Employer des stratégies pour atténuer l'incertitude</p> <p>Adapter les interventions aux besoins de populations particulières dès le début du processus de planification (par exemple, les populations francophones et autochtones)</p> <p>Évaluer les écarts dans les services offerts et à la coordination des soins aux populations francophones et autochtones</p> <p>Offrir un financement suffisant pour répondre aux besoins de la population autochtone</p>	En 2019, l'Ontario a annoncé une transformation du système de santé visant à réduire les silos et à relier les soins entre les services et les secteurs. On a mis en place les Équipes Santé Ontario, qui comprennent des réseaux intersectoriels volontaires d'organismes de santé travaillant conjointement à l'atteinte de résultats quadruples (amélioration des résultats en matière de santé, amélioration de l'expérience des patients, des familles et des soignants, maintien des coûts par

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	français au sein des RLISS et la Stratégie autochtone de guérison et de mieux-être)? Quels résultats à quatre objectifs <sup>7</sup> ont été atteints grâce aux initiatives de soins intégrés en Ontario? Quels obstacles et facilitateurs ont été rencontrés pendant la mise en œuvre des initiatives de soins intégrés en Ontario? Comment les initiatives de soins intégrés en Ontario ont-elles été adaptées pour répondre aux besoins de populations particulières?	Reconnaître que l'autonomie et la compétence culturelle sont essentielles à l'intégration des approches autochtones et occidentales dans les services de santé	habitant gérables et amélioration de l'expérience des fournisseurs) [Auteurs].
(Palmer et al., 2018) Descriptif	Patients en situation de multimorbidité Expliquer la méthodologie utilisée pour mettre en œuvre le modèle « <i>Integrated Multimorbidity Care Model</i> » <sup>v et vi</sup> Décrire comment les sites pilotes se sont adaptés et ont été appliqués	Adopter un processus de stratification des risques Établir un groupe de travail local	Les étapes de mise en œuvre semblent similaires aux pratiques de gestion de projet [EJ].
(The Royal Australian College of General Practitioners, 2020) Gris	Patients atteints de diabète de type 2 associé à une situation de multimorbidité Le défi pour la pratique générale est d'optimiser les soins pour ces patients, en tenant compte des troubles de santé physique ou mentale, de l'âge et des questions socioéconomiques et culturelles	Reconnaître le contexte clinique et le pronostic : Tenir compte des décisions de gestion clinique dans le contexte des risques, des fardeaux, des avantages, et le pronostic de la vie d'un patient (espérance de vie restante; état fonctionnel; qualité de vie; etc.) Promouvoir les soins axés sur la personne : Mettre l'accent sur les résultats qui importent le plus pour la personne. Partager la prise de décisions avec les patients est essentiel pour s'assurer que les soins sont conformes à leurs valeurs et à leurs préférences Reconnaître et gérer les problèmes de santé mentale, le déclin cognitif et la privation socioéconomique	On constate une efficacité des interventions spécifiques pour améliorer résultats chez les personnes atteintes de multimorbidité. Les résultats ont été mitigés, mais suggèrent est une amélioration des résultats pour la santé lorsque les interventions ciblent des facteurs de risque visant les affections comorbides (par

<sup>7</sup> Le quadruple objectif : améliorer l'expérience des patients et des soignants; améliorer la santé des populations; réduire le coût des soins de santé par habitant; améliorer la vie professionnelle des prestataires.

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>Reconnaître les limites de la base de données probantes. Bon nombre des modèles de la multimorbidité ont une pathogenèse et une thérapeutique similaires de stratégies de gestion (par exemple, diabète, hypertension, coronaropathie)</p> <p>Mettre l'accent sur l'optimisation fonctionnelle et sur des facteurs de risque partagés (concordants)</p> <p>Gérer la prise de médication : L'observance du traitement peut être beaucoup plus difficile pour les patients prenant de nombreux médicaments pour des conditions multiples. La dé-prescription et l'examen des médicaments, lorsqu'indiqué, peut réduire le fardeau des médicaments. Interactions médicamenteuses importantes et effets secondaires. Les personnes diabétiques peuvent prendre de multiples médicaments hypoglycémiant</p> <p>Utiliser des stratégies pour choisir des thérapies qui optimisent les avantages, minimisent les méfaits et améliorent la qualité de vie, en particulier chez les adultes plus âgés atteints de multimorbidité</p> <p>Planifier des examens réguliers (au moins annuels) des médicaments</p> <p>Coordonner les soins</p> <p>Assurer la continuité des soins, de préférence par l'entremise d'un seul fournisseur de soins de santé</p> <p>Prévoir suffisamment de temps pour les consultations et mettre en place des systèmes de pratique pour assurer l'examen et l'utilisation optimale des ressources sur la pratique (par exemple, établissement des horaires des infirmières en pratique simultanée et consultations médicales) pour régler les problèmes et élaborer des solutions axées sur le patient</p> <p>Laisser suffisamment de temps pour prendre des décisions de gestion</p> <p>Utiliser une approche coordonnée et multidisciplinaire en équipe, le cas échéant</p>	<p>exemple, MCV et dépression) ou les zones de difficulté fonctionnelle [Auteurs].</p>
<p>(Smith, Wallace, O'Dowd, &amp; Fortin, 2016)</p> <p>Revue de littérature Cochrane</p>	<p>Multimorbidité en soins de première ligne et en milieu communautaire</p> <p>Déterminer l'efficacité des interventions axées sur les services de santé ou les patients conçues pour améliorer les résultats chez les personnes ayant une multimorbidité</p>	<p>Cibler des facteurs de risque tels que la dépression ou des difficultés chez les personnes présentant une multimorbidité (par exemple traitement de physiothérapie) pour améliorer la capacité d'activité physique peut être la stratégie la plus efficace</p>	<p>Dans l'ensemble, les résultats indiquent qu'il est difficile d'améliorer les résultats pour les personnes souffrant de plusieurs conditions [Auteurs].</p>

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
(Palmer et al., 2018) Consensus d'experts	<p>Patients en situation de multimorbidité</p> <hr/> <p>Élaborer un cadre de prise en charge des patients en situation de multimorbidité sur la base d'un consensus d'experts</p>	<p>Fournir des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des évaluations globales des patients</li> <li>○ Des équipes multidisciplinaires coordonnées</li> <li>○ Un gestionnaire de cas</li> <li>○ Des plans de soins individualisés</li> </ul> <p>Soutenir la décision :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Implantation de la pratique fondée sur les preuves</li> <li>○ Formation des membres de l'équipe</li> <li>○ Développement des systèmes de consultation de professionnels experts</li> </ul> <p>Soutien à l'autogestion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formation des professionnels pour bâtir des programmes de soutien à l'autogestion basés sur les préférences et compétences des patients</li> <li>○ Proposition d'options de soutien à l'autogestion pour les patients et les familles</li> <li>○ Utilisation des stratégies de décision partagée</li> </ul> <p>Recourir aux systèmes d'information et de technologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utilisation des dossiers patients informatisés</li> <li>○ Avec la permission du patient, échange d'information entre les prestataires de soins et services avec des systèmes compatibles entre eux</li> <li>○ Harmonisation du codage des problèmes de santé</li> <li>○ Mise en disponibilité des technologies aux patients afin qu'ils acheminent de l'information aux prestataires de soins</li> </ul> <p>Travailler avec les ressources sociales et communautaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soutien de l'accès aux ressources communautaires et sociales</li> <li>○ Mise à contribution du réseau social informel, incluant les amis, les associations de patients, la famille et les voisins</li> </ul>	<p>Certaines correspondances avec autres modèles de gestion des maladies chroniques [EJ].</p>
(OMS, 2016) Gris	<p>Patients en situation de multimorbidité</p> <hr/> <p>Faire émerger un consensus d'experts sur les meilleures approches pour fournir des soins de première ligne sécuritaire aux patients</p>	<p>Privilégier une approche systémique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sensibilisation des décideurs et les soins de santé prestataires au fait que la multimorbidité est la norme et non l'exception chez les personnes avec des conditions à long terme</li> <li>○ Sensibilisation aux relations entre différentes conditions, caractéristiques démographiques et autres aspects du système</li> </ul>	<p>Les patients en situation de multimorbidité présentent un risque plus élevé de problèmes de sécurité pour de nombreuses raisons, dont :</p> <p>La polypharmacie, qui peut entraîner une mauvaise observance des</p>

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>pour aider à défendre et à œuvrer pour l'équité en matière de santé et de soins de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prise en considération du modèle d'affaires vers les soins préventifs comme stratégie puissante pour réduire les coûts</li> <li>○ Conception du système de prestation de soins favorisant un travail concerté des généralistes et spécialistes accomplissent un avec d'autres membres du système de soins de santé en général</li> <li>○ Implantation de systèmes de financement qui encouragent les soins proactifs et préventifs</li> </ul> <p>Investir dans des systèmes habilitants et permettant les relations avec la communauté et d'autres partenaires, afin que les équipes de soins puissent fonctionner efficacement</p> <p>Promouvoir l'accès et la couverture universels</p> <p>Assurer une priorité au financement d'essais contrôlés randomisés qui se concentrent sur les personnes ayant une multimorbidité</p> <p>Assurer les liens appropriés avec les bons intervenants en santé. Les personnes atteintes de maladies multiples peuvent avoir besoin de soins spécialisés de manière épisodique, mais leurs besoins globaux en matière de soins de santé seront probablement mieux satisfaits par les médecins généralistes qui combinent une base communautaire et des compétences cliniques complètes en médecine interprétative intégrant de multiples sources de connaissances aux besoins individuels d'évaluation</p> <p>Former les prestataires de soins en tant qu'« experts généralistes » qui adoptent une approche de soins adaptée et centrée sur le patient</p> <p>Offrir une formation postuniversitaire pour intégrer une prise de conscience des problèmes de sécurité liés aux multimorbidités</p> <p>Intégrer la multimorbidité dans l'enseignement médical au premier cycle et la formation continue en soins de santé en général</p> <p>Mettre en place des moyens pour identifier les personnes atteintes de plusieurs conditions à chaque milieu de soins de première ligne ainsi que ceux à risque, pour aider à la prévention</p> <p>Stratifier la prestation des soins pour conserver les ressources pour ceux qui en ont le plus besoin</p> <p>Donner la priorité à la coordination des soins et le soutien à l'autogestion</p> <p>Personnaliser et adapter les soins aux besoins de la personne</p>	<p>médicaments et des événements indésirables;</p> <p>Des schémas de gestion complexes;</p> <p>Des interactions plus fréquentes et complexes avec les services de santé;</p> <p>Une plus grande vulnérabilité aux échecs de la prestation et de la coordination des soins;</p> <p>La nécessité d'une communication claire et de soins centrés sur le patient;</p> <p>Les besoins des patients;</p> <p>Des schémas d'autogestion exigeants et des priorités concurrentes;</p> <p>Plus de vulnérabilité aux problèmes de sécurité en raison d'une mauvaise santé, d'un âge avancé, de déficiences cognitives, d'une littératie en santé limitée et d'une comorbidité de la dépression ou de l'anxiété. [Auteurs]</p>

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		Utiliser la prise de décision partagée Simplifier les interventions thérapeutiques	
(Buja et al., 2018)	Maladies chroniques en général  Conceptualiser un cadre de gouvernance clinique pour la gestion efficace des maladies chroniques dans le cadre de la première ligne	<p>Centrer tous les systèmes de soins de santé primaires sur le patient</p> <p>Centrer les interventions pour les patients et leurs familles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sur leurs valeurs</li> <li>○ Sur l'intégration clinique, professionnelle et institutionnelle</li> <li>○ Sur la responsabilité envers les patients, les pairs et la société en général</li> </ul> <p>Utiliser une approche qui comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'assurance qualité</li> <li>○ La gestion des risques</li> <li>○ L'évaluation de la technologie</li> <li>○ La gestion de la satisfaction des patients</li> <li>○ L'autonomisation et l'engagement des patients</li> </ul> <p>Baser les services sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Une évaluation des besoins en santé de la population</li> <li>○ La gestion des ressources</li> <li>○ La recherche de données probantes axées sur le patient</li> <li>○ La formation professionnelle</li> <li>○ La constitution d'équipes</li> <li>○ Le soutien des technologies de l'information et de la communication</li> <li>○ Tous les soins primaires devraient être intégrés et fondés sur un partenariat actif avec la société qu'ils servent</li> </ul>	Basée sur les publications Cochrane [EJ].
(Sandra & Blair MacKinnon on behalf of the Alberta Health, 2009)	Maladies chroniques  Cadre pour guider la province d'Alberta en prévention et gestion des maladies chroniques  Appuyé sur le <i>Expanded Chronic Care Model</i>	<p>Éléments de base</p> <p>Communautés (prévention primaire)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bâter une politique publique saine       <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Établir des partenariats avec les intervenants communautaires pour promouvoir la santé et la qualité de vie.</li> <li>1.2. Élaborer une politique publique qui mène à une prévention et à une gestion équitable des maladies chroniques aux niveaux communautaire et provincial</li> </ol> </li> </ol>	

Référence Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>1.3. Fournir des messages cohérents basés sur la santé tout au long du continuum de soins liés aux maladies chroniques</p> <p>Prévention et gestion des maladies</p> <p>2. Créer des environnements favorables</p> <p>2.1. Soutenir des communautés confiantes et vitales en s'appuyant sur les forces actuelles pour améliorer les maladies chroniques</p> <p>Prévention et gestion</p> <p>3. Renforcer l'action communautaire</p> <p>3.1. Permettre aux communautés de renforcer leurs capacités pour améliorer la santé et la qualité de vie.</p> <p>Système de santé (y compris la prévention secondaire et tertiaire)</p> <p>4. Conception du système de livraison</p>	

## Tableaux synthèse de connaissances abordant certains aspects spécifiques

Tableau 3 – Clés, barrières et recommandations relatives à la collaboration de professionnels

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Barrières et éléments facilitant la collaboration	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
(Karam, Brault, Van Durme, & Macq, 2018)  Revue systématique de recherches de recherches qualitatives	Services de première ou deuxième lignes  Clarifier les caractéristiques des modèles conceptuels de collaboration interprofessionnelle et de collaboration entre les organisations  Identifier les facteurs ayant un impact sur la collaboration interprofessionnelle entre les pharmaciens communautaires (PC) et les omnipraticiens (GP)  Effectuer une revue et une classification des facteurs ayant une incidence statistiquement significative avec la collaboration en EIPL  Il est à noter que l'effet sur la collaboration est commenté sur la base de l'évaluation faite par les membres de l'équipe et non sur les résultats	+ La CONFIANCE est importante. À partir de la prémisse que chaque profession incarne une expertise unique, la confiance engendre le soutien puis, éventuellement, l'interdépendance  ▽ Sources de méfiance identifiées : ○ Doute sur la motivation de l'autre à fournir les soins et l'impression que l'autre en retire un bénéfice ○ Sentiment de menace par l'engagement de l'autre et peur de perdre du terrain ○ Différences de philosophie et de champs de pratique ○ Image négative de la profession ○ Manque de confiance dans les aptitudes de l'autre et manque de connaissance du rôle de l'autre dans les soins au patient  ▽ Les rapports de force engendrent des attitudes négatives et l'incapacité (de part et d'autre) à interagir en égaux ○ Les rapports de force ( <i>power struggles</i> ) semblent être surtout présents dans les relations entre les professionnels provenant de différents niveaux hiérarchiques, sociaux ou économiques (que ce soit dans une même organisation ou au-delà des frontières organisationnelles)	Pallier le problème des rapports de forces entre les infirmières et les médecins. Les moyens suivants sont proposés : ○ Bâtir la confiance, la connaissance et le respect mutuels pour les professions et les individus ○ Clarifier les rôles professionnels Clarifier les rôles professionnels en établissant: ○ Des descriptions claires des rôles ○ Des définitions des caractéristiques des tâches (comme l'étendue et la complexité) de chaque acteur ou organisation ○ Une définition des paramètres de la pratique ○ Une conscience/connaissance des ressources, objectifs et capacité des autres organisations ○ La conscience de la formation des autres professionnels afin de comprendre les rôles de chacun et de respecter, reconnaître et faire confiance à leur expertise  Investir dans des mesures incitatives vouées à encourager et à faciliter la collaboration puisque la collaboration est un processus volontaire Stipuler clairement les buts communs et s'assurer qu'ils soient partagés par tous	Article dont le contenu a été scindé dans différents tableaux de synthèse selon les thèmes [EB].  Revue d'articles scientifiques et gris. De 2004 à 2014. N'importe quel pays. Présentant un modèle de collaboration existant ou résultant de recherches [Auteurs].  Manque de consensus sur la définition de collaboration interprofessionnelle [Auteurs].  Des frontières floues et un manque de clarté dans les structures et les processus peuvent être observés davantage dans les équipes que dans la collaboration entre les organisations où il y a un accent sur la clarification des rôles et la formalisation [Auteurs].  Cette revue montre qu'il y a une distinction à faire entre les modèles de collaboration interprofessionnelle et les modèles de collaboration entre les organisations (bien que ces modèles conceptuels soient souvent utilisés de façon interchangeable) [Auteurs].

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Barrières et éléments facilitant la collaboration	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	en matière de santé, de qualité ou de coûts	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La dominance du médecin sur les infirmières et les pharmaciens communautaires est souvent rapportée</li> <li>▽ L'absence de clarification des rôles professionnels est une barrière importante à la collaboration, car cela crée de la confusion et des rapports de pouvoir</li> <li>▽ Éléments financiers qui nuisent à la CIP : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les systèmes privés (de par la compétition)</li> <li>○ Certains modes de remboursement du professionnel. La rémunération à l'acte nuit particulièrement à la collaboration, car le temps passé en réunion ou au téléphone est perçu comme « perdu »</li> <li>○ Les limitations financières du patient (de par l'effet sur le processus de référencement)</li> </ul> </li> </ul> <p>Avoir des buts, philosophies et valeurs partagées est un élément important de la collaboration, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Offrir des soins de qualité aux patients</li> <li>○ Promouvoir une approche centrée sur le patient</li> <li>○ S'engager à la collaboration et à la coopération mutuelle</li> </ul>	<p>Établir un haut niveau de COMMUNICATION entre les professionnels de différentes organisations</p> <p>Communication formelle (plus rapide et complète, MAIS peut encourager le travail parallèle en réduisant la collaboration face-à-face)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Communication informelle (facilitée par un travail de proximité (par exemple, regrouper physiquement l'équipe plutôt que regrouper les gens physiquement par profession, faciliter le fait de pouvoir consulter l'autre n'importe quand concernant le patient)</li> <li>○ Une infrastructure commune de collecte et d'échange d'information est une avenue intéressante</li> <li>○ La communication doit être régulière, active, réciproque, ouverte (les deux parties doivent être à l'aise de communiquer ensemble)</li> <li>○ La communication est le processus central à travers lequel la collaboration a lieu</li> <li>○ La communication permet la négociation des rôles, le développement de la coopération, la clarification des rôles et des limites des disciplines</li> <li>○ La communication augmente la confiance, équilibre les pouvoirs, aide les personnes concernées à partager des valeurs</li> </ul>	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Barrières et éléments facilitant la collaboration	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
			<p>Favoriser des caractéristiques structurelles et organisationnelles qui influencent positivement la CIP :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Développer et promouvoir une vision partagée des buts et une orientation centrée sur le patient</li> <li>○ Instaurer une évaluation des efforts interdisciplinaires et une réflexion sur le processus</li> <li>○ Formaliser la collaboration et clarifier les rôles et responsabilités de chaque partenaire</li> <li>○ Créer des canaux formels de communication et d'échange d'information, de même que fournir temps et espace pour que la communication informelle ait lieu (entre les individus et entre les groupes)</li> <li>○ Fournir les ressources nécessaires pour la complétion des tâches (temps, espace, ressources humaines et matérielles)</li> <li>○ Planifier les structures institutionnelles et les processus de gestion afin de fournir du support</li> <li>○ Créer un environnement de travail exempt de discrimination et de harcèlement</li> <li>○ Instaurer une culture sécurisante où la responsabilité pour les erreurs est élargie à tous les membres de l'équipe et à l'organisation pour laquelle ils travaillent</li> <li>○</li> </ul>	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Barrières et éléments facilitant la collaboration	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtiers]
			Responsabilités des individus : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comprendre clairement les rôles professionnels et les champs d'exercice</li> <li>○ Être conscient de ses propres paradigmes cliniques, éducation, formation et limitations</li> <li>○ Faire des compromis et être flexible quant à ses rôles prédéterminés afin d'être réactif et dynamique dans la prestation de services (<i>deliberate role blurring</i>)</li> <li>○ Garder en tête que chaque contribution est faite par une personne. L'apport des individus est crucial dans le modèle de CIP</li> <li>○ S'engager dans la collaboration et accepter la diversité des autres personnes</li> </ul>	

Tableau 4 – Utilisation nouvelle de certains professionnels

Référence / Niveau de preuve	Cientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
(Newman et al., 2020) Revue exploratoire	<p>Maladies chroniques (diabète; asthme; MPOC; hypertension; insuffisance cardiaque; hyperlipidémie; VIH / Sida)</p> <p>Recommandations aux praticiens de la santé et des services sociaux</p>	Consultation et éducation des patients		<p>Créer de nouvelles politiques pour soutenir le rôle du pharmacien communautaire dans la gestion des maladies chroniques</p> <p>Explorer la participation active des pharmaciens communautaires dans de nouveaux modèles de soins tels que les nouveaux modèles de résidences pour personnes âgées (<i>patient-centered medical homes</i>)</p> <p>Synthétiser les preuves liées à la prise en charge des maladies chroniques dirigées par les pharmaciens communautaires et leur impact sur les résultats cliniques, d'utilisation et économiques</p>	Décrit plusieurs améliorations de données liées à la santé et certaines diminutions des coûts [Auteurs].
	<p>Guider les autorités locales, les groupes de mise en service cliniques et les autres organisations qui évaluent, planifient et commandent les services locaux ou fournissent un soutien et des informations aux aidants adultes et aux personnes recevant des soins</p>				
(Jack, Arabadjis, Sun, Sullivan, & Phillips, 2017) Revue systématique	<p>Travailleurs sociaux communautaires</p> <p>Évaluer les interventions des travailleurs sociaux communautaires pour des patients atteints d'au moins un problème de santé chronique et qui rapportaient les résultats en matière de coût ou d'utilisation des soins de santé</p>	Grande variabilité des interventions	<p>Les interventions basées sur les travailleurs sociaux en communauté (<i>Community Healthcare Workers</i>) ont le potentiel de réduire les coûts et l'utilisation évitable des soins de santé</p> <p>De nombreuses interventions, mais pas toutes, réduisent</p>		En raison des résultats et de la qualité des études, il n'est pas possible de tirer des conclusions définitives sur les effets des interventions travailleurs sociaux communautaires sur les coûts ou l'utilisation des soins de santé [Auteurs].

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
			l'utilisation des soins de santé Les interventions intégrées dans l'équipe de soins tendent vers de meilleurs résultats		
(Kim et al., 2016) Revue systématique	Travailleurs sociaux communautaires  Synthétiser les preuves concernant les types d'interventions de <i>Community based health workers</i> (CBHW), la qualification et les caractéristiques des CBHW, les résultats pour les patients et le rapport coût-efficacité de ces interventions auprès des populations vulnérables souffrant de maladies chroniques non transmissibles	Caractère prometteur du rôle de lien entre les services de santé et les communautés qu'ils servent	Les interventions des travailleurs sociaux communautaires ont été efficaces pour promouvoir la réduction du risque de MCV, le dépistage du cancer et le fonctionnement cognitif, bien que des résultats mitigés aient également été notés par les études		Très général [EJ].
(Miller, Weir, & Gulati, 2018) Revue de littérature	Non spécifié  Analyse des données probantes sur la transformation des soins de première ligne en un modèle plus intégré	Engagement du patient par rapport à sa santé : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Requier, pour certains patients, un changement dans leurs comportements et dans leur identité en tant que patient</li> <li>○ Les connaissances et compétences du patient ainsi que sa confiance à être un</li> </ul>			Article dont le contenu a été scindé dans différents tableaux de synthèse selon les thèmes [EB].  Études provenant, par exemple, de Nouvelle-Zélande, Angleterre, Australie, Espagne, France, Écosse-

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtisière]
		<p>participant actif doivent être prises en compte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'équipe interprofessionnelle a le rôle de continuellement renforcer les habiletés et la confiance du patient</li> </ul> <p>L'embauche d'officiers communautaire du bien-être (<i>Community Wellbeing Officers</i>) a été utilisée dans un cas pour développer des plans personnalisés de bien-être avec les patients (incluant de nouveaux comportements à adopter dans la vie quotidienne) et faciliter l'accès à d'autres ressources de la communauté</p>			Angleterre, Canada [Auteurs].
(Carter et al., 2018)  Revue de littérature	<p>Non spécifié</p> <p>Présenter des modèles d'intervention de navigation en première ligne (faisant appel aux services sociaux communautaires au-delà du système de santé)</p>	<p>Les « navigateurs » sont généralement des citoyens (formés pour leurs activités) ou des infirmières</p> <p>Les navigateurs sont des individus ou des équipes s'engageant dans des activités spécifiques comme :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Faciliter l'accès à des programmes de santé et de services sociaux pour des patients/familles ou soignants</li> <li>2) Promouvoir et faciliter la continuité des soins</li> <li>3) Identifier et retirer les barrières aux soins</li> <li>4) Favoriser une utilisation efficace et efficient du système de santé pour les patients/familles, les soignants et les praticiens</li> </ol>	Des résultats positifs ont été observés, mais on ne peut pas tirer de conclusions sur les réels bénéfices de la navigation au sens large avec les données actuelles	<p>Considérer la navigation comme stratégie pour réduire les barrières d'accessibilité aux soins</p> <p>Trois modèles de navigation sont décrits : « citoyen », « infirmière » ou « équipe ».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utiliser le modèle « citoyen » pour des problèmes stables</li> <li>○ Utiliser le modèle « infirmière » ou « d'équipe » pour les problèmes complexes</li> </ul>	<p>Grande variabilité dans les processus et les rôles de navigation. Les nombreux et divers modèles de navigations sont un reflet de la complexité des besoins en soins de santé et services sociaux dans différentes populations et différents contextes [Auteurs].</p> <p>L'émergence des rôles de navigation signale une avancée importante dans la</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>Différents titres sont utilisés pour les individus offrant un support à la navigation (Community health worker, Community health liaison, Community health advisor, Patient navigator, Navigator, Case Manager, Pomotoras, Guided Care Nurse, Healthy families brooklyn advocate, Lay health advocate, healthy living coach, visiting mom, program coordinator, specialist nurse)</p> <p>Les modèles de navigation impliquant un citoyen formé avaient comme objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ De fournir un support général pour faciliter l'accès aux soins de santé</li> <li>○ Le retrait des obstacles ou des barrières (programmes parfois conçus pour les besoins d'une communauté spécifique, par exemple, les immigrants)</li> </ul> <p>Les modèles de navigation impliquant une infirmière étaient développés pour des populations de patients ayant des besoins complexes (conditions chroniques multiples; immunodéficience; jeunes adultes avec schizophrénie; violence conjugale; etc.)</p> <p>Les modèles de navigation assurés par une équipe mixte (composée d'un mélange de citoyens et de</p>			<p>reconnaissance du fait que les soins de santé et sociaux sont inextricablement liés, en particulier lorsqu'il est question de prendre en charge les déterminants sociaux de la santé [Auteurs].</p> <p>La navigation est un rôle qui existe en réponse à la fragmentation du système de santé [Auteurs].</p> <p>L'article dresse la liste des critères et compétences recherchés lors de l'embauche des navigateurs ainsi que les méthodes et contenus de formation (pages 10-11) [EB].</p> <p>Majorité des articles inclus émanent des ÉU (autres pays : Canada, Royaume-Uni, Australie) [Auteurs].</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>professionnels de la santé) agissaient sur des enjeux complexes. Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patient navigateur + travailleur social + consultant psychiatrique pour des patients hispaniques diabétiques et dépressifs</li> <li>○ Infirmières + travailleurs sociaux + spécialistes professionnels pour des travailleurs non assurés vivant avec des conditions chroniques de santé physique, mentale et comportementale</li> </ul> <p>Modèle composé de professionnels de la santé. Un exemple au Canada : Un navigateur avec expérience en travail social et un avec expérience en réhabilitation psychiatrique. Leurs objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Améliorer l'accès aux services en dépendances et en soins de santé mentale</li> <li>○ Augmenter la communication entre les fournisseurs de soins de la communauté, la première ligne et le système de soins de santé mentale</li> </ul>			
(Frost et al., 2020) Revue	Démence, maladies au long cours, multimorbidité, fragilité ( <i>frailty</i> ), conditions neurologiques complexes	Le niveau d'intégration des soins offerts apparaît comme étant plus important que l'inclusion de professionnels spécifiques dans		Inclure dans les interventions en soins primaires et communautaires pour les	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	Synthétiser ce qui fonctionne pour la prise en charge de conditions complexes chez les personnes âgées en première ligne en soins communautaires	l'équipe. Cependant, les infirmières plus qualifiées et expérimentées étaient associées à de meilleurs résultats ( <i>outcomes</i> )		<p>personnes âgées avec des conditions complexes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des éléments d'autogestion</li> <li>○ De l'éducation aux patients</li> <li>○ Une collaboration structurée entre les professionnels de la santé</li> <li>○ Du soutien professionnel</li> </ul> <p>Des recherches additionnelles sont nécessaires pour déterminer la composition optimale de l'équipe</p>	
(Benson, Lucas, Benrimoj, & Williams, 2019)  Revue de littérature	<p>Non spécifié</p> <hr/> <p>Établir les activités et les compétences du pharmacien dans la pratique générale (dont la prise en charge des maladies chroniques)</p>	<p>Les rôles du pharmacien dans la pratique générale appartiennent aux catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestion des médicaments</li> <li>○ Examen des patients et dépistage</li> <li>○ Gestion des maladies chroniques</li> <li>○ Information et éducation relatives aux médicaments</li> <li>○ Collaboration et liaison</li> <li>○ Vérification et assurance de la qualité</li> <li>○ Recherche</li> </ul> <p>Les activités du pharmacien dans la pratique générale par rapport à la gestion des maladies chroniques sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Coordonner les soins pour la maladie chronique</li> <li>○ Formuler des plans de soins</li> </ul>		<p>De nouvelles études sont requises pour établir les besoins éducationnels des pharmaciens dans la pratique générale</p> <p>Tenir compte des rôles et compétences répertoriés dans cette étude pour le développement éventuel de formation à l'intention des pharmaciens</p> <p>Ces formations pourraient viser l'acquisition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ D'un niveau avancé de compréhension quant aux maladies traitées</li> <li>○ D'aptitudes cliniques avancées</li> <li>○ De compétences communicationnelles élevées</li> </ul>	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Documenter et implanter le plan de soins</li> <li>○ Suivre un protocole établi pour fournir une médication et des services de gestion de la maladie</li> <li>○ Offrir une éducation de groupe pour l'arrêt du tabac ou sur la maladie chronique</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ D'un savoir-faire pour le travail en équipe</li> </ul>	
(Dubé, 2012) Gris	<p>Maladies métaboliques, cardiovasculaires, musculosquelettiques et respiratoires</p> <hr/> <p>Évaluer le rôle des cliniciens, infirmières, équipes interdisciplinaires dédiées et des organismes communautaires</p>	<p>Un nouveau rôle pour le clinicien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Faciliter et encourager l'émergence de la motivation et des habiletés du patient par rapport aux changements de ses comportements</li> </ul> <p>Rôles à jouer dans la prise en charge des maladies chroniques:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Promotion de la santé et prévention (environnements et conditions favorables à la santé; interventions préventives ciblées)</li> <li>○ Évaluation, diagnostic et traitement (diagnostic; initiation du traitement; évaluation complète des conditions de santé et bien-être de la personne)</li> <li>○ Gestion des maladies chroniques</li> <li>○ Suivi, soutien, accompagnement des patients</li> </ul>		<p>Les interventions visant l'autogestion par le patient peuvent cibler:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestion quotidienne des aspects médicaux de la maladie</li> <li>○ Gestion des aspects relationnels</li> <li>○ Gestion de l'impact de la maladie sur l'identité</li> <li>○ Gestion des émotions provoquées par son état de santé</li> <li>○ Mise en place d'un esprit de partenariat entre le patient et le professionnel</li> </ul> <p>La littératie est identifiée comme un facteur déterminant du succès de l'habilitation à l'autogestion</p> <p>L'interdisciplinarité est un processus de communication et de prise de décision permettant à chaque professionnel de partager ses savoirs, ses expériences et sa</p>	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Coordination/liaison/communication entre les services et les intervenants.</li> <li>○ Suivi/évaluation des pratiques et intervention</li> </ul> <p>Chaque intervenant du réseau a la responsabilité de repérer et de dépister les personnes qui sont à risque de développer une maladie chronique</p> <p>Pour les patients de niveau 2 (probabilité de complication faible) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'équipe locale interdisciplinaire dédiée aux maladies chroniques, désignée par le CSSS, (notamment infirmières, pharmaciens, nutritionnistes, kinésiothérapeutes, inhalothérapeutes, travailleurs sociaux et tout autre intervenant requis) complète l'offre de services de première ligne sur le plan de l'enseignement et du développement de l'autogestion et l'autosoins</li> <li>○ Cette équipe s'inscrit en complémentarité avec le médecin de famille, les infirmières du GMF, de la Clinique-Réseau et du soutien à domicile. Des modes de référence et d'organisation</li> </ul>		<p>connaissance du patient. Cela implique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Une clientèle commune dont les caractéristiques sont connues</li> <li>○ Le partage de l'information, de l'expertise et de la prise de décision</li> <li>○ Une vision partagée de la pratique professionnelle spécifique de chacun</li> <li>○ La perspective de rendre toute action plus efficace et efficiente</li> <li>○ Des actions concertées et orientées vers un même but</li> <li>○ Une polyvalence reconnue entre tous les professionnels du groupe</li> </ul> <p>Actions prioritaires (concernant les rôles) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mettre en place des équipes interdisciplinaires dédiées aux maladies chroniques dans chaque CSSS</li> <li>○ Offrir du soutien aux médecins de famille pour maximiser le suivi interdisciplinaire des personnes atteintes de maladies chroniques</li> </ul>	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>des services structurés et adaptés aux différents milieux sont nécessaires à la continuité et à la coordination de l'ensemble des interventions</p> <p>Pour les patients de niveau 3 (état jugé instable) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'équipe de première ligne et le médecin de famille assurent un suivi systématique qui s'appuie sur des protocoles cliniques issus des données probantes afin que la personne, lorsqu'elle vit une phase aiguë de la maladie ou qu'elle est en phase de réadaptation, soit soutenue par les équipes interdisciplinaires dans une trajectoire structurée de soins et de services</li> <li>○ Ce cheminement clinique inclut un plan d'intervention multidisciplinaire personnalisé, des consultations médicales, des traitements, de la médication, des protocoles, des guides de référence, des ordonnances collectives et des programmes de réadaptation</li> </ul> <p>Pour les patients de niveau 4 (nécessite organisation de services structurée et</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Implanter une trajectoire complète de réadaptation</li> <li>○ Implanter un programme d'autogestion avec les partenaires communautaires (lien avec les partenaires du RLS, encadrement administratif et organisationnel, maintien des compétences des formateurs)</li> <li>○ Optimiser la collaboration entre les professionnels de la santé publique œuvrant en CSSS et l'équipe interdisciplinaire dédiée aux maladies chroniques</li> <li>○ Instaurer, dans chaque CSSS, dans la première ligne médicale, la fonction de gestion de cas en première ligne pour appuyer le médecin de famille et l'équipe dans le suivi des personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques</li> <li>○ Développer le rôle des professionnels de la santé, notamment dans les soins infirmiers en matière de gestion des maladies chroniques</li> </ul>	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>complémentaire entre première et deuxième lignes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le suivi est effectué sur une base continue par le médecin de famille, par l'équipe interdisciplinaire et par les spécialistes. Ajout d'un gestionnaire de cas</li> <li>○ Rôle du gestionnaire de cas : Assurer la coordination; faciliter le cheminement des tests d'investigation; faciliter les processus de consultation; établir les liens entre les différents partenaires, notamment entre le centre hospitalier, l'équipe de soins de première ligne, le médecin de famille et les soins à domicile</li> <li>○ Rôles du patient : autogestion (toutes les activités que la personne effectue pour améliorer et pour maintenir sa santé, ou encore pour prévenir la maladie ou sa progression</li> <li>○ Médecin de famille occupe une position privilégiée pour effectuer des pratiques préventives telles que le counseling pour l'abandon du tabagisme, le counseling en faveur d'une saine alimentation, la</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mettre en place, dans tous les établissements hospitaliers ayant une unité d'urgence, un mécanisme d'évaluation de la clientèle atteinte de maladies chroniques qui utilise le plus fréquemment les services et assurer la liaison avec le médecin de famille ou la référence avec le guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille afin de diminuer le recours à l'urgence</li> </ul>	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>recommandation d'une pratique régulière d'activités physiques ainsi que le dépistage et suivi interdisciplinaire de l'hypertension artérielle et du diabète</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Organismes communautaires : peuvent (entre autres) participer à l'éducation à l'autosoins</li> <li>○ Un intervenant, souvent une infirmière clinicienne, est responsable d'évaluer les besoins de la personne atteinte ou à risque de maladies chroniques, de suivre son cheminement clinique, de coordonner les activités, de soutenir et d'accompagner la personne et ses proches</li> </ul>			
(Mattison & Wilson, 2018) Gris	<p>Non spécifié</p> <p>Rassembler des preuves sur l'efficacité, la rentabilité et l'acceptabilité (patients-familles) de l'utilisation d'infirmières praticiennes (IP) dans différents secteurs du système de santé</p> <p>Identifier les barrières et éléments facilitateurs de l'intégration des IP dans le système de santé ontarien</p>	<p>En première ligne et en soins d'urgence, les résultats suggèrent que les infirmières praticiennes sont appropriées (entre autres) pour le travail d'éducation au patient et de navigation du système</p>	<p>L'inclusion des IP est associée aux bénéfices suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Adhésion aux lignes directrices en première ligne</li> <li>↗ Qualité des soins aux urgences (dont réduction du temps d'attente)</li> <li>↗ Résultats sur la santé dans les soins à long terme (dont</li> </ul>	<p>Diminuer les restrictions sur la régulation du champ de pratique des IP pourrait mener à une augmentation de la capacité en soins de première ligne.</p> <p><b>BARRIÈRES À L'INTÉGRATION DES IP ET PISTES DE SOLUTIONS TIRÉS DES ÉCRITS</b></p> <p>Est-ce que la formation permet un réel déploiement de tous les rôles possibles?</p>	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
			<p>l'amélioration ou le ralentissement du déclin des fonctions physiques et cognitives, réduction de la douleur)</p> <p>↗ Communication et collaboration à l'intérieur des équipes de soins</p> <p>↗ Adhésion à la médication</p> <p>↗ Satisfaction des patients pour les soins reçus</p> <p>= Résultats et processus généralement équivalent, parfois même supérieurs, lors de transferts de tâches du médecin vers l'IP</p>	<p>→ Mettre à profit les <i>practicums</i> et l'éducation continue</p> <p>Modèles de compensation financière ne permettant pas de changement dans l'attribution des rôles :</p> <p>→ Créer des modèles financiers alternatifs et fournir les ressources et infrastructures adéquates pour soutenir le rôle d'IP</p> <p>Rigidité législative quant aux rôles, craintes de poursuites de la part d'autres professionnels s'ils travaillent en collaboration :</p> <p>→ Créer des cadres législatifs adaptables, sensibles (<i>responsive</i>) et applicables localement</p> <p>Opposition entre les associations professionnelles et compétition due aux différences salariales entre les professions (ou entre syndiqués et non syndiqués) :</p> <p>→ Créer des standards d'accréditation requérant la participation à des activités de leadership</p> <p>→ Assurer une représentation interprofessionnelle dans la gérance</p> <p>→ Offrir des occasions de réseautage</p>	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
				<p>Problèmes de communication entre différents lieux de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Instaurer et maintenir un dossier médical informatisé commun aux différents professionnels et aux différents secteurs</li> </ul> <p>Pour le travail d'équipe, problèmes liés à la hiérarchie, aux cultures et au manque de communication. La surcharge et le manque d'aide administrative empêchent de prendre un rôle de leadership. Tensions liées aux attentes des professionnels de la santé et des administrateurs envers les IP (par exemple, champ de pratique et temps passé en soins directs au patient, clarté des rôles) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Offrir du support administratif</li> <li>→ Assurer la participation des IP aux comités et recherches</li> <li>→ Avoir un organigramme clair</li> <li>→ Solliciter la collaboration et la participation active des différentes catégories de professionnels pour développer une compréhension commune</li> <li>→ Faciliter le soutien, le mentorat et la supervision directe</li> </ul>	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtiers]
				<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Veiller à l'acceptation du rôle de l'IP et à la mise en œuvre de la responsabilité complète associée au rôle</li> <li>→ Définir les intentions du rôle de l'IP pour aider à guider l'implantation et à promouvoir la collaboration</li> <li>→ Favoriser la collaboration. La collaboration facilite la clarté des rôles, l'autonomie dans l'exercice des rôles et la dispensation de soins globaux et centrés sur le patient par l'IP</li> <li>→ Considérer la mise à contribution de l'infirmière-chef pour faciliter l'intégration des IP en aidant au développement et à la définition des rôles</li> </ul> <p>BARRIÈRES ADDITIONNELLES ET PISTES DE SOLUTIONS TIRÉES DES ENTREVUES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Utilisation d'un cadre d'implantation/évaluation</li> </ul> <p>Dans la législation, le terme « médecin » limite qui peut signer les documents</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Considérer un langage plus inclusif, par exemple, « prescripteur » ou « fournisseur de soins primaires »</li> </ul>	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
				<p>Limitations sur la capacité à prescrire certains tests diagnostiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Étendre le champ de pratique</li> <li>▽ Participation limitée à la prise de décision (niveau de la gouvernance)</li> <li>▽ Rémunération qui n'augmente pas avec l'augmentation du champ de pratique, ce qui est un facteur important dans la rétention et la satisfaction au travail</li> <li>▽ Certaines primes incitatives offertes aux médecins limitent l'engagement des IP. Manque d'accès des IP (manque de personnel ou éloignement géographique)</li> <li>▽ Le manque de connaissance du rôle des IP crée des tensions interprofessionnelles entre les infirmières praticiennes et les autres ainsi qu'avec les médecins et leurs assistants</li> <li>→ Augmenter la sensibilisation et le recours aux IP</li> </ul>	
(Ilinca, Leichsenring,	Non spécifique aux maladies chroniques	Les professionnels de la première ligne ainsi que ceux de professions			Article dont le contenu a été scindé

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
Rodrigues, & World Health Organization, 2018) Communication courte	S'intéresse au rôle de la première ligne dans l'intégration des soins (selon la recommandation Alma-Ata)	<p>émergentes (par exemple, physio, ergo) seront appelés à jouer des rôles de plus en plus complexes et intersectoriels et à gérer les soins au-delà des clivages dans une approche centrée sur la personne</p> <p>Les membres de professions de la santé non traditionnels occupent une place grandissante dans la coordination des soins. Par exemple, les physiothérapeutes et ergothérapeutes jouent un rôle central de coordonnateurs des soins communautaires</p> <p>Dans plusieurs pays d'Europe, les travailleurs sociaux ont commencé à agir comme coordonnateurs de soins dans la communauté. Ils font aussi partie intégrante des équipes de décharge et de gestion des soins</p> <p>Au Royaume-Uni, des soins infirmiers de routine et des tâches thérapeutiques sont souvent délégués à des assistants formés à cette fin ou à des agents de soutien communautaire</p> <p>Dans plusieurs pays, une éducation postsecondaire plus intégrée émerge pour contrer l'approche cloisonnée des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Au Danemark et en Autriche, on constate la création de programmes d'études (théoriques et pratiques)</li> </ul>			<p>dans différents tableaux de synthèse selon les thèmes [EB].</p> <p>La tendance actuelle dans plusieurs pays est d'ajouter des tâches et des compétences aux profils d'emplois existants. Cela mène à une surcharge des travailleurs [Auteurs].</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>menant à l'émergence « d'aidants sociaux et à la santé » ou « d'assistant aux soins de santé et sociaux »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aux États-Unis, une proposition émerge pour la création de centres de formation en gériatrie pour offrir des programmes intensifs et courts sur la gériatrie, la prise en charge des maladies chroniques, les soins de longue durée. Ces formations seraient offertes à tous les professionnels, incluant les travailleurs sociaux</li> </ul> <p>Le rôle de navigateur de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Présent en Australie, Canada, États-Unis, Royaume-Uni. Des navigateurs communautaires et « <i>link worker</i> » émergent au Royaume-Uni</li> <li>○ Ces ressources comblent le fossé entre les systèmes de soins et les communautés en mettant en relation les professionnels avec les ressources de la communauté et en créant des liens entre les individus et leurs prestataires de soins</li> <li>○ Activités : offrent de l'assistance aux patients et à leurs proches aidants pour</li> </ul>			

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>identifier les services appropriés dans le domaine de la santé ou des services sociaux; font la promotion de saines habitudes de vies spécifiques aux maladies; s'occupent d'enjeux spécifiques aux patients tels que l'autogestion et l'adhésion aux traitements; identifient les peurs et croyances spécifiques au patient</p>			
(Fleury, 2019) Gris	<p>Régions périphériques ou éloignées</p> <p>Pratiques de liaison auprès de patients hospitalisés aux besoins complexes</p>	<p>Coordonnateur responsable (souvent infirmière, peut être gestionnaire de cas en soins primaires) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Coordonne les activités de transition</li> <li>○ Assure la continuité des services à l'interne et entre le pré et post-congé</li> </ul> <p>Patient et proches aidants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mis à contribution dans la planification du congé</li> </ul> <p>Activités de liaison (pré et post-congé) mettant à contribution des équipes internes, en ambulatoire, et au domicile (travaillant de concert) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Repérage du risque et évaluation et spécification d'une trajectoire pour les patients ayant des besoins complexes (coordonnateur ou équipe de liaison, infirmières</li> </ul>		<p>Composantes de base nécessaires pour des pratiques efficaces de liaison concernant des patients hospitalisés ayant des besoins complexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les pratiques optimales de liaison comprennent des activités inscrites dans une trajectoire de services intégrant le pré et le post-congé, les équipes à l'interne, en ambulatoire et au domicile travaillant de concert</li> <li>○ La liaison s'appuie sur une coordination du congé reconnue par l'équipe</li> <li>○ Développement requis des compétences spécifiques aux fonctions de coordination</li> </ul>	<p>Pas spécifique à la première ligne. [EB].</p> <p>Chacune des tâches présentées ici peut être déclinée en de nombreuses tâches plus spécifiques, avec précisions sur les détenteurs de ces rôles (voir pages 4 à 9) [EB].</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>de l'équipe de soins, autres membres de l'équipe de soins, dont médecins spécialistes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planification et préparation du congé avec détermination du suivi post-congé (coordonnateur, travailleurs, sociaux, infirmières, patient, toute l'équipe de soins, dont pharmacien, d'autres services)</li> <li>○ Transition et établissement de règles sur les rôles et l'échange d'information (coordonnateur, toute l'équipe de soins, dont pharmacien, d'autres services)</li> <li>○ Suivi post-congé qui doit être prévu avant le congé (coordonnateur, toute l'équipe de soins, dont nutritionniste, ergothérapeute, physiothérapeute, médecin, aide-soignant et patient/proches aidant)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Responsable de la transition disponible pour un temps déterminé</li> <li>○ Ajustement requis du fonctionnement de l'équipe de soins primaires</li> <li>○ Transmission des fonctions de coordination du congé à un coordonnateur ou gestionnaire de cas</li> <li>○ Plan de congé déterminé en équipe (en mettant à contribution le patient et/ou proches aidants)</li> <li>○ Révision et optimisation des rôles des professionnels de l'équipe</li> <li>○ Formation commune aux membres de l'équipe sur les transitions</li> <li>○ Suivi multidisciplinaire en fonction des besoins</li> </ul>	
(Waddell & Moat, 2019)  Gris	<p>Professions de santé</p> <hr/> <p>Effectuer une revue des façons de réguler les professions et</p>			L'Ontario est la seule province canadienne à employer un modèle de régulation presque entièrement basé sur des champs d'exercices définis et	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	comparaisons avec le système ontarien			des actes contrôlés. D'autres exemples de juridictions mettent plutôt l'accent sur la compétence ou le risque de préjudice. Certains informateurs-clés proposent des modifications au modèle de l'Ontario afin d'y introduire, entre autres, plus de flexibilité dans la régulation	
(Karam et al., 2018)  Revue systématique de recherches qualitatives	Services de première ou deuxième lignes  Clarifier les caractéristiques des modèles conceptuels de CIP et de collaboration entre les organisations	Leadership : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Collaboration entre les organisations : occasions d'interactions limitées entre les membres d'équipe de différentes organisations. Les infirmières seraient bien placées pour assumer un rôle de leadership dans l'effort collaboratif grâce à leur statut professionnel et leur proximité avec les patients. Or, cela n'a pas été documenté dans les modèles étudiés</li> <li>○ CIP : nécessite un leader qui sait motiver et engager les professionnels au-delà de leurs intérêts personnels. Ce leader doit démontrer du respect et de la compréhension des rôles et</li> </ul>			Article dont le contenu a été scindé dans différents tableaux de synthèse selon les thèmes [EB].  Revue d'articles scientifiques et gris. De 2004 à 2014. N'importe quel pays. Présentant un modèle de collaboration existant ou résultant de recherches [Auteurs].

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Rôles joués	Résultats obtenus	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>contributions de chacun. Les infirmières sont bien placées pour jouer ce rôle de par leur statut professionnel et leur proximité avec les patients. Peu d'organisations fournissent les ressources nécessaires pour former ce type de leader</p> <p>Rôle du patient : Le patient (et sa famille) est central à la CIP. Il est vu comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un participant aux décisions cliniques</li> <li>○ Un des piliers de la collaboration qui devrait prendre un rôle actif dans les soins et le traitement</li> <li>○ Un bénéficiaire de la CIP</li> </ul>			

Tableau 5 – Stratégies liées au soutien des professionnels

Référence / Niveau de preuve	Définition	Types	Méthodes privilégiées	Conditions de succès	Bénéfices
(Wutzke et al., 2018) Entrevues et analyse inductive et déductive	Mobilisation des connaissances : réflexion continue, apprentissage adapté aux besoins/objectifs	Recherche en partenariat : Coproducton entre les universitaires, les décideurs et les praticiens Renforcement des connaissances et compétences : échanges formels et informels, pratiques réflexives Concevoir et cultiver activement l'utilisation de la recherche	Engagement des parties prenantes Partenariats Coproducton  Activités visant le développement de capacités et de compétences Intégration des connaissances  Adaptation et amélioration continue	Allocation temps et ressources requise  Collaboration à tous les stades de la recherche	Facilite gestion des problèmes complexes (maladies chroniques) Favorise sensibilisation et attitude positive à l'égard de la recherche Facilite accords sujets pertinents politiques / recherches Facilite les interactions entre chercheurs et décideurs Développe des compétences pour accéder et donner du sens à la recherche Influence les structures et les processus de prise de décision
(Haynes et al., 2020) Entrevues et sondages auprès des parties prenantes, accompagnés d'une analyse de données sur une période de cinq ans	Mobilisation des connaissances : Déterminer quelles formes de connaissances sont appropriées dans quels contextes et comment peuvent être renforcées par l'utilisation		Partenariat : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planification</li> <li>○ Équipes de projets</li> <li>○ Plateforme réseau</li> </ul> Engagement : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Financement d'équipes multi (chercheurs, décideurs, praticiens)</li> <li>○ Forums interactifs et de réseautage</li> <li>○ Variation des stratégies de communication</li> <li>○ Coordination et soutien administratif (lier projets, financement, point de contact)</li> </ul> Développement des capacités et des compétences : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Personnel dédié (développement ressources,</li> </ul>	Différents types de contributions et de connaissances Processus participatifs, négociés et réciproques Dialogue, la confiance, respect mutuel Objectifs partagés	La coproduction est la mesure la plus reconnue par les participants, car elle permet : <ul style="list-style-type: none"> <li>D'exprimer les besoins</li> <li>De façonner les orientations du projet</li> <li>D'accéder à l'expertise et aux ressources</li> <li>D'intégrer la traduction de la recherche aux politiques</li> <li>D'augmenter l'apprentissage mutuel</li> <li>De partager les idées</li> <li>D'améliorer considérablement la pertinence de la recherche</li> </ul> Les activités de développement des compétences permettent :

Référence / Niveau de preuve	Définition	Types	Méthodes privilégiées	Conditions de succès	Bénéfices
			<p>organisation événements, mentorat)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ateliers et webinaires d'experts</li> <li>○ Forums et réseaux interprojets incluant une communauté de pratique virtuelle</li> </ul> <p>Coproduction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tables rondes et échanges entre chercheurs, décideurs et praticiens pour favoriser le travail et les débats collectifs</li> </ul> <p>Intégration des connaissances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Forum de discussions</li> <li>○ Synthèse de résultats de recherche</li> <li>○ Partage des connaissances</li> </ul> <p>Adaptation et amélioration continue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Évaluation des mesures déployées (sondages, indicateurs de performance)</li> </ul>		<p>De favoriser l'engagement D'influencer résultats clés (méthodologie et résultats de recherche)</p>
(INESSS, 2019) État des connaissances	<p>Amélioration des pratiques :</p> <p>Atteinte de résultats concrets, mesurables, durables sur les plans de la qualité, des apprentissages et de l'optimisation des pratiques</p>	<p>Approche réflexive :</p> <p>Exercice de réflexion, apprentissage, amélioration de la pratique</p> <p>Audit et rétroaction :</p> <p>Évaluation par un tiers de la pratique professionnelle</p> <p>Approche de systèmes apprenants :</p> <p>Système qui apprend des résultats de ses activités courantes pour améliorer les</p>	<p>Examen constant ou ponctuel des façons de faire</p> <p>L'audit et la rétroaction visent :</p> <p>Atteinte et dépassement des normes optimales</p> <p>Prestation de services de qualité</p> <p>Amélioration continue</p>	<p>Examens réflexifs fréquents</p> <p>Plan d'amélioration continue</p> <p>Accessibilité à des données en temps réel colligées à grande échelle</p> <p>Qualité des données</p> <p>Personnalisation du processus d'audit</p> <p>Participation active de tous les paliers</p> <p>Motivation et ouverture face à la rétroaction</p> <p>Synergie des trois approches</p>	<p>Permet de porter un jugement plus juste visant l'amélioration des pratiques</p>

Référence / Niveau de preuve	Définition	Types	Méthodes privilégiées	Conditions de succès	Bénéfices
		résultats pour le patient, la population et l'organisation des soins de santé			
(Canada, 2017) Guide	L'application des connaissances :  Processus actif qui englobe la synthèse, la diffusion, l'échange et la mise en œuvre (application) des connaissances dans le but ultime d'améliorer la santé de la population canadienne	A. Cerner le besoin B. Adapter les connaissances au contexte local C. Cerner les facteurs favorables et les obstacles liés aux stratégies d'utilisation des connaissances D. Adapter et mettre en place les stratégies d'application des connaissances E. Surveiller l'utilisation des connaissances F. Évaluer les résultats G. Soutenir l'utilisation des connaissances	Stratégies de diffusion :  Présentations Affiches Ateliers Webinaires Médias Courtage de connaissances Réseaux sociaux  Stratégies de mise en œuvre :  Formation Participation des guides d'opinion locaux Révision des rôles et responsabilités professionnels  Planifier la surveillance de l'utilisation des connaissances :  Champion qui fait la promotion des avantages liés à la production et l'échange de données de qualité	Ouverture à l'apprentissage Culture d'apprentissage qui appuie la formation Leadership engagé Ressources suffisantes Adoption de plusieurs stratégies	
(Richard et al., 2016) Examen du processus de création de connaissances organisationnelles	Développement professionnel de la main-d'œuvre :  Socialisation (partage de connaissances) Externalisation (articuler des connaissances tacites en concepts explicites)	Laboratoires de promotion de la santé :  Développement de nouvelles compétences professionnelles Élaboration et implantation d'une intervention de promotion en santé et/ou mise en place	Temps de formation protégé Approche réflexive Liens concrets avec la pratique des participants Travail d'équipe	Climat d'implantation favorable Adéquation des ressources Engagement des acteurs clés Outils de diffusion Disponibilité de véhicules de diffusion	Acquisition de pratiques professionnelles innovantes Développement des compétences Sentiment d'appartenance Satisfaction au travail

Référence / Niveau de preuve	Définition	Types	Méthodes privilégiées	Conditions de succès	Bénéfices
	Combinaison Internalisation (les nouvelles connaissances explicites se transforment en connaissances tacites)	d'un processus de travail amélioré Diffusion des connaissances acquises			
(Tintorer et al., 2018)  Étude descriptive et interprétative		Communauté de pratique virtuelle	Communauté de pratique clinique virtuelle qui combine :  Liens entre professionnels soins primaires et spécialistes Présence d'un expert Apprentissage par les pairs Apprentissage basé sur des cas cliniques réels Diffusion de connaissances à l'ensemble de la communauté de pratique Interactions sociales	Libération du temps requis Culture d'apprentissage et de partage des connaissances Réseautage Plateforme technologique conviviale et facilement accessible sur les différents postes de travail	Volet pédagogique très puissant Création de nouveaux savoirs tacites par l'intermédiaire d'interactions sociales
(Soubhi et al., 2010)  Définition d'un modèle de pratique ciblant les personnes en situation de multimorbidité		Communauté de pratique	Apprentissage réflexif basés sur des cas réels Infirmière praticienne comme coordonnatrice Utilisation de la plateforme comme outil de gestion de cas	Contacts réguliers Buts communs Reconnaissance des compétences d'autrui Début par de petits groupes Libération de temps	
(Jamtvedt, Young, Kristoffersen, O'Brien, & Oxman, 2006)  Recherches dans <i>Cochrane Effective Practice and Organisation of</i>					L'audit et la rétroaction peuvent être efficaces dans l'amélioration de la pratique professionnelle

Référence / Niveau de preuve	Définition	Types	Méthodes privilégiées	Conditions de succès	Bénéfices
<i>Care Groupe Trials Register</i> jusqu'en janvier 2004					
(CESS, 2010) Bilan d'expériences réalisées	Communauté de pratique : Groupe de personnes Informel Partagent et apprennent les uns des autres En ligne ou en présence Intérêt commun dans un champ de savoir lié à la pratique		Résolution de problèmes Demandes d'information Recherche d'expérience Réutilisation des savoirs Échanges sur les développements d'une situation	Participation efficace et soutenue : Notion d'engagement Aptitude à l'échange (générosité) Objectif commun ( <i>nous</i> ) Degré variable d'autogestion Animation efficace et soutenue : Assure le leadership Stimule l'intérêt des participants Facilite les échanges et le partage des connaissances Guide les participants dans leur démarche de collaboration et de réflexion sur la pratique Soutien efficace et soutenu : Pédagogique et méthodologique (animation et participants) Technologique (plateforme d'échange)	Communauté des infirmières spécialisées en soins d'urgence : « J'ai utilisé cette information pour : Améliorer les soins (38%) Améliorer la gestion des soins dans mon milieu de pratique (75%) Résoudre un problème ponctuel relatif aux soins (63%) Mieux comprendre une situation complexe reliée à ma pratique (50%) » Communauté des infirmières GMF : « J'ai utilisé cette information pour : Améliorer les soins (33%) Améliorer la gestion des soins dans mon milieu de pratique (22%) Résoudre un problème ponctuel relatif aux soins (17%) Mieux comprendre une situation complexe reliée à ma pratique (22%) »

Tableau 6 – Stratégies liées à l'éducation à la santé et le soutien du patient

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
(Dineen-Griffin S, 2019)  Revue systématique	Professionnels de la santé de première ligne  Examiner les interventions de soutien à l'autogestion dans les soins de première ligne sur les résultats de santé pour un large éventail de maladies par rapport à la norme de soins habituelle  Identifier les stratégies efficaces qui facilitent des résultats cliniques et humanistes positifs dans ce contexte  Établir la vision et la mission des stratégies de soins de santé de première ligne de l'Alberta	Utiliser au moins deux des composantes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stratégie d'amélioration des compétences décisionnelles (plus haut taux de résultats positifs)</li> <li>○ Stratégies de stress ou d'adaptation psychologique des conditions               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)</li> <li>▪ Plusieurs stratégies cognitives ont été évoquées, telles que l'identification et la contestation des pensées inutiles, l'entraînement à la relaxation et les stratégies cognitivo-comportementales, y compris la gestion de la colère, la restructuration cognitive, l'affirmation de soi et l'entraînement aux compétences sociales</li> </ul> </li> <li>○ Stimulation active de surveillance des symptômes</li> <li>○ Objectifs thérapeutiques ou de soins spécifiques, mesurables, clairs et acceptés par patient avec une action spécifique ou un plan d'autogestion détaillant ces derniers</li> <li>○ Autogestion médicamenteuse</li> <li>○ Accroissement de l'activité physique</li> <li>○ Amélioration de l'apport nutritionnel</li> </ul> Utiliser la théorie cognitivo-comportementale et le modèle transthéorique de Prochaska et DiClementes des étapes du changement.  Offrir un suivi par les professionnels de la santé incluant une rétroaction personnalisée, le suivi des progrès par rapport aux objectifs de soins de santé fixés par le patient ou le perfectionnement des compétences en résolution de problèmes et en prise de décision.  Fournir des outils d'autoassistance et une aide à la localisation des ressources pendant l'échange patient-prestataire	Aucune solution d'intervention unique ne convient à tous les groupes de patients [Auteurs].  Une lacune notable identifiée dans la littérature était un manque de concentration sur la multimorbidité [Auteurs].
(National Institut for Health and Care Excellence, 2020)  Gris	Aidants	Chercher activement à identifier les aidants et s'assurer qu'ils connaissent leurs droits  Saisir chaque occasion pour identifier les aidants, y compris les rendez-vous chez le médecin généraliste, les rendez-vous pour le vaccin contre la grippe, les visites à domicile, les rendez-vous	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>ambulatoires, les soins sociaux et autres évaluations des besoins, y compris les évaluations d'admission et de sortie et les réunions de planification.</p> <p>Consigner les informations sur les aidants identifiés (avec le consentement du soignant)</p> <p>Tenir compte du fait que les aidants eux-mêmes peuvent ne pas demander le soutien de certains professionnels, par exemple les médecins généralistes, car ils peuvent ne pas considérer le soutien aux soignants comme faisant partie du rôle de ce professionnel</p>	

Tableau 7 – Barrières et recommandations relatives aux changements en première ligne

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Barrières et éléments facilitant les changements	Résultats	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
(Ilinca et al., 2018) Communication courte	Diverses clientèles  Documenter le rôle de la première ligne dans l'intégration des soins (selon la recommandation Alma-Ata)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▽ Barrière à l'intégration des soins :</li> <li>Absence de structure de communication et d'échange d'information</li> <li>Formation limitée des professionnels de la première ligne</li> <li>Pénurie d'omnipraticiens et d'autres professionnels de la première ligne</li> <li>Financement limité pour promouvoir le travail intégré</li> <li>Définition des responsabilités peu claire</li> <li>Manque de ressources pour faire les suivis avec les patients et leurs familles</li> <li>Culture et infrastructure de travail interprofessionnelles et de communication intersectorielle sous-développées</li> <li>▽ Si la première ligne tente de contrer la fragmentation, mais omet de réunir la santé et le social ainsi que les soins formels et informels, on peut rencontrer des lacunes. En voici quelques exemples:</li> <li>Dans les pays où des centres de soins de première ligne ont été mis de l'avant pour l'intégration interprofessionnelle, la collaboration est souvent limitée aux interactions entre</li> </ul>		<p>Mettre à contribution les systèmes de première ligne comme joueurs clés dans l'intégration des soins et la réduction de la fragmentation (déclaration Alma-Ata)</p> <p>Dans l'intégration des soins, viser à réunir les éléments de part et d'autre de deux clivages:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Celui entre la santé et le social (par exemple, l'omnipraticien et le fournisseur de soins à domicile) et</li> <li>○ Celui entre le formel et l'informel (par exemple, le fournisseur de soins à domicile et les proches aidants)</li> </ul> <p>Assurer la communication et la coordination de part et d'autre de ces deux clivages simultanément :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entre la santé et le social</li> <li>○ Entre le formel et l'informel</li> </ul> <p>Pour éviter de surcharger des travailleurs déjà surchargés, il sera nécessaire (autant du côté de la santé que du social) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ D'éviter de simplement additionner les nouveaux rôles et compétences nécessaires à des profils d'emploi déjà existants</li> </ul>	<p>Article dont le contenu a été scindé dans différents tableaux de synthèse selon les thèmes [EB].</p> <p>La tendance actuelle dans plusieurs pays est d'ajouter des tâches et des compétences aux profils d'emplois existants. Cela mène à une surcharge des travailleurs [Auteurs].</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Barrières et éléments facilitant les changements	Résultats	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>les omnipraticiens, infirmières ou pharmaciens, laissant en plan les professionnels des services sociaux</p> <p>Des initiatives pour améliorer la coordination dans le système de santé ont souvent omis de reconnaître ou de soutenir le rôle essentiel des soignants informels des personnes avec des conditions chroniques. Les équipes traditionnelles de première ligne sont bien positionnées pour assister les soignants informels, mais ils échouent souvent à évaluer les besoins et à fournir les suivis</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ De revoir la distribution du travail (<i>re-design workflows</i>)</li> <li>○ De rediriger les allocations budgétaires pour permettre la formation additionnelle</li> <li>○ De redistribuer la responsabilité entre les travailleurs</li> </ul>	
(Usher et al., 2020) Analyse comparative	<p>Non spécifié</p> <p>Décrire et comparer les stratégies des différentes provinces canadiennes pour transformer leurs systèmes de santé (incluant certains aspects touchant la collaboration interprofessionnelle)</p>	<p>▽ Les tensions entre les secteurs de la santé rendent difficile la transition vers les soins de proximité :</p> <p>La pratique des IP communautaires a été contestée par certains lobbys de médecins provinciaux (notamment BC et AB), ce qui concorde avec la position des soins médicaux et des médecins comme noyau du système de santé</p> <p>Les stratégies utilisées par les provinces pour transformer et améliorer les systèmes de santé révèlent la difficulté à opérer des changements à grande échelle qui s'éloignent significativement :</p>	<p>Des stratégies ont été mises en place dans différentes provinces (financement ou législation) pour atteindre les objectifs du système de santé <sup>vii</sup></p> <p>Les intervenants en santé qui ne sont pas médecins (dont les IP) sont une source additionnelle importante de soins dans la communauté</p>	<p>Tirer parti des apprentissages réalisés par les autres provinces en matière de stratégies de changement</p>	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Barrières et éléments facilitant les changements	Résultats	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Du centre de gravité du système, c'est-à-dire, les services médicaux et hospitaliers</li> <li>○ Des valeurs et intérêts prédominants</li> </ul>	<p>Au Québec, les gestionnaires des CI(U)SSS ont la responsabilité de s'arrimer aux GMF de leur territoire. Cependant, dans la pratique, les mécanismes de coordination et de responsabilité demeuraient vagues, maladroits et difficiles à mettre en application (selon des informateurs-clés)</p>		
(Miller et al., 2018) Revue de littérature	Analyse des preuves de la transformation des soins de première ligne en un modèle plus intégré	<p>▽ Les cliniques où les médecins sont propriétaires peuvent maintenir une hiérarchie où les médecins dominent les rencontres d'équipes interprofessionnelles</p> <p>Lorsque les professionnels et employés de la première ligne sentent que leur contribution est valorisée, cela peut mettre à niveau les hiérarchies traditionnelles et encourager l'innovation</p> <p>Les changements sont plus faciles à mettre en place lorsque l'équipe croit que le nouveau modèle a de la valeur et qu'il est basé sur de bonnes pratiques existantes.</p>	<p>Les données ne sont pas claires sur les économies financières pouvant résulter (ou non) d'un redéploiement d'activités vers le communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lorsque des économies sont réalisées, cela requiert généralement des efforts soutenus sur une longue</li> </ul>	<p>Développer de nouveaux modèles et paradigmes chez les professionnels quant à leur rôle</p> <p>Développer des relations caractérisées par une flexibilité et une adaptabilité qui va au-delà des intérêts et historiques individuels</p> <p>Amener les médecins à se voir comme des contributeurs à une équipe de soins primaires (réinterpréter leur rôle). Cela peut être facilité par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plusieurs discussions dans un contexte d'apprentissage</li> <li>○ La création de moments de réflexion sur ce qu'ils font et</li> </ul>	<p>Article dont le contenu a été scindé dans différents tableaux de synthèse selon les thèmes [EB].</p> <p>Études provenant, par exemple, de Nouvelle-Zélande, Angleterre, Australie, Espagne, France, Écosse-Angleterre, Canada [Auteurs].</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Barrières et éléments facilitant les changements	Résultats	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>Les membres de l'équipe sont alors plus enclins à engager le temps nécessaire, à rechercher des occasions d'apprentissage et à accepter les risques associés</p> <p>▽ Si la nouvelle approche est vue comme étant imposée de l'extérieur et comme étant une distraction inutile, les changements seront plus difficiles à mettre en place</p> <p>La structure financière qui encadre la pratique peut aider ou nuire à la transformation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les incitatifs financiers ne sont pas suffisants en eux-mêmes pour générer une transformation</li> <li>○ Le paiement à l'acte peut nuire aux efforts faits pour augmenter le travail d'équipe</li> <li>○ La France a introduit un paiement pour le travail d'équipe qui s'ajoute aux paiements à l'acte préexistants</li> </ul> <p>L'environnement politique, l'opinion des réseaux professionnels et les attentes des communautés locales influencent la volonté des services de première ligne à considérer de nouvelles façons de faire. Cela affecte leur perception :</p>	<p>période avec un leadership sénior qui s'inscrit dans la continuité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La difficulté à éliminer des frais fixes ou à désinvestir dans des services existants contribue à limiter les économies</li> <li>○ Il est important de ne pas sous-estimer les ressources nécessaires pour mettre en place une nouvelle intervention</li> </ul>	<p>pourquoi (difficile avec la charge de travail)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des échanges avec des groupes de pairs</li> <li>○ Une démonstration que leur travail peut être sécuritairement redirigé vers d'autres professionnels</li> <li>○ L'éducation sur les rôles et compétences des autres professionnels</li> <li>○ Des occasions d'interagir directement avec ces autres professionnels</li> </ul> <p>Amener les médecins à développer de nouvelles habiletés nécessaires au travail d'équipe, en particulier quant au leadership. Leur leadership doit passer d'un mode traditionnellement prescriptif (dire aux autres professionnels ce qui doit être fait) vers un mode collaboratif qui facilite/encourage la contribution de tous les membres de l'équipe</p> <p>Transformer la première ligne avec un programme coordonné plutôt qu'avec un accent sur des interventions spécifiques. Six éléments sont communément incorporés dans ces programmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mettre à contribution des facilitateurs (externes ou équipe de gestion du changement</li> </ul>	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Barrières et éléments facilitant les changements	Résultats	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ De ce qui est attendu d'eux</li> <li>○ Des risques associés à l'exploration de nouvelles façons de faire, qui sera largement appuyé</li> </ul>		<p>interdisciplinaire) pour de plus grandes objectivité, expertise et capacité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soutenir le développement de leaders locaux cliniques et non cliniques</li> <li>○ Adopter une attitude d'apprentissage continu pour le développement de nouvelles compétences et de réflexion sur les preuves émergentes du processus et des impacts</li> <li>○ Engager les parties prenantes (patients, communautés, réseau clinique élargi) par l'intermédiaire d'investissements suffisants et d'infrastructures associées. Celles-ci doivent avoir la possibilité de partager leur perspective. Cela peut mener à un plus grand engagement et à des solutions plus créatives</li> <li>○ Instaurer un financement de transition pour maintenir les activités existantes pendant que de nouvelles approches sont introduites</li> <li>○ Effectuer une évaluation robuste en fonction d'objectifs clairs permettant un regard formateur</li> </ul>	

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Barrières et éléments facilitant les changements	Résultats	Recommandations	Commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
				<p>Utiliser activement les données dans la prise de décision quant à l'organisation des soins primaires, entre autres, les données sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La performance clinique</li> <li>○ La satisfaction des patients</li> <li>○ Le niveau de stress vécu par les employés</li> </ul>	
(Davy et al., 2015) Revue systématique	<p>Première ligne</p> <p>Identifier et synthétiser les preuves internationales sur l'efficacité des éléments qui ont été inclus dans un modèle de soins chroniques pour améliorer les pratiques de soins de santé et les résultats de santé dans les établissements de soins de santé de première ligne</p>	<p>Offrir du soutien à une pratique réflexive</p> <p>Partager des messages clairs sur l'importance des soins pour les maladies chroniques</p> <p>▽ Soutenir la mise en œuvre et la pérennité des programmes</p>			

Tableau 8 – Télésanté et intelligence artificielle

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtiers]
(Lee, Choi, Lee, & Jiang, 2018) Revue systématique	<p>Patients atteints de maladies chroniques diverses sauf le diabète</p> <p>Mettre en lumière le potentiel des technologies mobiles pour contrôler les symptômes et promouvoir la santé et un mode de vie sain</p>		10 des 12 interventions considérées montrent une amélioration statistiquement significative pour certains résultats de santé. Les facteurs les plus contributifs à ce succès sont les rappels automatisés, le monitoring fréquent et précis des symptômes (généralement en temps réel) et une amélioration de la communication entre les patients et les intervenants en santé, le tout se concrétisant par une prise en charge améliorée des maladies chroniques chez les patients visés [Auteurs].
(Talboom-Kamp, Verdijk, Kasteleyn, Numans, & Chavannes, 2018) Revue narrative	<p>Patients MPOC et patients utilisant une thérapie anticoagulation</p> <p>Observer les changements de comportements et l'amélioration de l'état de santé des patients ayant recours à une combinaison de plateformes interactives et de coaching pour la prise en charge de leur maladie chronique</p>	<p>Favoriser un équilibre bien dosé entre la télésanté et l'offre de soins conventionnelle</p> <p>Assurer la présence des conditions favorables à l'éducation et au coaching auprès des patients</p> <p>Mettre en place des conditions technologiques optimales privilégiant des interfaces faciles d'appropriation pour les patients et les intervenants en santé</p> <p>Créer une relation de confiance entre les patients et les intervenants en santé</p> <p>Développer des attitudes et des aptitudes adéquates face aux défis technologiques</p>	<p>Sur un horizon long terme, une intégration optimale des stratégies d'autogestion des soins par télésanté aux approches de soutien à domicile et de coaching est de nature à améliorer les conditions de vie des malades chroniques [Auteur].</p> <p>Il est permis de conclure que le bon dosage de l'intégration et du soutien mutuel des approches numériques et traditionnelles se trouve au cœur de la réussite de l'implantation et de la pérennité du changement de comportement chez les patients [MB].</p>
(Ceriello, 2020) Éditorial	Patients atteints de diabète, tous types, tous âges, incluant la clientèle âgée	Perpétuer et diversifier les « gains » imposés par la COVID-19 sur les patients et le système par une intégration assumée des technologies de télésanté dans l'ensemble des facettes du parcours de formation des intervenants en santé	L'appropriation expéditive de la téléconsultation en période de COVID-19 illustre tout l'à-propos de la télémédecine comme partie intégrante de l'offre de services, surtout pour les maladies chroniques. Le niveau d'engagement du patient diabétique étant obligatoirement

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	Évaluer l'impact des contraintes de distanciation imposées par la COVID-19 sur l'appropriation augmentée de la télésanté par les patients et les intervenants en santé et l'impact de cette appropriation sur l'état de santé des patients		<p>élevé (suivi assidu du taux de glucose dans le sang) et suivi (recours au glucomètre et aux applications liées), le développement de solutions de télésanté peut être envisagé pour améliorer l'efficacité du processus d'autogestion des soins tout en facilitant l'accès aux professionnels. Il en découle des bénéfices majeurs, tant d'un point de vue médical (par rapport à la personne atteinte) qu'économique (par rapport au système) [Auteur]<sup>viii</sup>.</p> <p>Il est prévisible que les patients seront les premiers à exiger l'accroissement du recours aux technologies dans l'offre de services, au fur et à mesure que les technologies deviendront moins intimidantes. Dans la foulée de cette adhésion volontaire des patients, les téléconsultations entre professionnels de première et de deuxième lignes devraient théoriquement augmenter [Auteur].</p> <p>Une autre étude (Olayiwola et al., 2020) va dans le même sens, avançant que l'adaptation technologique « forcée » par le contexte de la COVID-19 constitue certainement l'un des caractéristiques les plus centrales à la qualité de la réponse pandémique à l'échelle de la société. On ajoute que dans l'avenir post-COVID-19, le destin de la télésanté sera principalement influencé par [Auteurs]:</p> <p>La survivance des adaptations (systèmes; réglementation; financement; politiques publiques; adaptations cliniques) réalisées en cours de pandémie;</p> <p>La propension du système de santé (gouvernance et établissements) à maintenir l'effort numérique;</p> <p>Le désir des patients de s'engager sur la voie d'une nouvelle approche de soins.</p>
(Barr, Vania, Randall, & Mulvale, 2017) Revue systématique	<p>Non spécifiées</p> <p>Évaluer l'impact des technologies de télésanté sur les collaborations interprofessionnelles en matière de gestion</p>	+ Considérer les technologies de télésanté comme un outil de mise en œuvre d'une approche centrée sur le patient qui concerne l'ensemble des parties prenantes associées à la prévention et à la gestion des maladies chroniques	Le succès de l'amélioration des collaborations interprofessionnelles par les technologies dépend beaucoup moins des attributs de ces dernières que du souci accordé à faire évoluer la culture organisationnelle accueillant ces technologies. De fait, le recours aux technologies dans le but explicite de favoriser les collaborations interprofessionnelles crée, au contraire, des conflits portant sur les rôles professionnels au sein de l'équipe de soins et, ce faisant, perd complètement de vue l'intérêt du patient. Le temps et les ressources adéquates doivent être investis dans une gestion majeure du

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	des maladies chroniques		changement qui repose notamment sur l'acceptation de passer en mode d'apprentissage continu [Auteurs].
(Parker et al., 2018) Revue systématique	<p>Patients vulnérables atteints de maladies chroniques utilisant des services de première ligne</p> <p>Documenter les stratégies de persuasion utilisées par les professionnels de la santé pour convaincre les patients qu'ils sont capables d'autogérer leur condition en assurant un meilleur monitoring de leurs symptômes à l'aide des technologies (outils électroniques, applications mobiles et télésanté)</p>	<p>Explorer, de façon proactive, les disparités potentielles en matière d'accès effectif à la télésanté afin de mitiger les barrières à la littératie numérique</p> <p>Intégrer des stratégies d'alphabétisation numérique en technologie et en santé dans la conception et la mise en œuvre d'applications de télésanté qui tiennent compte des prédictors socioéconomiques populationnels</p> <p>+ Assurer, simultanément, une pleine pénétration territoriale des infrastructures numériques nécessaires à l'opérationnalisation des applications de télésanté</p>	<p>Réaliste, mais non exhaustive, la matrice constituée par l'étude suggère la pertinence du recours aux technologies [Auteur].</p> <p>Les patients sont relativement passifs dans leur interaction avec les outils [Auteur].</p> <p>L'influence des pairs et la définition d'objectifs tangibles (<i>goal setting</i>) sont les stratégies qui se sont révélées les plus efficaces auprès des patients [Auteur].</p> <p>Dans le même ordre d'idées, une analyse bivariée des liens entre l'accès à la télésanté et les caractéristiques socioéconomiques des répondants (Alam et al., 2019) évoquent [MB] :</p> <p>La pertinence de considérer les prédictors socioéconomiques dans les stratégies d'alphabétisation numérique. En cela, les vues des auteurs convergent avec d'autres commentaires sur le déploiement de la télésanté en période de COVID-19 (Nouri, Khoong, Lyles, &amp; Karliner, 2020) estimant qu'en l'absence de stratégies ciblées d'équité en télésanté, les gains réalisés en cours de pandémie pourraient devenir rapidement, et durablement, des handicaps pour joindre les clientèles plus vulnérables;</p> <p>L'importance d'assurer un déploiement simultané des infrastructures numériques nécessaires à une appropriation et à un accès effectif à la télésanté, notamment dans les régions rurales.</p>
(Sardi, Idri, & Fernández-Alemán, 2017) Revue systématique	<p>Patients atteints de maladies chroniques et patients adoptant un programme d'exercice</p> <p>Dresser un état de situation sur les bénéfices de la ludification du suivi</p>	<p>Construire des solutions technologiques au potentiel optimal de ludification qui misent sur des théories éprouvées d'exploitation de la qualité de l'expérience et des effets psychologiques de la mécanique du jeu et, ce faisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Privilégier un processus de cocréation faisant à la fois appel à l'expertise des patients et à une forme d'assentiment de la part des intervenants en santé dans le but de confirmer la pertinence des outils technologiques auprès des patients</li> </ul>	<p>Les principaux bénéfices recensés [Auteur] sont :</p> <p>Les impacts positifs sur l'engagement et l'immersion des patients dans leur solution de télésanté;</p> <p>Le caractère agréable, divertissant, compétitif et engageant de la ludification;</p> <p>La motivation intrinsèque (récompense et rétroaction), la satisfaction, l'identification positive et l'estime de soi;</p> <p>Une forme d'assistance aux patients favorisant l'adhésion à la médication et au plan de soins;</p> <p>Une bonne façon de faire évoluer les comportements;</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtisère]
	des maladies chroniques par le recours aux technologies	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ D'intégrer à ce processus de cocréation des stratégies visant à favoriser l'assiduité motivationnelle à long terme chez les patients</li> <li>+ Considérer les dimensions de fiabilité, de sécurité et de protection des données dans le développement de telles applications</li> </ul>	<p>Le soutien des pairs et le partage des réussites (médias sociaux). L'étude ne couvre qu'une courte période qui ne permet pas d'apprécier adéquatement les bénéfices à long terme [Auteur].</p> <p>Sur un sujet apparenté, il ressort d'entrevues avec des experts (Abdolkhani, Gray, Borda, &amp; DeSouza, 2019) la pertinence [MB] :</p> <p>D'améliorer la fiabilité des dispositifs portables (<i>wearables</i>) de monitoring en télésanté pour générer des données personnalisées de qualité et un suivi profitable pour les patients et les intervenants en santé;</p> <p>De travailler à une meilleure intégration des données de santé générées par les patients dans les programmes distants de monitoring par dispositifs portables (<i>wearables</i>) avec les plateformes électroniques de dossiers patients.</p>
(Monzani & Pizzoli, 2020) Survol pratique d'écrits spécialisés	<p>Population en général et patients atteints de maladies chroniques</p> <p>Documenter les effets positifs de différents dispositifs de télésanté dans les interventions de première, deuxième et troisième ligne en matière de maladies chroniques</p>	+ Miser sur les constituantes intrinsèques (accessibilité; instantanéité des données et des rétroactions; caractère intuitif et ludique; assiduité motivationnelle; effet de communauté) des différentes applications de télésanté pour soutenir et consolider les stratégies traditionnelles de prévention et de prise en charge des maladies chroniques	<p>L'introduction des approches de télésanté dans les stratégies de prévention des maladies chroniques en première, deuxième et troisième lignes apporte différents bénéfices [Auteur] par rapport aux approches traditionnelles :</p> <p>L'accessibilité et les fonctionnalités associées à ces technologies, qui facilitent et encouragent l'accès à des contenus éducatifs et informationnels en santé;</p> <p>L'accès en temps réel à des rétroactions personnalisées concernant la pertinence et l'efficacité des actions des utilisateurs face aux valeurs cibles des paramètres de leur santé;</p> <p>L'incitatif au partage de connaissances et d'information, tant avec les intervenants en santé qu'avec les pairs, facilité par l'accessibilité web des applications et des données.</p> <p>Ces différents aspects se révèlent pertinents pour motiver les patients et la population à adopter des habitudes saines qui préviennent l'émergence ou la dégradation des maladies chroniques [Auteur].</p> <p>La ludification associée à certains dispositifs de télésanté ajoute au potentiel de motivation dans une perspective long terme [Auteur].</p> <p>Dans le même esprit, une revue systématique et méta-analyse (Yang, Wang, Yang, Hu, &amp; Xiong, 2018) suggère de privilégier le recours aux</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
			applications mobiles, dont la manipulation est plus intuitive, favorisant un changement durable de suivi chez les utilisateurs [MB].
(Stevens, van der Sande, Beijer, Gerritsen, & Assendelft, 2019)  Revue d'examen (scoping review) d'écrits spécialisés	Diverses conditions cliniques, sauf la santé mentale  Tous les âges et tous les échantillonnages inclus  Documenter, le cas échéant, les effets indésirables ou pervers du recours aux applications de télésanté, en considérant les applications mobiles visant à remplacer ou à supporter les visites en clinique, dans une perspective de traitement, de monitoring et d'autogestion des soins	+ Réinvestir les connaissances sur les effets indésirables ou pervers du recours aux applications de télésanté, dans la conception et la mise en œuvre de futures applications ou technologies de la santé	Bien qu'il soit largement présumé et généralement accepté que les outils technologiques ont un effet positif sur la qualité de l'offre de soins et constituent une option prometteuse aux rencontres en clinique, les principaux effets indésirables rapportés [Auteur] touchaient :  La réduction de la transparence et de la fluidité entre les intervenants en santé et les patients; Le temps requis par les patients pour intégrer les routines technologiques à leur routine de base d'autogestion des soins.
(De Rosi & Nuti, 2018)  Étude de cas	Système de santé public et universel de l'Italie  Documenter les défis posés par les technologies de télésanté, en empruntant la perspective de	Déployer, tôt dans le processus de cocréation (sur la cocréation, voir travaux de (Sardi et al., 2017), cités précédemment), des stratégies ciblées d'adhésion et de gestion du changement auprès de l'ensemble des parties prenantes  Assurer une gestion du risque à la mesure du caractère inédit et des bénéfices escomptés du modèle proposé	Un « écosystème ouvert et transversal » a été identifié comme le plus porteur pour faciliter les innovations en santé. Celui-ci se définit comme un environnement au sein duquel les entités publiques des niveaux régionaux et locaux, les cliniciens, les universités, les firmes de développement TI et les patients peuvent se rencontrer, discuter de problèmes et de besoins, partager sur les bonnes pratiques existantes et coproduire des solutions. Les participants ont jugé que cette façon de faire était de nature à favoriser l'empowerment sur la base d'un

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	l'acteur public acheteur qui souhaite le succès, la pérennité et l'adhésion des différentes parties prenantes à ces technologies		<p>processus décisionnel local qui met résolument l'accent sur le rôle crucial du « champion » [Auteur].</p> <p>Pour obtenir les pleins bénéfices des technologies de télésanté, les investissements devraient d'appuyer sur [Auteur] :</p> <p>Le besoin d'un financement de solutions long terme passant, par exemple, par des initiatives PPP, en écho au concept d'écosystème ouvert et transversal cité ci-dessus;</p> <p>Une prise en charge adéquate des enjeux d'interopérabilité. Pour encourager la collaboration intra et extra organisationnelle dans le développement d'une approche « plateforme ».</p>
(Zheng, Ryzhov, Xie, & Zhong, 2020)  Résultats d'une modélisation	<p>Patients atteints de diabète de type 2 chez qui on observe des comorbidités</p> <hr/> <p>Modélisation des risques d'hyperglycémie, d'hypertension et de maladies cardiovasculaires, en vue de créer un algorithme qui formule des recommandations d'hygiène de vie fondées sur l'évolution cumulative des données de patients et de leur historique de santé</p>		<p>Connus pour leur efficacité dans le cadre de la gestion d'une maladie unique et bien cernée, les algorithmes issus de l'intelligence artificielle appliqués à cette modélisation ont révélé leur grande pertinence, 86 % à 98 % des résultats obtenus concordant avec les recommandations cliniques applicables. Plus encore, les recommandations formulées par le module ont généré des améliorations substantielles des résultats physiologiques ciblés chez les patients [Auteurs].</p> <p>L'algorithme d'apprentissage renforcé peut être intégré dans les plateformes de dossiers patient informatisés pour appuyer les intervenants en santé dans une gestion en temps réel de recommandations personnalisées de traitement. L'une des caractéristiques les plus prometteuses de ce type d'algorithme réside dans sa capacité à comprendre et à apprendre les interactions médicamenteuses (médicament-médicament; médicament-maladie) en présence de variations temporelles, de résultats incertains et d'effets long terme de traitement [Auteurs].</p> <p>Cela dit, certaines contraintes demeurent. Par exemple, l'algorithme ne prend pas en compte certaines variables, comme le taux de créatinine, un marqueur important de maladie rénale, laquelle figure parmi les comorbidités à surveiller chez ces patients [Auteurs].</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
(Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2021) Revue de littérature	Clientèle adulte en général <sup>8</sup> Identifier les pratiques (organisationnelles et cliniques) pertinentes et sécuritaires d'utilisation générale de la téléconsultation – particulièrement auprès d'une clientèle adulte – tant en première ligne que pour les soins spécialisés (y incluant en période d'urgence sanitaire)	Afin de tirer profit des technologies, il faut : Fournir l'accès à une infrastructure et à des solutions technologiques adéquates et compatibles entre elles Choisir des modalités technologiques favorisant l'accès et une qualité d'interaction adéquate Utiliser des objets connectés (par exemple, glucomètre, tensiomètre) pour soutenir la consultation Connaître les modalités et du fonctionnement de la téléconsultation Considérer la littératie, l'âge, l'éducation et la condition générale de santé des patients Considérer la littératie technologique des professionnels Considérer le confort et les préférences du patient Développer ses capacités de réaliser un examen clinique et physique ou un diagnostic adéquat Accéder aux informations cliniques nécessaires Utiliser une approche cohésive soutenant la continuité entre professionnels, entre milieux de soins, entre l'équipe de soins et le patient (continuité relationnelle) Baliser clairement les conditions cliniques et des types de consultations appropriés Mettre en place des mesures pour favoriser la compréhension et la rétention de l'information par le patient Utiliser le leadership et la gouvernance dans une approche cohésive et flexible, en partenariat avec les divers paliers organisationnels et milieux de soins	

<sup>8</sup> La téléconsultation en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) permettrait de réduire les transferts évitables des CHSLD à l'urgence, d'élargir la couverture médicale en dehors des heures normales, d'augmenter l'accès en médecine générale et spécialisée (gérontopsychiatrie; neurologie; soins palliatifs), notamment en région éloignée. La téléconsultation doit être complémentaire à la prise en charge médicale en personne et peut être utilisée pour l'évaluation de résidents avant leur admission, des évaluations régulières par les médecins généralistes et spécialistes en cours de séjour, des évaluations nutritionnelles ou fonctionnelles de résidents, l'éducation de résidents, après des soins aigus et lors de changements de l'état de santé (agitation; chute; résultats de laboratoire anormaux). La téléconsultation peut soutenir, dans une certaine mesure, l'amélioration des connaissances et des compétences cliniques des équipes en CHSLD, notamment les médecins et les infirmières, grâce à la participation à des séances de téléconsultation.

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>Fournir un encadrement légal et réglementaire approprié et soutenir l'obtention du consentement éclairé des patients</p> <p>Élaborer des ententes professionnelles, organisationnelles ou interinstitutionnelles</p> <p>Mettre en place des processus et des modalités pour assurer la sécurité et la confidentialité des informations partagées</p> <p>Mettre en place des procédures et processus administratifs et cliniques clairs</p> <p>Définir les rôles et responsabilités professionnelles</p> <p>S'assurer de la présence d'un soutien technologique et administratif adéquat</p> <p>Fournir une formation et un accompagnement à l'utilisation de la technologie disponible pour l'ensemble des utilisateurs</p> <p>Évaluer la qualité</p>	
<p>(Voruganti, Grunfeld, Makuwaza, &amp; Bender, 2017)</p> <p>Scoping</p> <p>Lecture en ligne [EJ]</p>	<p>Non spécifié</p> <hr/> <p>Trouver des outils Internet pour la communication texte entre les patients et les prestataires de services et définir leurs caractéristiques, leurs finalités, le profil type de leurs utilisateurs et les contextes dans lesquels ils sont utilisés</p> <p>Décrire la nature de l'évaluation dont ces outils ont fait l'objet</p> <p>Comprendre la terminologie associée à ces outils</p>		<p>Typologies [Auteurs] :</p> <p>Portail patient;</p> <p>Site Internet informatif ou éducatif;</p> <p>Application Internet et logiciel hybride;</p> <p>Application basée sur un téléphone mobile (service de messages courts);</p> <p>Application par courrier électronique.</p> <p>Fonctions liées [Auteurs] :</p> <p>Dossier de santé;</p> <p>Résultats de laboratoire ou de test;</p> <p>Rendez-vous ou planification;</p> <p>Plan de soins ou de traitement visible;</p> <p>Nouvelles demandes de prescription;</p> <p>Renouvellement des ordonnances;</p> <p>Journal des symptômes ou <i>tracker</i>;</p> <p>Information ou éducation sur la maladie;</p> <p>Appareils de monitoring ou permettant l'examen physique à distance.</p> <p>Finalités [Auteurs] :</p> <p>Intervention de communication;</p> <p>Modification du mode de vie ou du comportement;</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtisère]
			<p>Signalement des symptômes; Planification des soins; Adhésion aux médicaments.</p> <p>Utilisateurs [Auteurs] :</p> <p>Tout intervenant appelé à avoir des interactions avec le patient (infirmière; médecin; travailleur social; gestionnaire de cas; psychologue; pharmacien; etc.).</p>
(Gee, Greenwood, & Miller, 2015)  Théorie	<p>Non spécifié</p> <p>Passer en revue la recherche sur les outils de cybersanté qui soutiennent l'autogestion des maladies chroniques</p> <p>Présenter un modèle révisé, le <i>eHealth Enhanced Chronic Care Model (eCCM)</i>, pour montrer comment les outils de cybersanté peuvent être utilisés pour accroître l'efficacité de la gestion des maladies chroniques</p>	<p>Un modèle électronique de gestion des maladies chroniques (<i>eHealth Enhanced Chronic Care Model</i>) est proposé pour tirer le meilleur parti des caractéristiques les plus porteuses des outils de cybersanté<sup>x</sup>.</p>	<p>Les outils de cybersanté apportent des contributions importantes aux soins chroniques [Auteurs] :</p> <p>Autogestion; Participation à la vie de communautés virtuelles; Examen physique synchrone ou asynchrone; Éducation à distance; Liens à distance avec divers dispositifs (pompes à médicament; bracelets de surveillance; capteurs; etc.); Amélioration des résultats de santé, notamment auprès des clientèles vulnérables (adultes âgés; populations hispaniques et afro-américaines) qui adoptent rapidement les technologies.</p> <p>L'utilisation du dossier patient informatisé pour soutenir la gestion des maladies chroniques, bien que recommandée, ne donne pas des résultats concluants, malgré certaines améliorations observées notamment du côté des clientèles diabétiques [Auteurs].</p> <p>Le recours à la communauté en ligne (<i>eCommunity</i>) favorise l'émergence de connaissances et d'une forme de sagesse collective quant aux besoins d'autogestion présentant une force d'habilitation du patient avec ses semblables [Auteurs].</p>
(Bitar & Alismail, 2021)  Revue systématique rapide	Personnes vivant avec une maladie chronique pendant la pandémie de COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Huit recommandations ont été associées aux différents (préconsultation; consultation; post-consultation) segments du continuum<sup>x</sup>.</li> </ul>	<p>Six utilisations principales de la télésanté ont été expérimentées durant la pandémie de COVID-19 [Auteurs] :</p> <p>Rencontres de suivi; Formation; Consultations;</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	Résumer l'état actuel et les opinions d'experts, les recommandations et les preuves actuelles associées à l'utilisation et à la mise en œuvre de la santé électronique (cybersanté), de la télémédecine et/ou de la télésanté pour fournir des services de santé aux patients atteints de maladies chroniques pendant la pandémie COVID-19		Gestion de la médication; Communication; Soutien aux proches aidants.

Tableau 9 – Systèmes d'aide à la décision clinique

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
(Sutton et al., 2020)  Vue d'ensemble fondée sur des données MEDLINE et des recherches empiriques des auteurs	Non spécifié  Survoler les pratiques faisant appel aux systèmes de support à la décision clinique :  Types Occurrences types de leur efficacité Écueils courants Dangers potentiels	<p>Sécurité des patients :</p> <p>Concevoir un système d'aide à la décision favorisant une personnalisation (algorithmes prenant en charge des variables cliniques et sociodémographiques) des soins</p> <p>Gestion clinique :</p> <p>Favoriser le caractère non prescriptif du système Assurer une évaluation et une actualisation continues du système</p> <p>Coût de système :</p> <p>Analyser les différentes facettes du retour prévisible sur l'investissement (ressources humaines; bénéfiques patients; entretien des infrastructures; etc.) pour éclairer la décision d'implantation</p> <p>Gestion administrative :</p> <p>Assurer la fiabilité des données initiales lors du déploiement du système Procéder à une journalisation documentée des améliorations et mises à jour</p> <p>Support diagnostic (généralités) :</p> <p>Assurer la traçabilité des données initiales et actualisées à l'aide de références facilement accessibles, tout en préservant l'agilité du système</p> <p>Support diagnostic (imagerie; laboratoire; pathologie) :</p> <p>Assurer l'interopérabilité des différents systèmes associés pour extraire, visualiser et interpréter les diverses données nécessaires à la décision clinique</p> <p>Participation du patient aux décisions :</p>	<p>Malgré les avancées concrètes favorisées par l'avènement du dossier patient informatisé et des autres outils cliniques électroniques pour soutenir les décisions cliniques complexes, des inconnues demeurent quant aux effets concrets de leur utilisation sur le travail des intervenants en santé, sur les résultats obtenus chez les patients et sur les coûts de système [Auteur].</p> <p>C'est dans ce contexte que l'exercice réalisé par les auteurs s'intéresse aux conditions gagnantes (voir ci-contre) du déploiement de tels systèmes en vue d'optimiser les résultats escomptés à court, moyen et long terme. Mais il s'attarde également à la nécessaire réflexion préalable qui devrait présider à leur mise en œuvre sur, notamment [MB] :</p> <p>Les objectifs poursuivis et les motivations des différentes parties prenantes; L'influence prévisible de l'environnement organisationnel et informationnel sur la mécanique de mise en œuvre et le succès potentiel de l'entreprise; Une compréhension conséquente des bénéfices et risques, ainsi que des enjeux de gestion du changement associés.</p> <p>Une telle réflexion préalable apparaît d'autant plus nécessaire qu'une étude (Mahmoud, Alkhenizan, Shafiq, &amp; Alsoghayer, 2020) s'intéressant aux impacts de l'implantation des outils de support à la décision clinique (incluant une fonction de rappel) conclut à des effets prometteurs pour l'adhésion à la vaccination (grippe; pneumonie; etc.) ou à certains suivis périodiques de prévention (tests PAP; mammographies, tests FIT; etc.), mais non significatifs pour les patients atteints de maladies chroniques. Il faut voir, toutefois, que les outils de support à la décision clinique avaient été implantés avec la motivation centrale d'une gestion sans papier dans un environnement</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>En lien avec ce qui précède, assurer une interface pleinement accessible (convivialité du dispositif et vulgarisation des données)</p> <p>Documentation :</p> <p>Assurer l'intégrité et le caractère probant des données initiales et de leur mise à jour continue dans le système</p> <p>Processus décisionnel :</p> <p>Mettre en place un processus rigoureux et itératif d'évaluation et d'actualisation continues du système qui fasse véritablement corps avec les processus décisionnels préalables que l'on souhaite bonifier</p>	<p>électronique pleinement intégré en clinique de médecine familiale [MB].</p>
<p>(Fathima, Peiris, Naik-Panvelkar, Saini, &amp; Armour, 2014)</p> <p>Revue systématique</p>	<p>Patients atteints de MPOC</p> <p>À l'aide d'essais randomisés contrôlés, évaluer l'efficacité des outils informatiques d'aide à la décision pour les patients atteints de MPOC suivis en première ligne</p> <p>Il est à noter que la plupart des études portaient sur des patients souffrant d'asthme</p>	<p>En amont de la conception d'outils d'aide à la décision, documenter les effets souhaités de ces derniers sur les coûts de système, tant sous l'angle des coûts technologiques purs que sous celui des défis de main-d'œuvre et de niveau approprié de desserte auprès des patients</p> <p>Concevoir des outils d'aide à la décision qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Intègrent une composante d'autosoins destinée aux patients, incluant une fonction de rappel</li> <li>○ Assurent les interfaces appropriées entre les interventions des intervenants en santé et celles des patients</li> </ul>	<p>75 % des études consultées concluent à une grande efficacité des outils informatiques d'aide à la décision pour les patients souffrant d'asthme (les patients MPOC étaient pratiquement absents de la littérature). Paradoxalement, les outils d'aide à la décision associés au dossier médical et au dossier patient sont moins efficaces (38 %) que ceux qui sont autonomes (83 %). On explique la chose par la lassitude créée par le trop grand nombre d'alertes (jusqu'à 96 % des alertes seraient ignorées) non spécifiques des systèmes d'aide à la décision disponibles. Cela dit, les systèmes d'aide à la décision présentent des effets bénéfiques concrets sur les patients atteints de maladies chroniques (MPOC, mais également diabète et ostéoporose), lorsque certaines conditions de succès sont au rendez-vous [Auteur].</p> <p>Dans les perspectives de futures recherches sur ce sujet, on évoque certains angles de prise prioritaires à considérer, lesquels convergent largement avec les recommandations formulées dans l'étude citée ci-dessus [MB].</p>
<p>(Rodrigues et al., 2019)</p>	<p>Patients en situation de multimorbidité suivis en première ligne</p>	<p>Miser sur les caractéristiques du cadre théorique du processus décisionnel médical (intégration des approches intuitive et analytique; choix rationnel reposant sur la science et les</p>	<p>Tant les systèmes de santé et que la formation des intervenants en santé sont orientés sur la prise en charge de maladies individuelles. En conséquence, la reconnaissance de la place</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
Revue systématique	Évaluer les perspectives, opinions ou perception des médecins de famille dans la prise de décision clinique pour les patients en situation de multimorbidité	données probantes; prise en compte du contexte et des facteurs épistémologiques; éthique et valeurs) dans la conception des systèmes d'aide à la décision	centrale du patient dans le processus décisionnel clinique crée des difficultés de prise en charge adaptée dès que celui-ci est atteint de plus d'une maladie – une situation qui est de plus en plus la règle plutôt que l'exception. En parallèle, la mouvance de l'offre de soins en santé du côté de la reddition de comptes, de l'évaluation continue et du financement à l'activité, bien que reposant sur une volonté d'améliorer l'efficacité de l'offre, a des effets négatifs concrets sur la fragmentation de la décision clinique, rendant toute approche holistique ou centrée sur le patient très laborieuse. Enfin, pendant longtemps, les patients en situation de multimorbidité étaient systématiquement exclus d'essais cliniques en tous genres, cette absence de repères ajoutant au doute et à l'incertitude de la décision clinique. Pour toutes ces raisons, les médecins de famille jugent généralement que les outils d'aide à la décision présentent peu d'utilité et, au contraire, qu'ils ajoutent à la complexité du processus décisionnel [Auteurs].
(Zikos & DeLellis, 2018)  Modélisation conceptuelle	Non spécifié  Introduire un modèle de référence de haut niveau comme fondation à la conceptualisation des systèmes d'aide à la décision clinique	En complément à la recommandation apparaissant ci-dessus (Rodrigues, Sousa, Basilio, Antunes, Santos, Heleno, 2019), on précise que le système d'aide à la décision doit calquer le processus réflexif humain comme suit :  Créer des étapes temporelles ordonnées, menant chacune à de nouvelles données qui peuvent devenir utiles à la décision Créer des boucles de rétroactions où l'acquisition de nouvelles données améliore la certitude et génère de nouvelles questions à creuser Privilégier la combinaison de différents types de données cliniques dans la prise de décision Favoriser la réutilisation de mêmes données dans deux ou plusieurs décisions antérieures avant de les inclure au système Faire émerger des décisions cliniques qui, en fin de compte, requièrent une intervention humaine, des habiletés cognitives, la connaissance et l'expérience pour analyser au mieux l'information disponible	Différents critères de performance sont proposés et reprennent, pour l'essentiel, des éléments présentés dans d'autres publications incluses à la présente recension. Différentes questions préalables à la décision d'implanter sont proposées [Auteurs] :  Le système est-il capable de reproduire le processus cognitif (boucles de rétroaction; apprentissage système) des cliniciens décisionnels? Le système est-il capable de formuler des recommandations incluant une dimension longitudinale (tendances se dégageant des mesures physiologiques; séquence des événements cliniques; distance temporelle entre les événements cliniques)? Le modèle de performance proposé est-il contextuellement réaliste (modèle de soins par requête; information sur la solidité des prédictions du modèle; méthodes de réduction dimensionnelle des données)?

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
			<p>Le « biais de la décision historique » (résultats dirigés) a-t-il été pris en compte dans la conceptualisation du système?</p> <p>Le système intègre-t-il des standards et des protocoles cliniques établis?</p> <p>Le système utilise-t-il des données non structurées (dossiers « style libre »; notes écrites des médecins; documents numérisés; images; etc.)?</p>
<p>(Wilson, Lavis, &amp; Gauvin, 2016)</p> <p>Revue systématique</p>	<p>Patients en situation de multimorbidité</p> <hr/> <p>Effectuer une revue systématique et une consultation de parties prenantes du système de santé (y compris des citoyens) pour définir les avenues les plus porteuses en matière d'outils d'aide à la décision</p>	<p>Sur la foi des constats de la revue systématique, la consultation des parties prenantes fait émerger les recommandations suivantes :</p> <p>Développer des orientations fondées sur les données probantes pouvant être utilisées par les professionnels de la santé en lien avec les objectifs définis par les patients</p> <p>Privilégier les approches qui favorisent l'autogestion des soins</p> <p>Favoriser une communication et une collaboration fluides entre les professionnels de la santé et les patients (incluant les proches aidants)</p> <p>Investir plus d'efforts dans la promotion et la prévention en santé</p> <p>Au sujet des directives cliniques visant l'aide à la décision pour les patients en situation de multimorbidité, les recommandations suivantes se dégagent :</p> <p>Documenter les grappes les plus fréquentes de multimorbidité autant que chacune des maladies chroniques individuelles, en incluant la santé mentale (y compris les dépendances) et les problèmes neurologiques (comme l'Alzheimer)</p> <p>Développer une approche centrée sur le patient pour l'élaboration de directives cliniques</p> <p>Effectuer des références croisées des différentes directives cliniques portant sur les maladies chroniques individuelles</p> <p>Utiliser un langage accessible aux patients</p> <p>Concevoir les directives cliniques en ayant toujours à l'esprit la capacité organisationnelle de mise en œuvre</p>	<p>L'augmentation des situations de multimorbidité met en relief la complexité, la non-coordination et la fragmentation des soins offerts aux patients souffrant de maladies chroniques. Dans cette perspective, la revue systématique et la consultation ont mis en relief les principaux constats suivants [Auteurs] :</p> <p>Les interventions centrées sur le patient qui mettent l'accent sur certains risques ou préjudices spécifiques (habilités fonctionnelles ou gestion des médicaments) et qui sont en lien avec les intervenants en santé concernés ont été jugées plus efficaces que les approches fondées sur une cible globale;</p> <p>Les interventions organisationnelles telles les programmes intégrés de traitement coordonnés par les gestionnaires de soins ou des plans individualisés de médication ont démontré leur capacité à améliorer la prescription, l'utilisation des médicaments et la fidélité au traitement;</p> <p>L'efficacité du modèle de gestion des maladies chroniques est variable selon les études, mais apporte des résultats comparables ou supérieurs à ceux obtenus par les approches standards de soins;</p> <p>Les erreurs de médication peuvent efficacement être prévenues grâce aux outils informatiques d'aide à la décision pharmaceutique.</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>Inclure des adultes âgés et des patients avec multimorbidités dans des essais randomisés afin d'enrichir les directives cliniques individuelles</p> <p>Concevoir des outils, des ressources et du coaching destinés aux proches aidants appelés à prendre des décisions pour les patients en situation de multimorbidité</p> <p>Concevoir des plateformes informationnelles conviviales contenant de l'information sur le dossier patient et du soutien informel pour les proches aidants</p>	
<p>(Liu, Reese, Kawamoto, Del Fiol, &amp; Weir, 2021)</p> <p>Revue systématique</p>	<p>Non spécifié</p> <p>Développer une approche conceptuelle de développement d'une taxonomie à partir de données issues de la médecine générale, de la gynécologie et de la pédiatrie :</p> <p>Mise à l'épreuve du modèle de la théorie unifiée de l'acceptation du recours aux technologies (<i>Unified Theory of Acceptance and Use of Technology</i>)</p> <p>Développement d'une taxonomie associée pour aider à la caractérisation des systèmes d'aide à la décision clinique</p>	<p>Quatre concepts fondateurs ont été identifiés dans la théorie unifiée de l'acceptation du recours aux technologies par les utilisateurs :</p> <p>Les attentes visant la performance attendue (l'impression que le recours au système va être payant et pertinent)</p> <p>Les attentes visant l'effort requis (facilité d'utilisation en lien avec l'attention et le temps disponibles)</p> <p>L'influence sociale (leadership organisationnel et pression des pairs)</p> <p>Les conditions facilitantes (infrastructures techniques et organisationnelles)</p> <p>S'ajoute à ces concepts relativement objectivés celui du contrôle motivationnel humain (enjeux d'autonomie décisionnelle), généralement sous-estimé.</p>	<p>Les systèmes d'aide à la décision ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies. Deux grandes catégories sont recensées [Auteurs].</p> <p>Les « dispositifs programmables ou automatisés » d'aide à la décision, tels les alertes, rappels, tableau de bord et bouton d'information, qui sont les plus utilisés (60 % pour les alertes et 24 % pour les rappels, selon Liu et al., 2021) et qui présentent des caractéristiques très primaires;</p> <p>Les systèmes favorisant « l'accès aux savoirs issus de champs de pratique clinique », tels la prévention et la prise en charge des maladies chroniques (utilisé à 48 %, mais non documenté dans l'étude) et la pharmacothérapie (utilisé à 36 % et faisant l'objet d'une analyse par les auteurs).</p> <p>L'étude mène au constat que, même en 2021, le recours aux systèmes informatisés d'aide à la décision clinique demeure limité et, surtout, d'un niveau assez primaire (alertes et rappels...) qui éclipse tout un potentiel de valeur ajoutée aux pratiques cliniques traditionnelles. Une étude (Kwan et al., 2020) portant sur les améliorations concrètes recensées en lien direct avec l'utilisation des systèmes d'aide à la décision clinique rapporte d'ailleurs des résultats somme toute décevants [MB] :</p> <p>Augmentation de 5,8 % de la proportion des patients ayant reçu les soins désirés;</p> <p>Augmentation de 0,3 % de la proportion des patients ayant atteint les cibles de performance recherchées (pression sanguine et bilan lipidique, par exemple).</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
			<p>Ces résultats semblent tenir au fait que les systèmes dont il est question (comme Epic, cité par Kwan, Lo et al. 2020) sont de type EHR (<i>Electronic Health Record</i>), un environnement « informatif » où les données brutes des patients exercent une forme de dialogue primaire avec les données brutes de différentes maladies, générant alertes et rappels utiles au maintien de la santé ainsi que divers sous-produits pratiques dans un système privé de soins de santé (facturation; assurances; rabais sur médicaments; etc.). Il y manque ainsi le volet du référencement croisé décrit dans les études citées précédemment, lequel implique un effort de « conception sur mesure » et d'assemblage de diverses composantes interopérables, où les EHR sont une partie et non le tout. Cette ambiguïté typologique est toutefois entretenue par le Center for Disease Control and Prevention américain qui, dans sa définition des systèmes d'aide à la décision clinique (section <i>Best practices guide</i> du site Internet de l'organisme, 2020), met, lui aussi, l'accent sur les fonctions plus primaires des solutions informatiques commerciales [MB].</p>
<p>(Meulendijk et al., 2016) Essai contrôlé randomisé</p>	<p>Patients fréquentant la première ligne auprès desquels on souhaite effectuer une revue de médication</p> <p>Réaliser, à l'aide de trois équipes d'experts (formées, chacune, par un médecin indépendant et un pharmacien indépendant) de 150 revues informatisées de médication sur des patients de 13 cliniques de première ligne à Amsterdam, pour être</p>	<p>Pour favoriser l'adhésion au changement et la production de résultats probants par ce changement, tout nouveau dispositif informatisé qu'on souhaite introduire dans un processus de travail existant doit comporter les deux dimensions essentielles suivantes :</p> <p>La capacité apprenante (caractère intuitif et aise initiale à accomplir une ou des tâches), généralement assez bien maîtrisée par les concepteurs d'applications informatisées</p> <p>La capacité mémorielle (empreinte mentale laissée par la tâche initiale en vue de sa reproduction ultérieure), qui pourrait sans doute être explorée davantage comme mortier liant l'empreinte mentale des tâches non informatisées à celle des tâches spécifiques au système d'aide à la décision clinique</p> <p>Les résultats obtenus dans le cadre de cet essai contrôlé randomisé font également émerger les dimensions</p>	<p>À la lumière des résultats plus que modestes documentés dans différentes études portant sur les systèmes informatisés d'aide à la décision clinique, on constate un manque de recherche longitudinale sur les questions de l'efficacité, de l'efficacité et de la satisfaction générées par ces systèmes. Dans cet esprit, l'étude veut vérifier l'hypothèse selon laquelle la reproduction des mêmes tâches sur une longue période de temps devrait logiquement donner de meilleurs résultats [Auteurs].</p> <p>La méthode STRIP (<i>Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing</i>) a été retenue, en lien avec l'application STRIPA (STRIP assistant), qui facilite l'analyse structurée en pharmacothérapie. STRIPA fait appel au dossier patient, incluant ses maladies, ses médicaments, ses symptômes, les différentes prises de mesures et les observations des intervenants en santé. La chaîne Web des transactions (<i>clickstream analysis</i>) des trois équipes d'experts réalisées dans le système d'aide à la décision a</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	analysées selon un modèle linéaire mixte	fondamentales de l'évaluation et de l'actualisation continues des systèmes d'aide à la décision clinique comme vecteurs de résultats progressivement plus pertinents <sup>xi</sup> .	permis de mesurer, dans le temps, l'évolution de l'efficacité, de l'efficacité et de la satisfaction face au système d'aide à la décision clinique. Les segments de tâches les moins efficaces et les recommandations du système les plus ignorées ou rejetées ont ainsi pu être captés, en vue d'améliorer l'interface et la fluidité du travail des intervenants en santé [Auteurs].
(Crowley et al., 2020) Protocole d'intervention	<p>Patients âgés hospitalisés en situation de multimorbidité et de polypharmacie</p> <p>Élaborer un protocole d'évaluation OPERAM (OPTimising thERapy to prevent Avoidable hospital admissions in the Multi-morbid elderly), incluant une intervention à multiples composantes :</p> <p>Interventions déjà reconnues pour leur efficacité pour les problèmes de médication</p> <p>Historique médicamenteuse structurée (SHiM) avec entrevue dirigée</p> <p>Revue médicamenteuse (STRIP), assistée du système d'aide à la décision (STRIPA) qui intègre les critères de STOPP/START (version 2)</p>	<p>Le protocole d'évaluation révèle que, prises individuellement, les différentes composantes mises à l'épreuve dans le cadre du protocole offrent des performances moins convaincantes que lorsqu'elles sont combinées et agissent en synergie :</p> <p>Dans cette perspective, les systèmes d'aide à la décision doivent être utilisés en plein respect de leur fonction de « soutien » à la décision clinique</p> <p>La composante décisionnelle – et, donc, nécessairement humaine du protocole (participation active et multidisciplinarité des intervenants en santé; approche centrée sur le patient, lui-même investi dans le processus décisionnel clinique) – est une composante essentielle dans l'obtention de bons résultats d'utilisation des systèmes d'aide à la décision clinique.</p>	<p>La méthode développée intègre, dans le cadre d'une unique intervention structurée [Auteurs] :</p> <p>L'apport du patient à l'identification des enjeux et à la décision médicamenteuse;</p> <p>Des données de qualité relatives au patient;</p> <p>La participation active des intervenants en santé;</p> <p>L'apport des systèmes d'aide à la décision clinique en appui aux étapes précédentes.</p> <p>L'efficacité clinique et financière de cette intervention expérimentale devait être évaluée, en 2019, au sein d'une cohorte de patients âgés hospitalisés en situation de multimorbidité et de polypharmacie [Auteurs].</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	Processus décisionnel faisant appel aux contributions du patient et du médecin traitant		
(SHTG, 2020) Revue systématique et survol de revues systématiques	<p>Non spécifié</p> <p>Mesurer l'impact des systèmes d'aide à la décision sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La prestation de services</li> <li>Les patients</li> <li>Les résultats cliniques</li> </ul> <p>Identifier les barrières susceptibles d'entraver une mise en œuvre fructueuse de ces systèmes</p>		<p>Les définitions des systèmes d'aide à la décision sont multiples et demeurent souvent plutôt vagues. On [Auteurs] en relève deux :</p> <p>Un système électronique conçu pour aider directement la prise de décision clinique, et dans lequel les caractéristiques des patients sont utilisées pour générer une appréciation spécifique de sa condition ou des recommandations qui sont proposées au clinicien pour considération;</p> <p>Un système informatisé qui utilise un raisonnement fondé sur l'approche de soins pour assister les cliniciens dans l'appréciation du statut d'une maladie, dans la formulation d'un diagnostic, dans la sélection des thérapies appropriées ou dans la prise de décision clinique. Les caractéristiques spécifiques des patients sont alignées avec une base de données informatisée et des logiciels d'algorithmes génèrent de l'information spécifique au patient sous la forme d'une appréciation ou de recommandations.</p> <p>Cela dit, toutes les définitions contiennent les composantes centrales suivantes [Auteurs] :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un programme informatisé qui applique des algorithmes et des règles de déduction s'appliquant aux données;</li> <li>La production d'avis spécifiques aux patients ou de recommandations;</li> <li>L'intégration de la connaissance ou de données probantes.</li> </ul>
(Wasylewicz & Scheepers-Hoeks, 2019) Modélisation typologique	<p>Non spécifié</p> <p>Identifier différents types de systèmes d'aide à la décision clinique</p>	<p>Les systèmes d'aide à la décision clinique constituent une technologie évolutive, tant sur les plans de l'applicabilité que sur ceux de l'individualisation et de l'utilisation des ressources. Dans ce contexte, il convient de :</p>	<p>Les principales caractéristiques des systèmes d'aide à la décision clinique peuvent être résumées comme suit [Auteurs] :</p> <p>Fonctions du système :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Systèmes purement « diagnostics » comparables à certains sites Internet (Diagnosaurus; WebMD),</li> </ul>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>Prévoir une phase conceptuelle très poussée pour bien cerner les cibles de performance recherchées</p> <p>Développer une solide stratégie de mise en œuvre adaptée aux spécificités des différentes parties prenantes</p> <p>Mettre en place un programme de suivi et d'amélioration continu</p> <p>Les systèmes d'aide à la décision clinique sont encore peu systématisés et les formes les plus avancées sont peu utilisées. Ce constat a amené l'American Medical Informatics Association à publier une feuille de route pour une action nationale sur le support à la décision clinique, laquelle peut être résumée comme suit :</p> <p>Miser sur une adoption massive et une utilisation effective des systèmes d'aide à la décision, notamment en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Combattant la lassitude aux alertes</li> <li>○ Intégrant à ces systèmes des déclencheurs de règles cliniques</li> <li>○ Assurance la présence de facteurs contextuels permettant de caractériser une situation et faciliter son interprétation par un humain</li> </ul> <p>Instaurer le réflexe de l'accès à la meilleure connaissance disponible en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Intégrant concrètement le recours aux systèmes d'aide à la décision clinique dans le continuum d'intervention clinique</li> <li>○ Assurant la disponibilité, la standardisation, l'adaptation au contexte local et la minimisation des « bruits de fond » de la connaissance actuelle</li> </ul> <p>Promouvoir l'amélioration continue de la connaissance des méthodes mêmes de l'aide à la décision clinique en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Validant et vérifiant les contenus avec l'appui de panels multidisciplinaires, de tests hors-ligne et de cycles de révision systématique</li> <li>○ Développant et validant des règles cliniques (validation technique; validation rétrospective thérapeutique;</li> </ul>	<p>fonctionnant à partir d'une base de données fixe présente dans le logiciel;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Systèmes « prescriptifs », capables de suggérer des tests, le diagnostic différentiel, une médication adaptée à une condition connue;</li> </ul> <p>Modèles générant des avis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modèle « passif », dans lequel on doit appuyer sur un bouton ou ouvrir un menu pour apprendre quelque chose (pour l'essentiel, abandonné, car trop dépendant de l'intervention humaine);</li> <li>○ Modèle « actif », qui génère des alertes, mais qui, à la longue, crée une lassitude et un manque d'attention de l'utilisateur;</li> </ul> <p>Type de communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modèle de « consultation », où le système agit comme conseiller, pose des questions et propose des actions subséquentes;</li> <li>○ Modèle de « critique », où le système laisse l'utilisateur décider par lui-même d'une action, et génère une alerte s'il juge que quelque chose ne va pas;</li> </ul> <p>Intervention humaine dans l'environnement électronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Interaction par clavier, par voix, par <i>pop-ups</i>, alarmes sonores, systèmes de message;</li> </ul> <p>Processus sous-jacent de prise de décision :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les modèles les plus simples et les plus répandus sont des logigrammes encodés pour l'utilisation par ordinateur. Ils ont l'avantage, malgré leur découpage objectif, d'être interprétables par l'humain. On les désigne comme des « règles cliniques », « directives cliniques interprétables » ou des « algorithmes décisionnels »;</li> <li>○ Les modèles Bayesian, les réseaux neuronaux artificiels, les machines de support à vecteurs et l'intelligence artificielle, améliorent la prédiction de résultats de santé, priorisent les traitements et aident à choisir les façons de procéder les plus optimales. Les plus grandes</li> </ul>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		validation prospective en amont de la mise en œuvre; validation prospective en aval de la mise en œuvre; adaptation à la pratique clinique)	contraintes de ces modèles résident, d'une part, dans l'aspect mathématique de la recommandation (une boîte noire algorithmique sans jugement clinique) et, d'autre part, dans la légitimité et la nécessité de consulter les directives cliniques les plus actuelles.
(INESSS, 2018) Revue de littérature et processus consultatif	Intervenants en santé de première ligne Sur la foi du potentiel du dossier médical électronique (DMÉ), proposer un plan stratégique d'optimisation de l'implantation de ce dernier au Québec	<p>Recommandation globale :</p> <p>A – Créer une entité coordonnatrice des DMÉ avec une présidence MSSS et une structure participative regroupant les parties prenantes et permettant la concertation et la collaboration dans l'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Définir les principes éthiques et les normes légales</li> <li>○ Assurer l'engagement des acteurs clés (intervenants en santé; patients)</li> <li>○ Coordonner les processus consultatifs, les collaborations et le réseautage (liens avec fournisseurs; développements technologiques; formation et recherche)</li> <li>○ Assurer le suivi de mise en œuvre, la communication et la reddition de comptes et soutenir la gestion du changement</li> </ul> <p>Recommandations prioritaires générales :</p> <p>B – Clarifier la question de l'accès aux données (rôles; droits; obligations) en lien avec la propriété, le partage et la protection des données</p> <p>C – Définir un processus de travail collaboratif avec et entre les fournisseurs afin de répondre aux besoins évolutifs des utilisateurs</p> <p>D – Obtenir le consentement des patients à l'utilisation de leurs données à des fins de recherche et d'analyse comparative</p> <p>E – Mettre en place la culture de réflexivité fondée sur les DMÉ dans une perspective d'amélioration continue</p> <p>Recommandations particulières :</p> <p>F – Mettre en place des stratégies visant l'optimisation de la gestion de données pertinentes, valides, complètes et</p>	<p>Comme le signalent les auteurs, « [u]n système de santé apprenant (SSA) permet d'améliorer le réseau de soins et la santé de la population en produisant et en utilisant les connaissances sur les processus de soins. Au Québec, les données des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) dans le secteur des soins et services sociaux de première ligne sont difficilement accessibles en raison de la diversité des systèmes existants, de la complexité du processus d'extraction et de l'hétérogénéité des données. »</p> <p>Cette publication comporte trois grands points d'intérêt [MB] :</p> <p>Elle témoigne de la réalité du Québec, dans laquelle s'insère le présent mandat de courtage;</p> <p>Elle est suffisamment récente pour être bien informée des différents enjeux entourant la mise en œuvre du dossier médical électronique;</p> <p>Elle porte sur l'offre de services de première ligne, dans laquelle s'inscrivent de plain-pied les enjeux de prévention et de gestion des maladies chroniques.</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>facilement interprétables, en collaboration avec les différentes parties prenantes</p> <p>G – Mettre en place des processus et outils de pratique réflexive dans les milieux cliniques</p> <p>H – Élaborer un répertoire de métadonnées sur les données du DMÉ, qui soit accessible en ligne facilement, valide et régulièrement mis à jour</p> <p>I – Assurer l’interopérabilité des systèmes, notamment avec les portails patient</p> <p>J – Valoriser les données du DMÉ comme source d’information pertinente concernant l’organisation des soins et services de santé</p> <p>K – « [F]avoriser l’adoption, l’adaptation ou la co-construction, puis l’intégration d’outils d’aide à la prise de décision validés pour lesquels l’accès est possible à l’intérieur même de l’interface DMÉ afin d’offrir un soutien qui soit intégré dans le processus de travail des intervenants en santé, et ce, en collaboration avec les différentes parties prenantes »</p> <p>L – Élaborer des stratégies de formation des intervenants en santé pour l’utilisation optimale des DMÉ</p>	
(INESSS, 2019) État des connaissances	<p>Patients atteints de maladies chroniques ou en situation de multimorbidité</p> <p>Dresser un état de connaissances récent de trois approches jugées « innovantes » par divers pays et organismes :</p> <p>L’approche des systèmes apprenants L’approche réflexive L’audit et la rétroaction</p> <p>Évaluer l’opportunité d’introduire une ou une</p>	<p>Pour assurer le succès de l’implantation d’une ou de plusieurs des approches, il faut :</p> <p>Prendre acte des enjeux culturels et organisationnels, technologiques (disponibilité et gestion des données) et humains (adhésion; engagement; ouverture; etc.), et ce, pour l’ensemble de parties prenantes</p> <p>Favoriser l’accès facilité à des données (locales, régionales et nationales) et à des banques de données variées (savoirs contextuels et expérientiels; recherches faisant appel à des approches participatives)</p> <p>Susciter un engagement et une responsabilisation durables de l’ensemble des parties prenantes (du gouvernement au patient, en passant par les établissements, les GMF, le MSSS, les groupes de recherche universitaire et bien d’autres)</p>	<p>Les trois approches considérées « ont pour principal objectif la contribution à l’amélioration de la qualité des soins de santé, tant en ce qui concerne patient qu’en ce qui a trait au système de santé, particulièrement dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques et des états multimorbides en première ligne ». Leur utilisation synergique apparaît de nature à optimiser les retombées de leur implantation, mais également les retombées des actions déjà déployées dans le réseau. Les trois approches évaluées peuvent être résumées comme suit [Auteurs] :</p> <p>Dans l’approche des systèmes apprenants, la qualité de l’expérience patient est au cœur de l’apprentissage continu réalisé dans les activités courantes. La disponibilité des données est le plus grand enjeu associé à la réussite de cette approche;</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Recommandations	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	combinaison de ces approches dans l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques les plus fréquentes (diabète; MPOC, troubles mentaux; maladies cardiovasculaires)	<p>« Tenir compte des besoins des parties prenantes et agir graduellement », en réinvestissant progressivement les résultats d'expériences gagnantes s'alignant sur les cibles les plus élevées de performance</p> <p>Au Québec, profiter du contexte actuel de l'implantation du DCI – Cristal-Net et de l'objectif d'« unification des systèmes d'information des établissements, l'accès aux données de l'INESSS ainsi que l'expansion des dispositifs technologiques dans le système de santé » pour optimiser les retombées de telles approches</p>	<p>Pour ce qui est de l'approche réflexive, les parties prenantes se remettent régulièrement en question dans leurs façons de faire (pratique clinique; processus; parcours de soins; etc.), le tout dans une perspective d'amélioration. Cette approche favorise l'engagement et la responsabilisation conjointe des diverses parties prenantes envers « une culture de partage et d'utilisation des données pour améliorer la pratique clinique et l'expérience du patient et de ses proches ». Cette caractéristique constitue aussi le plus grand enjeu de l'approche;</p> <p>L'approche de l'audit et de la rétroaction vise une harmonisation des pratiques reposant sur l'adoption, en continu, des expériences gagnantes locales, régionales ou nationales, tout en s'alignant sur les normes les plus exigeantes. L'enjeu central réside dans la disponibilité et la mise à jour, en continu, d'outils d'aide à la décision (guides de pratique; arbres décisionnels; outils de monitoring et de rappel des suivis; etc.) qui soient harmonisés, tout en prenant en compte les spécificités locales de pratiques et de contextes.</p>

Les notes, schémas et tableaux qui suivent renvoient aux notes de fin de section incluses dans les tableaux de l'annexe A.

<sup>i</sup> Selon la province touchée, le modèle (Collège des médecins de famille du Canada 2019) peut légèrement varier :

- En Alberta, on parle des réseaux de soins primaires (RSP);

- En Colombie-Britannique, les RSP sont dans les phases initiales d'adoption;
- Au Manitoba, les centres de médecine de famille (CMF) sont des *Home Clinics* et les RSP sont connus sous le nom de *My Health Teams*;
- Au Nouveau-Brunswick, un programme volontaire intitulé Médecine familiale Nouveau-Brunswick a été mis sur pied;
- À Terre-Neuve-et-Labrador, des équipes de soins de santé primaires ont été mises en place;
- Le Conseil de leadership des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest a voté à l'unanimité en faveur d'une résolution appuyant la refonte;
- En Nouvelle-Écosse, on a mis en place des maisons de santé;
- En Ontario, le modèle qui correspond le plus au cadre du CMF est celui des équipes Santé familiale (ESF)
- À l'Île-du-Prince-Édouard, les soins primaires sont offerts par l'intermédiaire de cinq RSP;
- Le GMF est le modèle de soins offerts en équipe au Québec et est celui qui ressemble le plus au CMF
- La Saskatchewan a investi dans l'initiative intitulée *Connected Care Strategy*, qui met l'accent sur une approche en équipe des soins impliquant le patient et ses proches, et qui s'étend de la communauté à l'hôpital et vice versa.

**Table 1.1** Differentiating acute and chronic conditions

	<b>Acute condition</b>	<b>Chronic condition</b>
Onset	Abrupt	Generally gradual and often subtle
Duration	Limited	Lengthy or indefinite
Cause	Typically single cause	Typically multiple causes with changes over time
Diagnosis and prognosis	Usually accurate	Frequently uncertain
Technological intervention	Usually effective	Often indecisive, adverse effects common
Outcome	Cure possible	No cure
Uncertainty	Minimal	Pervasive
Knowledge	Professionals knowledgeable, patients inexperienced	Professionals and patients have complementary knowledge and experiences

Sources: adapted from Department of Health (2004), based on Holman & Lorig (2000).

<sup>ii</sup> Ci-dessus, l'ensemble des états chroniques considérés dans la publication (Nolte, Knai et al. 2014).

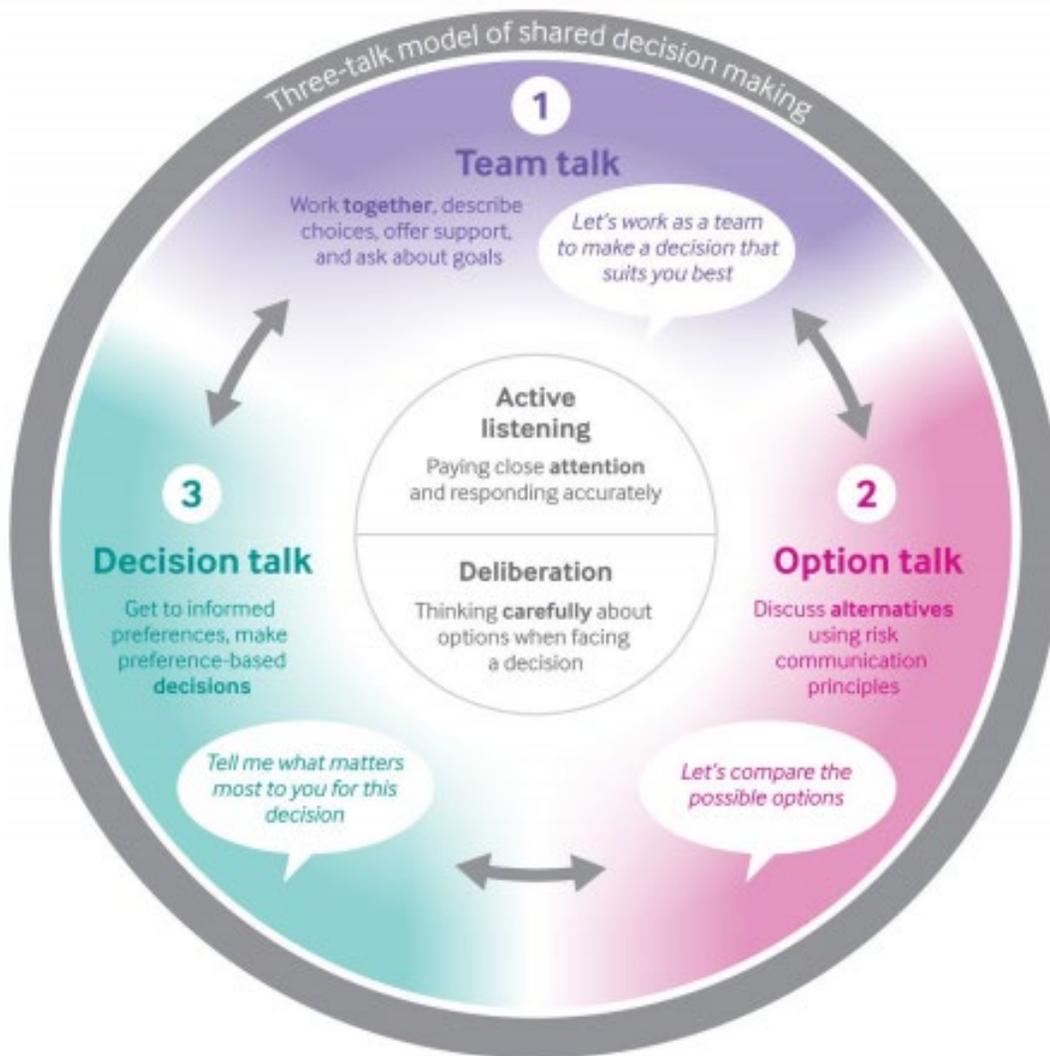
<sup>iii</sup> Ces recommandations (Ontario Health Technology Advisory Committee 2013) incluent :

- 
- Encourager l'exercice physique régulier pour les personnes âgées vivant dans la communauté;
  - Favoriser l'accessibilité aux programmes d'exercice;
  - Combiner des programmes d'exercices communautaires à des occasions informelles de partager des informations pour briser l'isolement;
  - Prioriser les programmes d'éducation, de soutien et de repos pour les proches aidants;
  - Rendre accessible des Interventions conçues pour aider les proches aidants à gérer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence;
  - Prévenir les chutes;
  - Modifier l'environnement pour les populations à haut risque - suppléer en vitamine D + calcium chez la femme - utiliser de dispositifs de stabilisation de la marche à l'extérieur chez les personnes âgées mobiles;
  - Accroître l'accès aux infirmières conseillères en continence, peut-être par le biais de cliniques communautaires multimodales qui offrent des interventions comportementales à plusieurs dimensions (y compris l'entraînement des muscles du plancher pelvien).

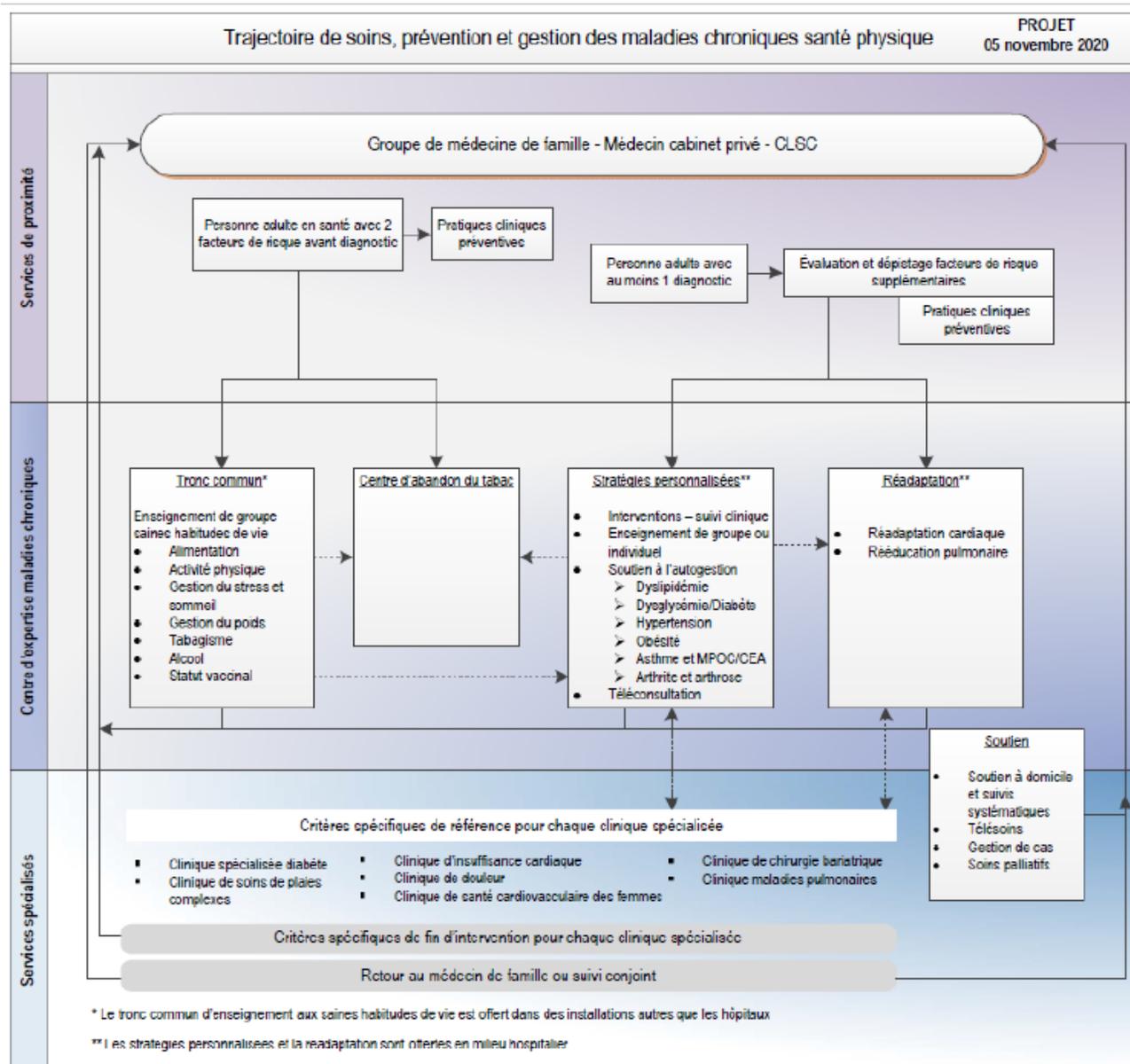
<sup>iv</sup> La planification personnalisée (Ontario Health Technology Advisory Committee 2013) inclut :

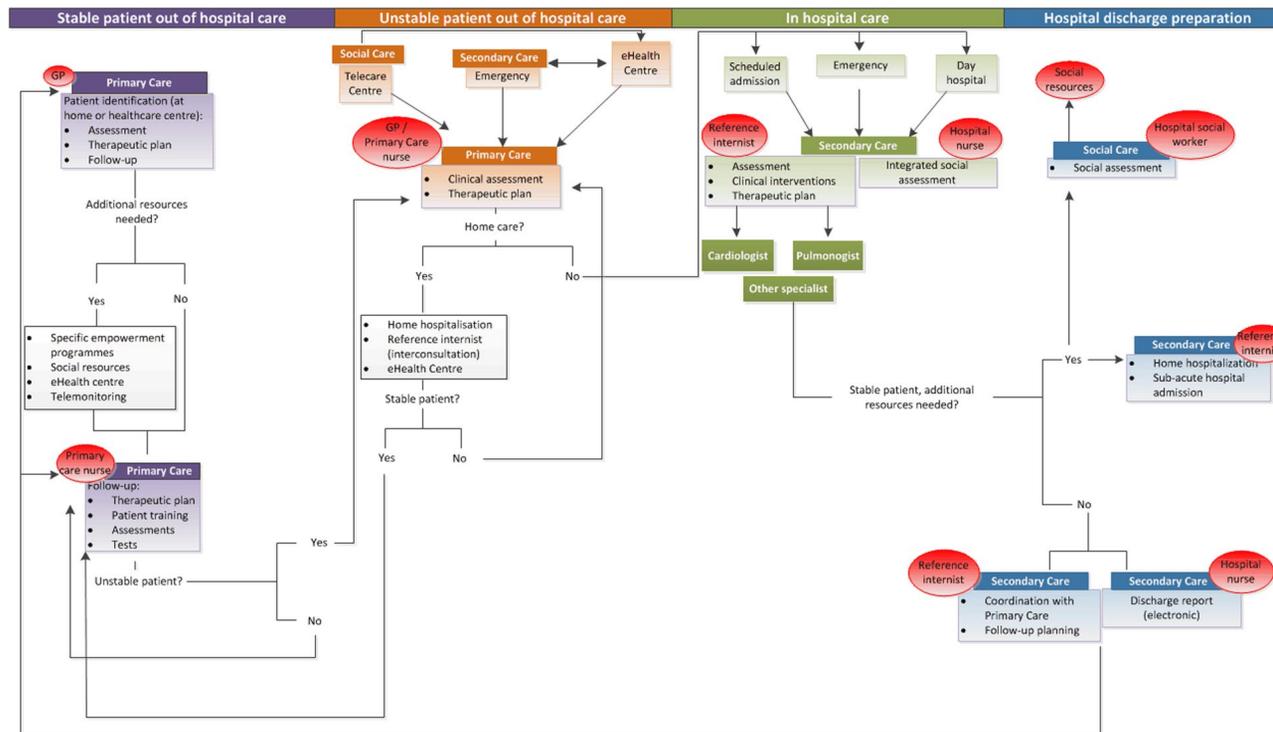
- Commencer la planification du congé le plus tôt possible pendant l'admission;
- Miser sur l'éducation du patient;
- S'assurer de la coordination / communication avec le médecin de famille

<sup>iv</sup> Les trois schémas présentés ci-dessous visent à illustrer la méthodologie utilisée pour la mise en œuvre de l'*Integrated Multimorbidity Care Model* (Palmer, Marengoni et al. 2018).



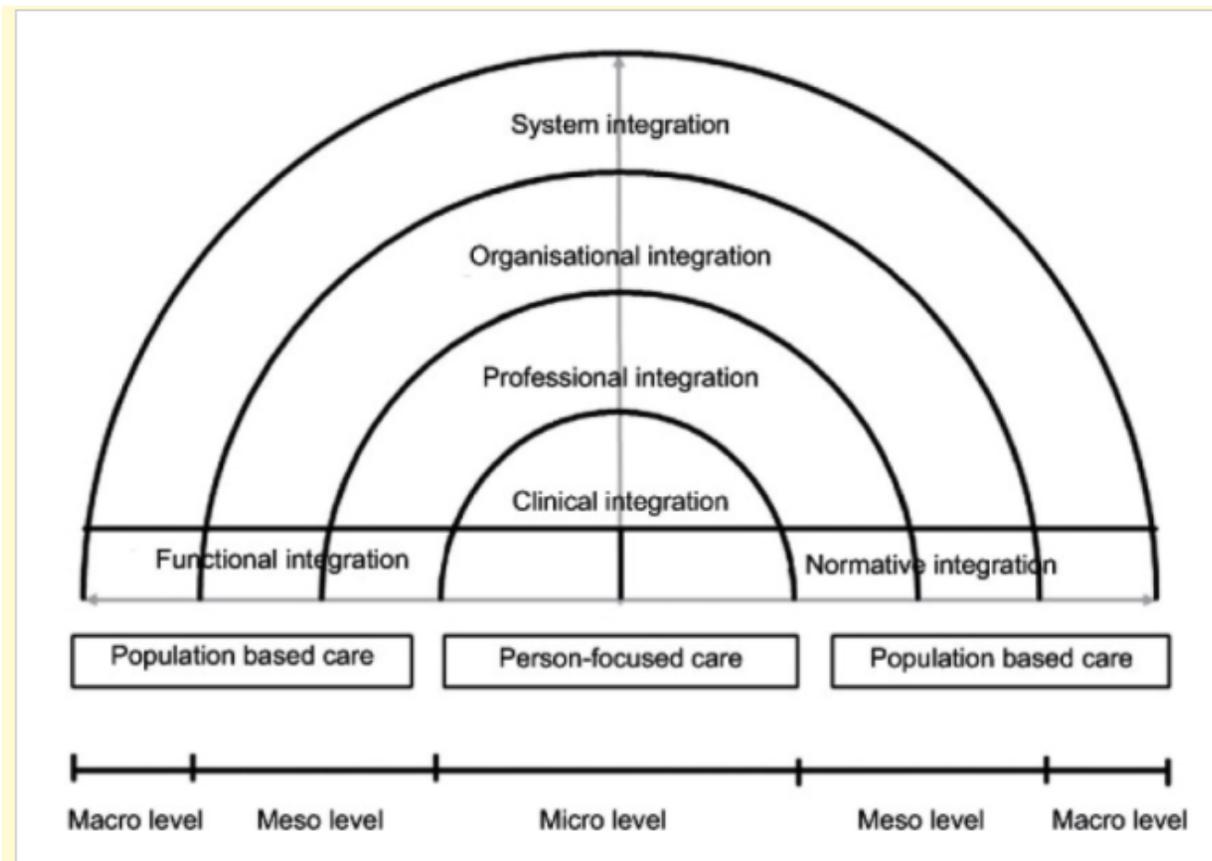
<https://www.nice.org.uk/advice/ktt23/resources/shared-decision-making-pdf-58758011521477>





<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05473-2/figures/1>

Le schéma et le tableau présentés ci-dessous visent aussi à illustrer la méthodologie utilisée pour la mise en œuvre de l'*Integrated Multimorbidity Care Model* (Palmer, Marengoni et al. 2018).



**Figure 2.**

Conceptual framework for integrated care based on the integrative functions of primary care (reproduced with permission from Valentijn et al. [39]).

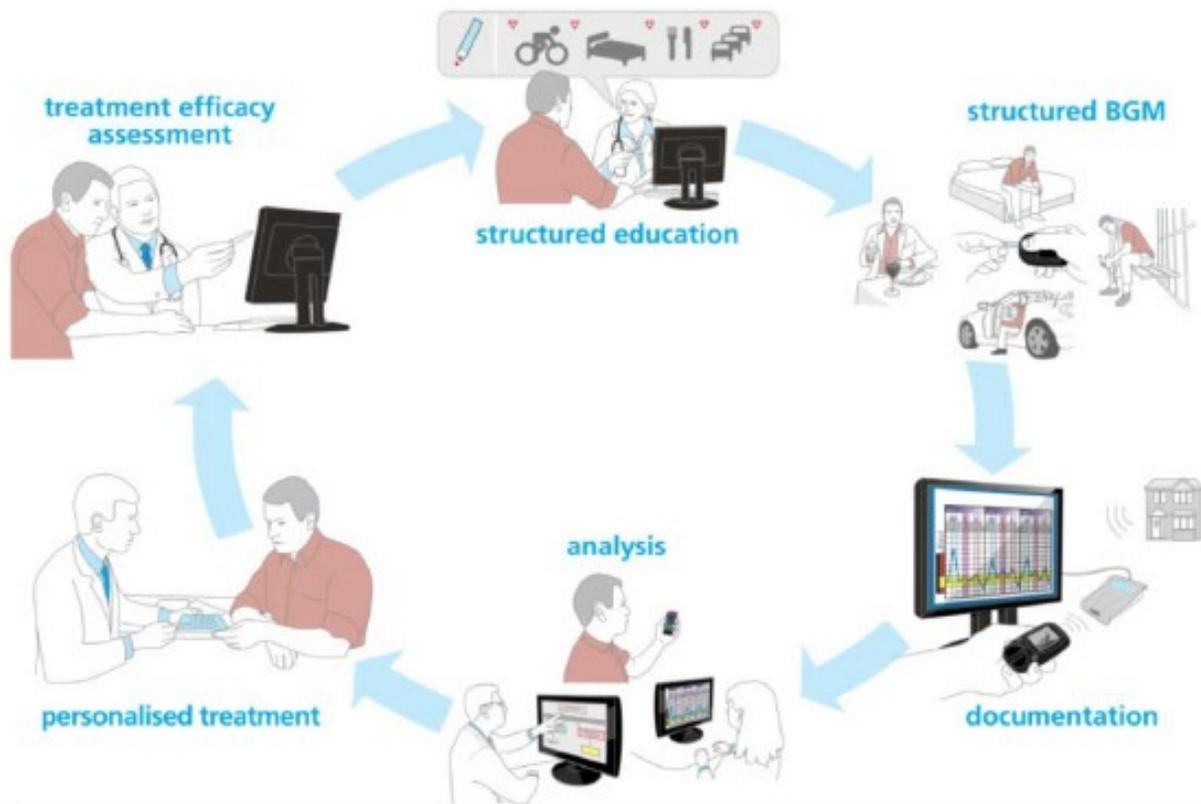
<https://www.intechopen.com/books/primary-care-in-practice-integration-is-needed/integrated-care-for-chronic-diseases-state-of-the-art>

Table 3. Characteristics of the five pilot sites.

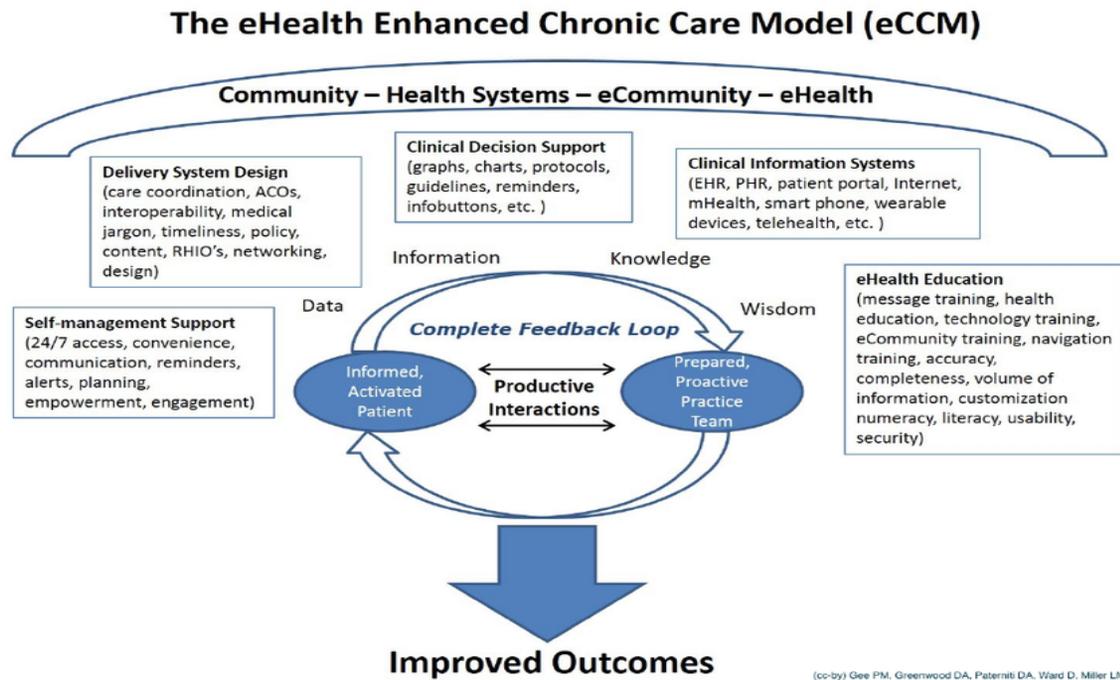
	Andalusian Health System	Aragon Health System	UCSC-Rome	VULSK	Kauno Klinikos
<b>Country</b>	Spain	Spain	Italy	Lithuania	Lithuania
<b>Patients</b>	Complex chronic patients with multimorbidity (patients with chronic severe health problems, multimorbidity and polypharmacy)	Patients with multimorbidity (3+ diseases) and polypharmacy (5+ drugs) or complex	Adults with dementia or Down syndrome and multimorbidity	Patients with multimorbidity (2+ diseases)	Patients with multimorbidity (2+ diseases)
<b>Age</b>	No age limit	≥65 years	≥65 years Alzheimer Disease patients ≥18 years Down Syndrome patients	45-70	45-70
<b>Target number of patients</b>	All complex chronic patients with individualized care plans initiated from December 2018 to February 2019 all over the region	200	200	200	200
<b>General aim</b>	Assess the systematized application of individualized care plans to complex chronic patients	Training of healthcare professionals in multimorbidity + integrated care measures	Improve case coordination, and provide patients with a reference care provider (+Technocare)	To improve the quality of life, decrease the number of potentially avoidable hospitalizations/readmissions and improve quality of multimorbid patient care	To improve the quality of life, decrease the number of potentially avoidable hospitalizations/readmissions and improve quality of multimorbid patient care
<b>Setting</b>	Primary care centers in the region	13 primary care health centers +1 hospital of reference	Outpatient clinic	Different primary care health centers (1 public, 1 private)	Different primary care health centers (1 urban, 1 rural)
<b>Implementation</b>	All of the five pilot sites include a six-month run-in period (patient recruitment), followed by a 12-month implementation period				

Government priorities and adoption of related strategies in 7 provinces							
<b>Address chronic diseases</b>	NS	QC	ON	MB	SK	AB	BC
Support community-based chronic disease self-management							
Enable patient access to personal health records							
Engage communities in promotion/prevention							
Provide physician incentives for prevention/CDM							
<b>Consolidate governance to align w prov. objectives</b>	NS	QC	ON	MN	SK	AB	BC
Abolish governing boards of most hospitals							
Consolidate/eliminate regional authorities							
Transfer some RHA functions/services to province level							
Abolish community health boards							
Impose accountability agreements on RHAs and hospitals							
Implement performance monitoring and reporting							
<b>Shift care from institutions to community</b>	NS	QC	ON	MN	SK	AB	BC
Develop new community delivery mechanisms							
Increase role in governing LTC and home care							
Expand scope of practice and role of non-physician providers							
<b>Integrate physicians into the system</b>	NS	QC	ON	MN	SK	AB	BC
Promote standardised model of multidisciplinary primary care							
Promote public model of team-based primary care							
Promote collaboration between specialists and GPs							
Centralise wait lists for GPs							
Impose obligations on physicians							
Assign RHAs some responsibility for primary care							
Engage physicians in design and implementation of reforms							
<b>Develop capacities</b>	NS	QC	ON	MN	SK	AB	BC
Create arm's length organisations to measure/support quality							
Support professional communities of practice							
Support quality improvement (QI) skills development							
Include patient advisors in QI							
Conduct patient experience surveys							
Mechanism for community input							

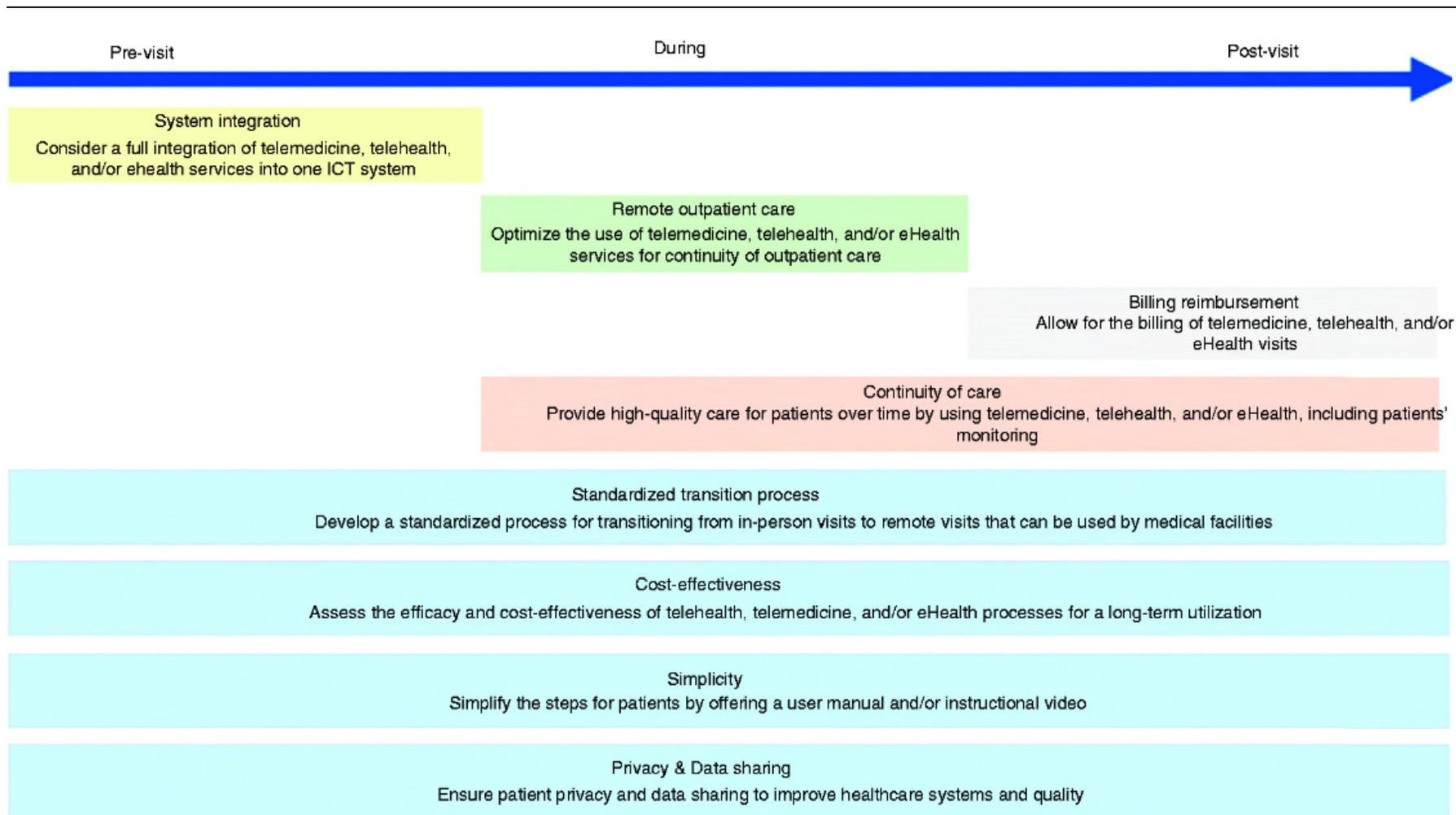
vii Tableau comparatif des stratégies mises en place par les gouvernements provinciaux pour atteindre les objectifs du système de santé. Le vert foncé indique des investissements significatifs (législation, création ou expansions d’institutions ou nouveaux standards impactant). Le vert pâle indique des investissements limités (potentiellement en raison de la résistance ou à des efforts récents seulement). Le gris indique l’absence d’investissement significatif ou, encore, des efforts antérieurs qui ont été renversés ou négligés par des réformes plus récentes Usher et al., 2020).



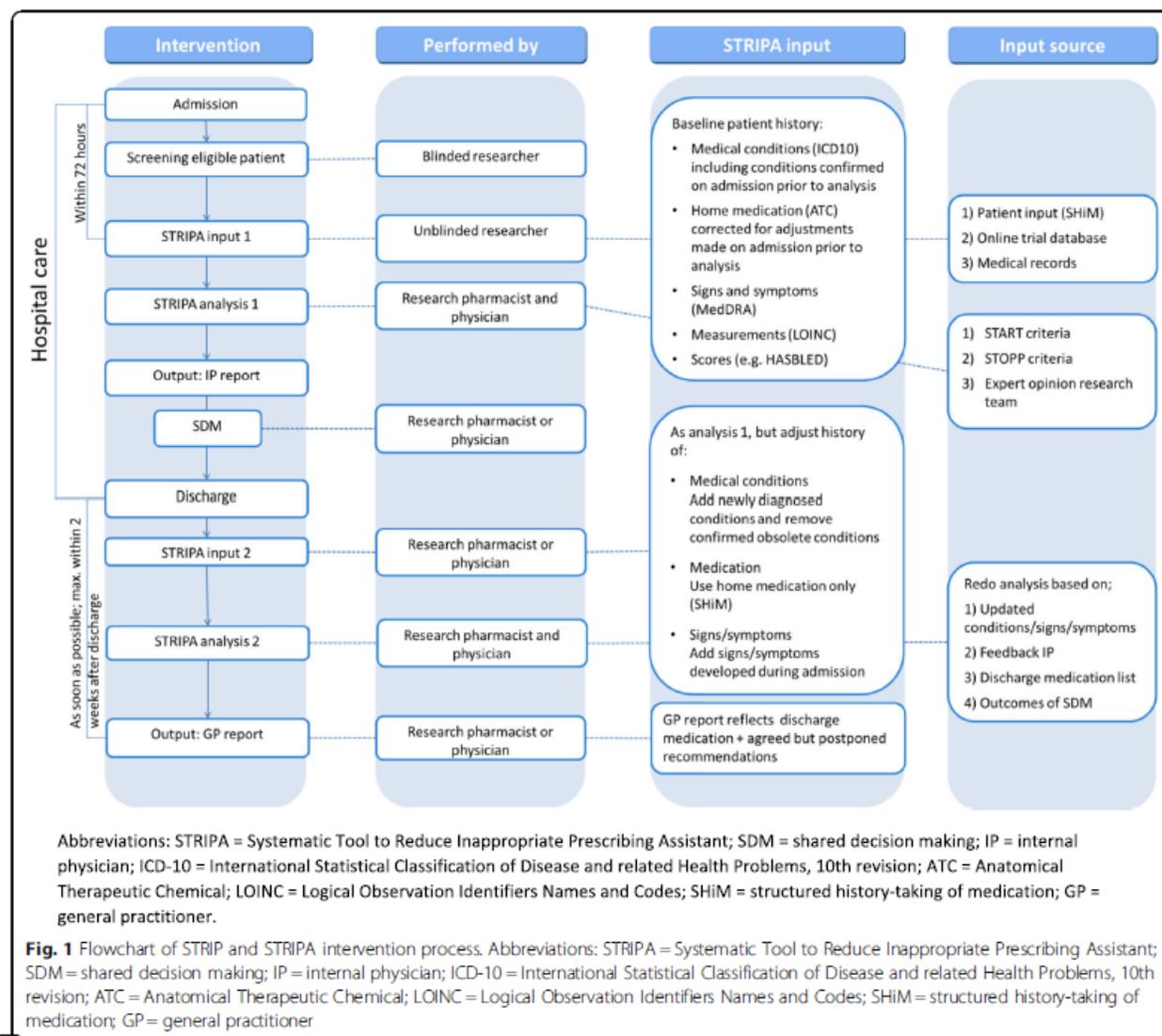
viii Schématisation du cycle de gestion du diabète par les patients et les intervenants en santé avec les technologies (Ceriello 2020).



<sup>ix</sup> Le modèle proposé suggère que la composante électronique du système d'aide à la décision clinique (voir autre thématique de recension des écrits incluse aux présentes) intègre les besoins spécifiques du patient comme suit : accès visuel aux données; accès aux protocoles; normes de soins et preuves pour l'autogestion; boutons d'information qui permettent d'accéder aux directives cliniques; rappels destinés au patient et aux intervenants en santé.



× Schématisation des huit recommandations associées au trois segments (préconsultation; consultation; post-consultation) du continuum (Bitar and Alismail 2021).



<sup>xi</sup> Schématisation de la méthode STRIPA (Meulendijk, Spruit et al. 2016).

Tableau 10 – Paramètres de recherche des écrits sur les valeurs

Thème	Type	Bases de données	Termes de recherche			Critères	
			Concept 1	AND	Concept 2	Inclusions	Exclusions
Thème spécifique : Valeurs	Littérature scientifique Littérature grise	Pubmed Google scholar Google (littérature grise)	( <i>Canadian healthcare</i> ) OR ( <i>health</i> ) OR ( <i>healthcare</i> )		( <i>core values</i> ) OR (valeurs en santé) OR ( <i>set of values</i> )	Méta-analyse, revues systématiques, revues Aucune limite temporelle (les plus récentes, jusqu'à saturation des données) Rédigé en français et en anglais Proposant des recommandations visant des valeurs à privilégier en première ligne ou dans la prévention et la gestion des maladies chroniques Pays comparables	Centrées sur les démarches de type « Déclaration de services aux citoyens »

Tableau 11 – Valeurs liés aux maladies chroniques en première ligne

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]	Recommandations
(WHO, 2018) Gris	Non spécifié Déposer un rapport intérimaire en lien avec la planification stratégique 2012	<p>Lors de l'adoption de <i>Health 2020</i>, en 2012, la zone européenne de l'Organisation mondiale de la santé avait retenu comme valeurs :</p> <p>L'équité; La viabilité; La qualité; La transparence; L'imputabilité; L'égalité des genres; La dignité; Le droit à la participation aux décisions.</p> <p>On nomme également une série de « concepts » importants découlant de ces valeurs, comme la transparence, la résilience communautaire, les environnements favorables, les environnements habilitants, le sentiment d'appartenance, le sentiment de contrôle, l'approche pangouvernementale, l'approche pansociétale, la gouvernance participative, la gouvernance responsable, l'imputabilité, l'approche « parcours de vie », l'<i>empowerment</i>, les systèmes de santé centrés sur les populations, les systèmes de santé adaptés, les politiques souples.</p>	
(CRMCC, 2013) Gris	Clientèles autochtones Adopter un énoncé des valeurs et principes en matière de santé des autochtones	<p>Bien que la réflexion porte sur les autochtones, ses conclusions peuvent être aidantes dans tout contexte où un groupe de population est menacé par l'absence des « privilèges communément associés à une société, saine, heureuse et prospère » [Auteurs]. Une partie significative des patients atteints de maladies chroniques vivant dans un contexte social, économique et culturel défavorable, les recommandations sont à considérer dans le contexte de la présente réflexion [MB].</p>	<p>Les valeurs retenues par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada peuvent être résumées comme suit :</p> <p>Expert médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sécurisation culturelle passant par une compréhension des croyances des autochtones et la reconnaissance du déséquilibre des pouvoirs créé par l'Histoire</li> <li>○ Consensus pour avancer ensemble</li> </ul> <p>Communicateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Transparence dans le diagnostic, le pronostic et le traitement proposé</li> </ul>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]	Recommandations
		<p>Les histoires à succès, en matière de santé autochtone, ont généralement en commun les principes directeurs suivants [Auteurs] :</p> <p>Le respect envers la gouvernance; Le soutien à l'endroit de l'autosuffisance de la communauté; La promotion du contrôle et de la responsabilisation.</p> <p>Le principe directeur qui capture l'essence du médecin accompli y est résumé comme suit [Auteurs] :</p> <p>« Les soins (de santé) prodigués à une personne autochtone cadrent dans les dimensions de qualité (sécurité, accessibilité, acceptabilité, pertinence, compétence du professionnel, efficacité, efficience et résultats) en matière de soins de santé axés sur le patient et s'inscrivent dans son contexte culturel à toutes les étapes de la vie de cette personne. Le médecin se montre empathique, ouvert d'esprit, consensuel et compréhensif par rapport aux enjeux auxquels se heurtent les Autochtones et aux déterminants sociaux de la santé qui contribuent à leur état de santé. Le processus décisionnel reconnaît la valeur de l'autodétermination des Autochtones par l'entremise des principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession, de même que des avantages liés à la possibilité de faire des choix libres et éclairés pour promouvoir l'équité et la viabilité des services de santé. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Respect par une écoute véritable</li> <li>○ Responsabilisations respectives et mutuelles</li> </ul> <p>Collaborateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Partenariat dans le partage des risques, des gratifications et des résultats</li> <li>○ Accessibilité géographique</li> <li>○ Confiance et franchise</li> <li>○ Autonomie et liberté de choix</li> </ul> <p>Manager :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Autodétermination</li> <li>○ Contrôle économique comme déterminant de santé</li> <li>○ Utilisation judicieuse des ressources</li> <li>○ Équité et impartialité</li> </ul> <p>Promoteur de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Holisme</li> <li>○ Reconnaissance de l'unicité dans la pluralité</li> </ul> <p>Érudit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Continuité et pratiques exemplaires</li> <li>○ Ouverture à la réalité et aux croyances de l'autre</li> <li>○ Spécificité du groupe pour qui les spécificités du groupe voisin ne s'appliquent pas forcément même s'ils ont des états similaires</li> <li>○ Approche factuelle, données probantes et savoirs autochtones</li> <li>○ Collaboration et partenariat en recherche</li> </ul> <p>Professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Autoréglementation</li> <li>○ Transférabilité des savoirs acquis auprès des autochtones à d'autres groupes vulnérables</li> <li>○ Autoréflexion exempte de préjugés, de racisme, de discrimination, de stéréotypes et de généralisation</li> </ul>
(ACSP, Date non spécifiée)  Gris	<p>Non spécifié</p> <hr/> <p>Énoncer la vision, la mission est les valeurs de</p>	<p>Le pairage des valeurs amène une dynamique intéressante [MB].</p>	<p>Les valeurs privilégiées sont :</p> <p>Le respect et l'humilité culturelle Les relations et la collaboration; L'équité et la justice sociale.</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]	Recommandations
	l'Association canadienne de santé publique		
(INSPQ, 2010) Gris	<p>Non spécifié</p> <p>Répondre aux questions suivantes, dans le contexte de l'éthique en santé publique :</p> <p>Quelles valeurs sont les plus pertinentes pour l'analyse éthique des actions de santé publique?</p> <p>Sont-elles valables pour toutes les interventions en santé publique ou particulières à certaines?</p> <p>Quelles définitions en résument le sens?</p>	<p>On fait le tour de trois grandes catégories de valeurs [Auteurs] :</p> <p>Valeurs associées aux finalités de santé publique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Santé</li> <li>○ Bien-être</li> <li>○ Bien commun</li> <li>○ Bienfaisance et non-malfaisance</li> <li>○ Utilité et efficacité</li> </ul> <p>Valeurs associées à la pratique professionnelle ou institutionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Compétence</li> <li>○ Rigueur scientifique</li> <li>○ Impartialité et intégrité</li> <li>○ Responsabilité et imputabilité</li> <li>○ Transparence</li> <li>○ Prudence et précaution</li> <li>○ Ouverture</li> <li>○ Confidentialité et vie privée</li> </ul> <p>Valeurs présentes dans la société :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Autonomie et autonomisation</li> <li>○ Liberté</li> <li>○ Égalité, équité et justice</li> <li>○ Solidarité</li> <li>○ Réciprocité</li> <li>○ Respect de l'environnement</li> </ul>	<p>Au final, on ne tranche pas. Mais on avance que la prise en compte des valeurs, au-delà de leur fonction du maintien de la cohésion sociale et d'un vivre-ensemble harmonieux, permet de faire des « choix réfléchis, délibérés », ajoutant à la valeur scientifique des interventions de santé publique la dimension des conséquences des actions de chaque individu sur autrui. On conclut en disant que, « [p]lus globalement, cela permet de resituer la science dans sa contribution à l'amélioration de la vie humaine, en reconnaissant qu'elle n'est pas neutre. »</p>
(Odero et al., 2020) Entrevues et analyse méthodique	<p>Non spécifié, mais avec des réflexions sur les patients atteints de maladies chroniques</p> <p>Identifier les valeurs qui influencent la dynamique de pouvoir entre les patients les intervenants</p>	<p>La mise en œuvre des recommandations (voir ci-contre) implique un changement de paradigme qui suppose, pour chacune des parties prenantes, de se mettre à la place de l'autre pour apprécier sa perspective, ses motivations, ses capacités et ses buts, en vue d'adapter ses interactions en conséquence pour obtenir des résultats optimaux [Auteurs].</p>	<p>Les valeurs qui donnent le pouvoir aux patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Acceptation du diagnostic</li> <li>○ Autonomie</li> </ul> <p>Les valeurs spécifiques aux professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reconnaissance de la connaissance expérientielle du patient</li> <li>○ Inclusion du patient dans le processus thérapeutique</li> </ul> <p>Les valeurs communes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Communication</li> </ul>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]	Recommandations
	en santé, en vue de réinvestir ces interactions dans un partenariat, qui convient bien aux besoins de santé, notamment en maladie chronique		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Partage et échange d'information</li> <li>○ Collaboration</li> <li>○ Engagement mutuel</li> </ul>
(Petrova, Dale, & Fulford, 2006) Publication réflexive	Toutes clientèles Proposer un cadre de référence sur la pratique clinique fondée sur les valeurs	<p>La prestation de soins et de services en santé est indissociable des valeurs universelles telles le <i>prendre soin</i>, l'aide et la compassion. La prise en compte des valeurs individuelles et, entre autres, des valeurs propres aux patients, va en augmentant. Cela dit, l'époque actuelle pose des difficultés à ce chapitre, alors que des valeurs complexes et conflictuelles surgissent régulièrement. C'est encore plus vrai lorsque les valeurs des patients semblent s'inscrire en faux par rapport aux pratiques issues des données probantes ou lorsque les valeurs personnelles du clinicien compromettent le soin offert.</p> <p>La pratique fondée sur les valeurs, plus courante en santé mentale, argue que les valeurs sont de puissants paramètres de persuasion et d'influence sur les décisions en santé, la pratique clinique et la recherche et que leur impact est largement sous-estimé.</p> <p>Si la pratique clinique fondée sur les valeurs et l'approche centrée sur le patient semblent théoriquement présenter de nombreux points de convergence, la vigilance demeure de mise afin de s'assurer que les valeurs du patient soient minimalement instruites de données probantes et d'un nombre approprié d'options valables, afin qu'il dispose d'un</p>	<p>La publication résume, entre autres, les dix principes de la pratique clinique fondée sur les valeurs (Fulford, 2006)<sup>9</sup>. Il s'agit moins de recommandations que de rappels pour quiconque souhaite s'investir dans cette voie :</p> <p>Pratique fondée sur les valeurs et pratique fondée sur les données probantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Toutes les décisions sont autoportantes, quelle que soit la pratique privilégiée pour les prendre, incluant les décisions liées aux diagnostics</li> <li>○ La présence des valeurs est davantage tangible lorsque celles-ci divergent ou sont en conflit avec les données probantes et qu'elles apparaissent ainsi susceptibles d'être problématiques</li> <li>○ Les progrès scientifiques, parce qu'ils élargissent l'éventail des choix, accentuent l'émergence d'une diversité de valeurs humaines, et ce, dans toutes les facettes de l'offre de soins en santé</li> </ul> <p>Pratique fondée sur les valeurs et modèles de prestation de services :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dans la pratique fondée sur les valeurs, le premier appel de données doit porter sur la perspective du patient ou sur la perspective du groupe de patients visé par une décision clinique donnée</li> <li>○ Dans la pratique fondée sur les valeurs, les conflits doivent être résolus, non pas en référence à une règle prescriptive</li> </ul>

<sup>9</sup> Cette présentation est un résumé tiré du *Oxford textbook of philosophy and psychiatry* auquel réfèrent les auteurs de la publication.

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]	Recommandations
		choix véritable et éclairé dans la gestion de sa santé [Auteurs].	<p>du « bon » résultat, mais plutôt par un processus conçu pour assurer un équilibre entre différentes perspectives légitimes</p> <p>Pratique fondée sur les valeurs et habiletés de pratique clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'utilisation du langage dans un contexte donné figure parmi les méthodes les plus puissantes pour sensibiliser les parties prenantes aux valeurs et aux différences de valeurs</li> <li>○ Une grande diversité de méthodes empiriques et philosophiques est disponible pour améliorer sa connaissance des valeurs d'autrui</li> <li>○ Le raisonnement éthique est utilisé dans la pratique fondée sur les valeurs principalement pour explorer les différences de valeurs et non pas, comme dans une bioéthique quasi légale, pour déterminer ce qui est « bon »</li> </ul> <p>Pratique fondée sur les valeurs et prise de décision partagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bien qu'elle suppose un partenariat avec éthiciens et avocats (équivalent du partenariat avec les scientifiques dans la pratique fondée sur les données probantes), la pratique fondée sur les valeurs replace la prise de décision là où elle devrait toujours se trouver, à savoir, directement sur le terrain clinique, entre le patient et l'intervenant en santé</li> </ul>
<p>(Zonneveld, Driessen, Stüssgen, &amp; Minkman, 2018)</p> <p>Revue systématique</p>	<p>Toutes clientèles bénéficiant de l'approche de soins intégrée</p> <p>Identifier les valeurs sous-jacentes à l'approche de soins intégrée</p>	<p>On souhaite, dans le cadre de cette publication, améliorer la compréhension des déterminants du comportement, de la prise de décision, des processus de collaboration et de gouvernance des réseaux de soins intégrés. On parle de 23 valeurs, au total, mais les celles qui reviennent le plus souvent sont, dans l'ordre [Auteurs] :</p> <p>L'approche collaborative;  L'approche <i>co-ordonnée</i> (au sens d'ordonner de façon conjointe);  La transparence;  L'habilitation;  La globalité;  La coproduction;  La responsabilité et l'imputabilité partagées.</p> <p>Les autres valeurs identifiées sont, dans l'ordre [Auteurs] :</p>	<p>Les valeurs sous-jacentes à l'approche de soins intégrée apparaissent susceptibles de structurer la gouvernance des systèmes de santé pour, par exemple :</p> <p>À un niveau macro, définir un objectif désirable en matière de prestation de service (la qualité et son évaluation)  Servir comme principes de gouvernance pour la convergence des organisations mises à contribution dans les initiatives d'approches de soins intégrées et d'autres partenariats  Au niveau meso, guider l'interdisciplinarité chez les intervenants en santé, incluant même les bénévoles  Au niveau micro, orienter les principes de prestation de services de santé chez les différents intervenants (la coconstruction, par exemple)  Favoriser une participation active des proches dans l'approche de soins intégrée</p>

Référence / Niveau de preuve	Clientèles Intentions	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]	Recommandations
		<p>La continuité;  L'holisme;  La poursuite d'objectifs (<i>goal oriented</i>);  La personnalisation;  La pratique informée (<i>evidence-informed</i>);  Le respect;  L'équité;  La viabilité (<i>sustainability</i>);  Le caractère systémique;  La flexibilité;  La prévention;  La réciprocité;  L'innovation;  La confiance;  La compétence;  La sécurité.</p> <p>Il convient de souligner que cette liste correspond, pour l'essentiel, au point de vue des chercheurs et experts. Des 22 études retenues dans le cadre de cette publication, trois prenaient en compte la perspective des intervenants en santé et une seule s'attardait au point de vue du patient. Dans ce contexte, l'ordonnement de ces valeurs est appelé à une certaine variation selon la partie prenante concernée et selon le moment, le milieu et le contexte dans lequel ces valeurs sont appliquées [Auteurs].</p>	

## RÉFÉRENCES

---

- Abdolkhani, R., Gray, K., Borda, A., & DeSouza, R. (2019). Patient-generated health data management and quality challenges in remote patient monitoring. *JAMIA open*, 2(4), 471-478.
- ACSP. (Date non spécifiée). Page du site Internet de l'Association canadienne de santé publique (ACSP). Retrieved from <https://www.cpha.ca/fr/vision-et-mission>
- Alam, K., Mahumud, R. A., Alam, F., Keramat, S. A., Erdiaw-Kwasie, M. O., & Sarker, A. R. (2019). Determinants of access to eHealth services in regional Australia. *International journal of medical informatics*, 131, 103960.
- American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. (2012). Patient-Centered Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Stepwise Approach from the American Geriatrics Society. *J Am Geriatr Soc*.
- Australian Health Ministers' Advisory Council. (2017). *National Strategic Framework for Chronic Conditions*. Retrieved from Canberra, Australia:
- Barr, N., Vania, D., Randall, G., & Mulvale, G. (2017). Impact of information and communication technology on interprofessional collaboration for chronic disease management: a systematic review. *Journal of health services research & policy*, 22(4), 250-257.
- Benson, H., Lucas, C., Benrimoj, S. I., & Williams, K. A. (2019). The development of a role description and competency map for pharmacists in an interprofessional care setting. *International journal of clinical pharmacy*, 41(2), 391-407.
- Bitar, H., & Alismail, S. (2021). The role of eHealth, telehealth, and telemedicine for chronic disease patients during COVID-19 pandemic: A rapid systematic review. *DIGITAL HEALTH*, 7, 20552076211009396. doi:10.1177/20552076211009396
- Boehmer, K. R., Abu Dabrh, A. M., Gionfriddo, M. R., Erwin, P., & Montori, V. M. (2018). Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PloS one*, 13(2), e0190852.
- Buja, A., Toffanin, R., Claus, M., Ricciardi, W., Damiani, G., Baldo, V., & Ebell, M. H. (2018). Developing a new clinical governance framework for chronic diseases in primary care: an umbrella review. *BMJ open*, 8(7), e020626. doi:10.1136/bmjopen-2017-020626
- Canada, S. (2017). Guide de planification de l'application des connaissances. 34 pp.
- Canadian Academy of Health Sciences. (2017). *Review of Chronic Care*. Retrieved from Western University, London, Canada:
- Carter, N., Valaitis, R. K., Lam, A., Feather, J., Nicholl, J., & Cleghorn, L. (2018). Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC health services research*, 18(1), 1-13.
- Ceriello, A. (2020). "Diabetes as a case study of chronic disease management": Eight years later. The opportunity learned from the COVID-19 pandemic. *diabetes research and clinical practice*, 167.
- CESS. (2010). Implanter et animer une communauté virtuelle de pratique. 20 pp.
- Collège des médecins de famille du Canada. (2019). *Une nouvelle vision pour le Canada : Pratique de médecine familiale* —
- Le Centre de médecine de famille. Retrieved from Mississauga, ON:
- CRMCC. (2013). Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones. 20 pp.

- Crowley, E. K., Sallevelt, B. T., Huibers, C. J., Murphy, K. D., Spruit, M., Shen, Z., . . . Moutzouri, E. (2020). Intervention protocol: Optimising thERapy to prevent avoidable hospital Admission in the Multi-morbid elderly (OPERAM): a structured medication review with support of a computerised decision support system. *BMC health services research*, *20*(1), 1-12.
- Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., Tchan, M., Ponniah, S., & Brown, A. (2015). Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, *15*, 194. doi:10.1186/s12913-015-0854-8
- De Rosi, S., & Nuti, S. (2018). Public strategies for improving eHealth integration and long-term sustainability in public health care systems: Findings from an Italian case study. *The International journal of health planning and management*, *33*(1), e131-e152.
- Dineen-Griffin S, G.-C. V., Williams K, Benrimoj SI. (2019). Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PloS one*, *14*(8e0220116). Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220116>
- Dubé, F., Noreau, É., Landry, G. (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*.
- Fathima, M., Peiris, D., Naik-Panvelkar, P., Saini, B., & Armour, C. L. (2014). Effectiveness of computerized clinical decision support systems for asthma and chronic obstructive pulmonary disease in primary care: a systematic review. *BMC pulmonary medicine*, *14*(1), 1-24.
- Fleury, F. C., Trépanier, M., (2019). *Pratiques de liaison les plus efficaces pour une amélioration des services aux personnes vulnérables dans un contexte de région périphérique ou éloignée – Partie A : Synthèse des écrits pertinents pour répondre au mandat de courtage de connaissances*. Retrieved from
- Frost, R., Rait, G., Wheatley, A., Wilcock, J., Robinson, L., Harrison Denning, K., . . . Walters, K. (2020). What works in managing complex conditions in older people in primary and community care? A state-of-the-art review. *Health & Social Care in the Community*, *28*(6), 1915-1927.
- Fulford, K. W. M. (2006). Oxford textbook of philosophy and psychiatry.
- Gee, P., Greenwood, D., & Miller, L. (2015). The eHealth Enhanced Chronic Care Model : A Theory Derivation Approach. *J Med Internet Res*, *17*, e86. doi:10.2196/jmir.4067
- Haynes, A., Rowbotham, S., Grunseit, A., Bohn-Goldbaum, E., Slaytor, E., Wilson, A., . . . Wutzke, S. (2020). Knowledge mobilisation in practice: An evaluation of the Australian Prevention Partnership Centre. *Health research policy and systems*, *18*(1), 1-17.
- Hughes, G., Shaw, S. E., & Greenhalgh, T. (2020). Rethinking integrated care: a systematic hermeneutic review of the literature on integrated care strategies and concepts. *The Milbank Quarterly*, *98*(2), 446-492.
- Ilinca, S., Leichsenring, K., Rodrigues, R., & World Health Organization, W. (2018). Developing integration around primary care: new professional roles and emerging professions in integrated care delivery. *Public health panorama*, *4*(04), 615-619.
- INESSS. (2018). Utilisation des données cliniques issues des dossiers médicaux électroniques à des fins de recherche et d'amélioration continue de la qualité des soins et services de première ligne. 53 pp.
- INESSS. (2019). Systèmes apprenants et maladies chroniques. 63 pp.
- INSPQ. (2010). Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique. 20 pp.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2021). *COVID-19 et la pratique de la téléconsultation en médecine de première ligne et médecine spécialisée : principes généraux*. Retrieved from Québec, Qc:
- Jack, H. E., Arabadjis, S. D., Sun, L., Sullivan, E. E., & Phillips, R. S. (2017). Impact of Community Health Workers on Use of Healthcare Services in the United States: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*, *32*(3), 325-344. doi:10.1007/s11606-016-3922-9

- Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A., & Oxman, A. D. (2006). Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *BMJ Quality & Safety*, *15*(6), 433-436.
- Jimenez, G., Matchar, D., Koh, G. C.-H., & Car, J. (2021). Multicomponent interventions for enhancing primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*, *71*(702), e10-e21.
- John, J. R., Jani, H., Peters, K., Agho, K., & Tannous, W. K. (2020). The Effectiveness of Patient-Centred Medical Home-Based Models of Care versus Standard Primary Care in Chronic Disease Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised and Non-Randomised Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health*, *17*(18). doi:10.3390/ijerph17186886
- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International journal of nursing studies*, *79*, 70-83.
- Kastner, M., Hayden, L., Wong, G., Lai, Y., Makarski, J., Treister, V., . . . Straus, S. E. (2019). Underlying mechanisms of complex interventions addressing the care of older adults with multimorbidity: a realist review. *BMJ open*, *9*(4), e025009. doi:10.1136/bmjopen-2018-025009
- Kim, K., Choi, J. S., Choi, E., Nieman, C. L., Joo, J. H., Lin, F. R., . . . Han, H. R. (2016). Effects of Community-Based Health Worker Interventions to Improve Chronic Disease Management and Care Among Vulnerable Populations: A Systematic Review. *Am J Public Health*, *106*(4), e3-e28. doi:10.2105/ajph.2015.302987
- Kwan, J. L., Lo, L., Ferguson, J., Goldberg, H., Diaz-Martinez, J. P., Tomlinson, G., . . . Shojania, K. G. (2020). Computerised clinical decision support systems and absolute improvements in care: meta-analysis of controlled clinical trials. *bmj*, *370*.
- Lee, J.-A., Choi, M., Lee, S. A., & Jiang, N. (2018). Effective behavioral intervention strategies using mobile health applications for chronic disease management: a systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *18*(1), 12. doi:10.1186/s12911-018-0591-0
- Liu, S., Reese, T. J., Kawamoto, K., Del Fiol, G., & Weir, C. (2021). A systematic review of theoretical constructs in CDS literature. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *21*(1), 1-9.
- Mahmoud, A. S., Alkhenizan, A., Shafiq, M., & Alsoghayer, S. (2020). The impact of the implementation of a clinical decision support system on the quality of healthcare services in a primary care setting. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *9*(12), 6078.
- Mattison, C. A., & Wilson, M. G. (2018). Rapid Synthesis: Enhancing Health System Integration of Nurse Practitioners in Ontario.
- McMaster Health Forum. (2020). Rapid Synthesis Lessons Learned from Integrated Care Initiatives in Ontario to Inform Ontario Health Teams. Retrieved from <https://www.mcmasterforum.org/find-evidence/products/project/lessons-learned-from-integrated-care-initiatives-in-ontario-to-inform-ontario-health-teams>
- Meulendijk, M. C., Spruit, M. R., Willeboordse, F., Numans, M. E., Brinkkemper, S., Knol, W., . . . Askari, M. (2016). Efficiency of clinical decision support systems improves with experience. *Journal of medical systems*, *40*(4), 76.
- Miller, R., Weir, C., & Gulati, S. (2018). Transforming primary care: scoping review of research and practice. *Journal of Integrated care*.
- Monzani, D., & Pizzoli, S. F. M. (2020). The Prevention of Chronic Diseases Through eHealth: A Practical Overview. *P5 eHealth: An Agenda for the Health Technologies of the Future*, 33-51.
- National Institut for Health and Care Excellence. (2016). Multimorbidity: clinical assessment and management. *NICE Pathways*. Retrieved from <http://pathways.nice.org.uk/pathways/multimorbidity>

- National Institut for Health and Care Excellence. (2020). Supporting adult carers. *NICE Pathways*. Retrieved from file:///C:/Users/jeanem01/Downloads/multimorbidity-delivering-an-approach-to-care-that-takes-account-of-multimorbidity.pdf
- National Institut for Health and Care Excellence. (2021). Multimorbidity overview. *NICE Pathways*. Retrieved from <http://pathways.nice.org.uk/pathways/multimorbidity>
- Newman, T. V., San-Juan-Rodriguez, A., Parekh, N., Swart, E. C., Klein-Fedyshin, M., Shrank, W. H., & Hernandez, I. (2020). Impact of community pharmacist-led interventions in chronic disease management on clinical, utilization, and economic outcomes: An umbrella review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*.
- Nolte, E., Knai, C., & Saltman, R. (2014). *Assessing chronic disease management in European health systems: Concepts and approaches*. Retrieved from Copenhagen (Denmark): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458637/>
- Nouri, S., Khoong, E. C., Lyles, C. R., & Karliner, L. (2020). Addressing equity in telemedicine for chronic disease management during the Covid-19 pandemic. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(3).
- O’Connell, S., Mc Carthy, V. J., & Savage, E. (2018). Frameworks for self-management support for chronic disease: a cross-country comparative document analysis. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-10.
- Odero, A., Pongy, M., Chauvel, L., Voz, B., Spitz, E., Pétré, B., & Baumann, M. (2020). Core Values that Influence the Patient—Healthcare Professional Power Dynamic: Steering Interaction towards Partnership. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8458.
- Olayiwola, J. N., Magaña, C., Harmon, A., Nair, S., Esposito, E., Harsh, C., . . . Wexler, R. (2020). Telehealth as a Bright Spot of the COVID-19 Pandemic: Recommendations From the Virtual Frontlines ("Frontweb"). *JMIR public health and surveillance*, 6(2), e19045.
- OMS. (2016). Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care.
- Ontario Health Technology Advisory Committee. (2013). *OHTAC Recommendation: Optimizing Chronic Disease Management in the Community (Outpatient) Setting (OCDM)*. Retrieved from Ottawa:
- Palmer, K., Marengoni, A., Forjaz, M. J., Jureviciene, E., Laatikainen, T., Mammarella, F., . . . Onder, G. (2018). Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy*, 122(1), 4-11. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.006>
- Parker, S., Prince, A., Thomas, L., Song, H., Milosevic, D., & Harris, M. F. (2018). Electronic, mobile and telehealth tools for vulnerable patients with chronic disease: a systematic review and realist synthesis. *BMJ Open*, 8(8), e019192. doi:10.1136/bmjopen-2017-019192
- Petrova, M., Dale, J., & Fulford, B. (2006). Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *British Journal of General Practice*, 56(530), 703-709. Retrieved from <https://bjgp.org/content/bjgp/56/530/703.full.pdf>
- Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., . . . Zwar, N. (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC family practice*, 19(1), 1-13.
- Richard, L., Fortin-Pellerin, L., Chiochio, F., Litvak, É., Champagne, F., & Beaudet, N. (2016). Création de connaissances organisationnelles à la suite d’une intervention de développement professionnel en Centre de santé et de services sociaux (CSSS): une évaluation des laboratoires de promotion de la santé. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 31(2).
- Rodrigues, D. S., Sousa, P. F., Basílio, N., Antunes, A., da Luz Antunes, M., Santos, M. I., & Heleno, B. (2019). Primary care physicians’ decision-making processes in the context of multimorbidity: protocol of a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, 9(4), e023832.
- Sandra, D., & Blair MacKinnon on behalf of the Alberta Health, C. D. M. A. C. (2009). Alberta's Systems Approach to Chronic Disease Management and Prevention Utilizing the Expanded Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*, 13(Sp), 98-104. Retrieved from <https://www.longwoods.com/product/21106>

- Sardi, L., Idri, A., & Fernández-Alemán, J. L. (2017). A systematic review of gamification in e-Health. *Journal of biomedical informatics*, *71*, 31-48.
- SHTG. (2020). Knowledge-based clinical decision support systems. *SHTG Assessment*(Number 02 April 2020), 57 pp.
- Smith, S. M., Wallace, E., O'Dowd, T., & Fortin, M. (2016). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*, *3*(3), Cd006560. doi:10.1002/14651858.CD006560.pub3
- Soubhi, H., Bayliss, E. A., Fortin, M., Hudon, C., van den Akker, M., Thivierge, R., . . . Fleischer, D. (2010). Learning and caring in communities of practice: using relationships and collective learning to improve primary care for patients with multimorbidity. *The Annals of Family Medicine*, *8*(2), 170-177.
- Starbird, L. E., DiMaina, C., Sun, C. A., & Han, H. R. (2019). A Systematic Review of Interventions to Minimize Transportation Barriers Among People with Chronic Diseases. *J Community Health*, *44*(2), 400-411. doi:10.1007/s10900-018-0572-3
- Stevens, W. J. M., van der Sande, R., Beijer, L. J., Gerritsen, M. G., & Assendelft, W. J. (2019). eHealth Apps replacing or complementing health care contacts: Scoping review on adverse effects. *Journal of medical Internet research*, *21*(3).
- Sutton, R. T., Pincock, D., Baumgart, D. C., Sadowski, D. C., Fedorak, R. N., & Kroeker, K. I. (2020). An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. *NPJ digital medicine*, *3*(1), 1-10.
- Talboom-Kamp, E. P., Verdijk, N. A., Kasteleyn, M. J., Numans, M. E., & Chavannes, N. H. (2018). From chronic disease management to person-centered eHealth; a review on the necessity for blended care. *Clinical eHealth*, *1*(1), 3-7.
- The Royal Australian College of General Practitioners. (2020). Managing multimorbidity in people with type 2 diabetes. Retrieved from [www.racgp.org.au/usage/licence](http://www.racgp.org.au/usage/licence)
- Tintorer, D. L., Domínguez, J. M. M., Pujol-Rivera, E., Beneyto, S. F., Tuduri, X. M., & Saigí-Rubió, F. (2018). Keys to success of a community of clinical practice in primary care: a qualitative evaluation of the ECOPIH project. *BMC family practice*, *19*(1), 1-13.
- Usher, S., Denis, J.-L., Prével, J., Baker, R., Chreim, S., Kreindler, S., . . . Côté-Boileau, É. (2020). Learning from health system reform trajectories in seven Canadian provinces. *Health economics, policy, and law*, 1-17.
- Voruganti, T., Grunfeld, E., Makuwaza, T., & Bender, J. L. (2017). Web-based tools for text-based patient-provider communication in chronic conditions: scoping review. *J Med Internet Res*, *19*(10), e366.
- Waddell, K., & Moat, K. A. (2019). Rapid Synthesis: Examining the Efficiency and Effectiveness of Ontario's Health Workforce Regulatory System.
- Wasylewicz, A., & Scheepers-Hoeks, A. (2019). Clinical decision support systems. *Fundamentals of clinical data science*, 153-169.
- WHO. (2018). Capturing the Health 2020 Core Values. *European Health Report 2018*, 16.
- Wilson, M. G., Lavis, J. N., & Gauvin, F.-P. (2016). Designing integrated approaches to support people with multimorbidity: key messages from systematic reviews, health system leaders and citizens. *Healthcare Policy*, *12*(2), 91.
- Wutzke, S., Rowbotham, S., Haynes, A., Hawe, P., Kelly, P., Redman, S., . . . Wilson, A. (2018). Knowledge mobilisation for chronic disease prevention: the case of the Australian Prevention Partnership Centre. *Health research policy and systems*, *16*(1), 1-16.
- Yang, F., Wang, Y., Yang, C., Hu, H., & Xiong, Z. (2018). Mobile health applications in self-management of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis of their efficacy. *BMC pulmonary medicine*, *18*(1), 1-9.
- Zheng, H., Ryzhov, I. O., Xie, W., & Zhong, J. (2020). Personalized Multimorbidity Management for Patients with Type 2 Diabetes Using Reinforcement Learning of Electronic Health Records. *arXiv preprint arXiv:2011.02287*.

- Zikos, D., & DeLellis, N. (2018). CDSS-RM: a clinical decision support system reference model. *BMC medical research methodology*, *18*(1), 1-14.
- Zonneveld, N., Driessen, N., Stüssgen, R. A., & Minkman, M. M. (2018). Values of integrated care: a systematic review. *International journal of integrated care*, *18*(4).

**INTER S4**

**CONSORTIUM INTERRÉGIONAL**  
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX