

Depuis 2015, la gouvernance et les approches de services de santé et de services sociaux ont considérablement changé l'organisation des services de première ligne au Québec, y compris ceux visant la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Le présent document offre un sommaire de propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques qui émanent de recensions d'écrits et d'une recension de pratiques actuelles au Québec.

Ces propositions sont enrichies de l'avis d'experts québécois en maladies chroniques, dans le souci de soutenir de manière optimale la suite des travaux et décisions du MSSS dans ce domaine.

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

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

NOVEMBRE 2022

AUTEURS

Recherche et rédaction

Équipe Consortium interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux (InterS4)

Emmanuelle Jean, Ph. D., coordonnatrice d'InterS4

Isabel Bastille, B. Sc.

Élise Bolduc, M. Sc.

Monique Bourget, Réd. A, B. Arch, M.A.

Avec la contribution de France Charles Fleury, M. Sc., et de Hélène Sylvain, Ph. D.

Pour questions ou commentaire, communiquer avec Consortium-Inters4@uqar.ca.

Mandataire du ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne, ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaboration aux travaux et aux réflexions

Équipe du comité d'orientation pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne

Dr Réal Barrette, médecin-conseil, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, MSSS

Isabelle Barthélémy, pharmacienne, GMF-R Maisonneuve–Rosemont et Centre d'Expertise en maladies chroniques (CEMC), CEMTL

Guylaine Brien, chef des services ambulatoires, première ligne et santé publique, responsable du service régional Info-santé, Direction de la santé publique et Direction des soins infirmiers, CISSS de l'Abitibi–Témiscamingue

Laurence Boisvert, chef de secteur liaison avec la communauté, CEMC et Guichet d'accès clientèle orpheline (GACO), DSM, CEMTL

Anick Dubois, consultante santé et services sociaux

Mariève Dupont, conseillère à l'organisation clinique, Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne, MSSS (Participation à la rédaction)

Rana Farah, adjointe exécutive, Direction générale adjointe de l'accès, de services de proximité et des effectifs médicaux, MSSS

Marie-Josée Gagnon, coordonnatrice services de première ligne, Direction des services professionnels, CISSS du Bas-Saint-Laurent

Karina Prévost, Patiente partenaire avec la faculté de médecine de l'Université de Montréal (Participation à la rédaction)
Annabelle Rioux, IPSPL, CISSS de la Montérégie-Ouest

Experts consultés

Mathilda Abi Antoun, Inf., DESS gestion, Consultante-Experte-conseils services de proximité, ministère de la Santé et des Services sociaux

Simon L. Bacon, Ph. D., FTOS, FCCS, FABMR, CIHR SPOR Chair in Innovative, Patient-Oriented, Behavioural Clinical Trials, FRQS Chair in Behavioural Medicine

Dr Réal Barrette, médecin-conseil, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, MSSS

Laurence Boisvert, chef de secteur liaison avec la communauté, CEMC et Guichet d'accès clientèle orpheline (GACO), DSM, CEMTL

Georges-Emile Bourgault, Pharm. D., coordonnateur des soins pharmaceutiques des CHSLD, GMF et trajectoires régionales, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Christian Chabot, patient partenaire

Maud-Christine Chouinard, professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Dominique Chrétien, B. Pharm., M. Sc., chef adjointe aux soins pharmaceutiques CIUSSS de la Capitale-Nationale, Pharmacienne GMF Proactive Santé Saint-Roch

Jean-Pierre Després, C.Q., Ph. D., FAHA, FIAS, directeur scientifique, VITAM – Centre de recherche en santé durable, Université Laval

Anick Dubois, consultante santé et services sociaux

Nicolas Dugré, Pharm. D., M. Sc., BCACP, pharmacien, GMF-U Sacré-Cœur, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Mariève Dupont, conseillère à l'organisation clinique, Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne, MSSS

Marie-Josée Gagnon, coordonnatrice services de première ligne, Direction des services professionnels, CISSS du Bas-Saint-Laurent

Sara-Claude Gagnon, infirmière B. Sc., conseillère-cadre en soins infirmiers par intérim et chef de service de l'équipe provinciale des protocoles Info-Santé par intérim, Direction des soins infirmiers et de la santé physique, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Catherine Hudon MD, Ph. D., CMFC, professeure titulaire, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke

Geneviève Landry, M. Sc., directrice adjointe - Volet administratif, Direction des services professionnels, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Matthew Menear, Ph. D., professeur adjointe, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, VITAM – Centre de recherche en santé durable, Université Laval

Mélanie Paradis, chef des services ambulatoires par intérim, Direction administrative enseignement, recherche et innovation, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Hôpital de Chicoutimi

Dominique Perron, M.A ed, étudiant au Ph. D., conseiller en organisation des services de première ligne, Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne, ministère de la Santé et des Services sociaux

Marie-Eve Poitras, Inf. Ph. D., professeure – Chercheuse Junior 1 FRQ-S, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke

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

Nassera Touati, Ph. D., professeure titulaire et chercheure, Équipe de recherche sur la gouvernance et l'articulation des réseaux de solidarité, ENAP à Montréal

Soutien à la rédaction et à la publication

Josianne Arsenault, adjointe administrative, vice-rectorat à la formation et à la recherche, UQAR

Martine Pallascio, agente d'administration, Consortium InterS4

Le **Consortium InterS4** regroupe les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent, de Chaudière-Appalaches et de la Gaspésie, ainsi que le Centre universitaire intégré (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean, en collaboration avec les Universités du Québec à Chicoutimi (UQAC), à Rimouski (UQAR) et en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). Il a pour mission de répondre aux besoins spécifiques des établissements en région grâce à un partenariat appuyé sur l'utilisation stratégique des connaissances de pointe. Pour ce faire, les membres du Consortium partagent une plateforme de courtage de connaissances.

Le **courtage de connaissances** est un outil du transfert de connaissances « qui vise, par un intermédiaire, à favoriser les relations et les interactions entre les différents acteurs en promotion de la santé (chercheurs, acteurs de terrain, décideurs) dans le but de produire et d'utiliser au mieux les connaissances basées sur les preuves. Les actions de cet intermédiaire peuvent être multiples et variées selon le contexte, mais visent toutes à créer du lien et de la communication, à valoriser les connaissances et les compétences de chacun (sans critères de hiérarchisation) et à améliorer les pratiques » (Munerol, Cambon et al. 2013).

Intention de la synthèse des écrits

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

Niveau de fiabilité

Les connaissances produites en courtage de connaissances doivent être comprises en fonction du mandat des demandeurs et du contexte de réalisation. Le présent ouvrage reflète les travaux et l'analyse des auteurs. Il n'engage qu'eux.

Citation suggérée

Consortium InterS4 et Comité d'orientation (2022), *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*, 42 pp. et annexes, consortiuminters4.uqar.ca

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



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

PRÉFACE

Près de 10 ans suivant la mise en œuvre du *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a souhaité s’adjoindre l’expertise du Consortium InterS4 en transfert de connaissances en vue d’identifier les contours des pratiques les plus porteuses permettant au réseau québécois de santé et de services sociaux de consolider ses actions visant le maintien de la santé et le mieux-être des personnes atteintes.

Prenant appui sur la littérature scientifique, les écrits d’organisations réputées, les pratiques prometteuses d’ici et l’avis consensuel d’experts, et réalisé en étroite collaboration avec l’équipe de la Direction de l’accès et de l’organisation des services de première ligne du MSSS (DAOSPL-MSSS), le produit de courtage de connaissances Oser l’autonomisation et l’intégration à l’ère numérique du Consortium InterS4 propose diverses pistes d’amélioration de la qualité et de la performance des soins et services de première ligne. Les conclusions du produit de courtage misent sur des stratégies de prévention et de gestion des maladies chroniques tantôt éprouvées, tantôt innovantes, permettant d’aborder la maladie chronique dans son contexte large qui inclut, par exemple, les arrimages entre santé physique et santé mentale et la prise en compte des déterminants sociaux et divers facteurs de risque.

Les dix dernières années ont été marquées par des transformations significatives de l’environnement dans lequel évoluent le patient et les intervenants qui l’accompagnent dans son parcours. C’est dans ce contexte que le Consortium InterS4 formule ses propositions pour nourrir la réflexion de la DAOSPL-MSSS sur les stratégies à privilégier pour poursuivre les efforts du réseau québécois de santé et de services sociaux dans la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne. Ces propositions font appel tant à l’expertise des divers acteurs – le patient, ses proches et sa communauté ainsi que les différentes équipes du RSSS et les divers collaborateurs du milieu – qu’à l’opportunité de repenser les modèles et les environnements de prestation de services, en misant notamment sur l’apport structurant de l’information et des technologies.

À partir de ces réflexions initiales et à la suite de la mise en œuvre de différents mécanismes de consultation, il sera possible d’esquisser un scénario envisageable de partage des rôles et responsabilités en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques pour différents types d’acteurs. À ce propos, comme le souligne Mme Karina Prévost, patiente-partenaire avec la faculté de médecine de l’Université de Montréal et collaboratrice des travaux du Consortium InterS4 :

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



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

de cette relation de confiance constructive qui permet de brosser un tableau beaucoup plus complet de situations parfois très complexes.

En terminant, nous tenons, au nom du MSSS et de toutes les personnes atteintes de maladie chronique, à remercier les membres de l'équipe du Consortium InterS4, sous la direction de Mme Emmanuelle Jean, pour son travail patient, rigoureux et engagé à chacune des étapes de réalisation de ce produit de courtage.

A handwritten signature in blue ink that reads "Lucie Opatry". The signature is fluid and cursive.

Dre Lucie Opatry
Sous-ministre adjointe
Direction générale de affaires universitaires, médicales,
infirmières et pharmaceutiques



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

AVANT-PROPOS

Atteinte d'une maladie chronique, je navigue dans le système de santé depuis que j'ai l'âge de 3 ans. J'en ai aujourd'hui 48. J'ai d'abord connu la médecine paternaliste, époque où il fallait suivre les recommandations de notre équipe soignante à la lettre en s'assurant de ne poser qu'un minimum de questions, voire aucune. [...] Chaque visite médicale devenait une source profonde d'inquiétude et d'angoisse, allant jusqu'à m'empêcher de fonctionner à l'école et me provoquer plusieurs nuits d'insomnie. J'étais de nature anxieuse, c'est vrai. Et je détestais l'autorité : « Fais ceci, fais cela ! » sans que l'on m'explique pourquoi, très peu pour moi. J'ai toujours eu besoin de comprendre les choses de la vie, et ce, dès mon plus jeune âge. Or, à la clinique, on ne m'expliquait rien. J'étais jeune, j'étais malade, comme si « je » n'existais pas. Et ça, cet état des choses que je croyais immuables, me compliquait beaucoup la vie.

Pour moi, les médecins, les infirmières, c'étaient ceux qui me passaient en « examen », littéralement. Chaque visite à la clinique, c'était pour moi la même impression que celle d'échouer à un important examen de mathématiques. En entrant à la clinique, j'avais l'impression de passer à l'interrogatoire, et je n'exagère même pas.

Du haut de mes quinze ans, personne n'a jamais vraiment cherché à comprendre pourquoi je vivais [mes suivis cliniques de maladie chronique un peu « toute croche »]. On ne m'a jamais demandé comment je composais avec la maladie au quotidien, pourquoi je suivais plutôt mal mon plan de traitement et de quoi était fait mon projet de vie, mais on me traitait de « difficile ». J'avais de grands rêves et la maladie me mettait d'imposants bâtons dans les roues. Je me sentais impuissante, déprimée et en très grande colère contre la vie. Mais personne ne le savait.

C'est cette année-là, lors d'une hospitalisation, que quelque chose a changé.

C'est une résidente, lors d'une anamnèse, qui a transformé le cours des choses, de ma vie, je devrais dire. Lors de mon admission à l'étage, elle a simplement pris le temps de s'asseoir avec moi et elle a pris le temps de me parler. Banal, peut-être, mais ce simple geste a su faire toute la différence. Elle a su discuter en me posant les bonnes questions et en prenant le temps de considérer ce que j'avais à dire sans jugement. Elle a su accueillir mon opinion avec compassion, respect et bienveillance. Lorsqu'est venu le temps de rentrer chez moi, cette même personne m'a à nouveau rencontrée pour discuter de mon plan de traitement, d'abord pour savoir ce que j'en pensais, pour ensuite discuter de mes projets des prochaines semaines. J'ai d'abord été étonnée, puis encouragée. Soudainement, je sentais qu'un poids immense s'était dégagé de mes épaules. Je vivais là, sans trop le savoir à l'époque, ma première expérience de partenariat patient.

C'est à partir de là que j'ai compris que je pouvais jouer un rôle dans le continuum et la qualité de mes soins. Que je n'étais pas un simple spectateur, mais que j'avais plutôt le rôle principal du grand théâtre de ma vie.

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



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-------------|
| PRÉFACE | v |
| AVANT-PROPOS | vii |
| TABLE DES MATIÈRES | viii |
| MESSAGES CLÉS..... | 1 |
| À QUI S'ADRESSE LE PRODUIT DE COURTAGE ? | 4 |
| POURQUOI DES PROPOSITIONS POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES ? | 4 |
| COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?..... | 6 |
| Méthode générale | 6 |
| Spécificités des recensions | 7 |
| Recension des écrits | 7 |
| Résumé de pratiques..... | 7 |
| Recension d'avis d'experts | 8 |
| COMMENT EST STRUCTURÉ LE PRODUIT DE COURTAGE ? | 8 |
| RÉSUMÉ DES CONNAISSANCES..... | 9 |
| Portrait des maladies chroniques | 9 |
| Résumé des écrits..... | 9 |
| Avis des experts | 13 |
| Valeurs pour l'organisation des services | 14 |
| Résumé des écrits..... | 14 |
| Avis des experts | 15 |
| Grandes tendances et propositions pour l'organisation des services..... | 16 |
| Résumé des écrits..... | 16 |
| Avis des experts | 18 |
| Exemples de stratégies concrètes | 21 |
| Pratiques d'intérêt..... | 21 |
| Liens entre les pratiques et la recension des écrits..... | 21 |



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

| | |
|--|-----------|
| Avis des experts sur la pertinence des pratiques | 22 |
| Facilitateurs et obstacles communs à plusieurs pratiques | 23 |
| Avis des experts sur les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre..... | 24 |
| Partage des rôles entre acteurs..... | 26 |
| Réflexions de la DAOSPL | 26 |
| Avis des experts | 27 |
| Intégration des différentes composantes de la démarche par le comité d'orientation | 29 |
| Intégration des différentes connaissances | 29 |
| Avis des experts | 30 |
| CONCLUSION..... | 33 |
| BIBLIOGRAPHIE | 36 |



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

MESSAGES CLÉS

La synthèse intègre les différentes connaissances consultées pour répondre au mandat formulé par la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques du MSSS. Elle incorpore alors les meilleurs savoirs au sujet de l'organisation des services pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne. Ces savoirs proviennent d'écrits scientifiques et gris, de pratiques québécoises d'intérêt et d'avis d'experts. La synthèse considère également les avis énoncés par les membres du Comité d'orientation nommés par la Direction, responsables du présent exercice de recension.

Ainsi, pour accroître l'efficacité de la prévention et de la gestion des maladies chroniques en première ligne, il faut :

[Voir la maladie chronique dans son contexte large](#)

1. Concevoir la maladie chronique en continuité de la définition adoptée dans le cadre de référence de 2012 :
 - Une progression lente;
 - Une durée de trois mois et plus;
 - Sans rémission spontanée;
 - Généralement non transmissible.
2. Envisager une offre de service qui considère également :
 - La multimorbidité;
 - Les disparités tels la défavorisation et la qualité de l'environnement;
 - La longévité associée au risque accru de développer des maladies chroniques et des multimorbidités avec l'âge;
 - L'hypertension, l'hyperlipidémie, l'hyperglycémie et l'obésité;
 - Le suivi du diabète, de la MPOC, de l'asthme et des pathologies cardiovasculaires;
 - Le cancer, les problématiques de santé mentale, l'arthrite, les douleurs chroniques non cancéreuses, l'ostéoporose et les fractures chez les aînés, l'anémie, l'hypothyroïdie, les maladies hépatiques et rénales, les troubles hydroélectrolytiques, les affections neurologiques, les problèmes du système immunitaire et les problèmes gastro-intestinaux;
 - La polypharmacie;
 - Et l'impact de la pandémie de COVID-19 pour ses effets sur les comportements de santé comme sur certaines maladies chroniques.
3. Identifier les populations vulnérables pour lesquelles des interventions spécifiques ou adaptées devraient être développées.
4. Insister sur un meilleur arrimage entre la santé physique et la santé mentale.

[Viser une approche intégrée sur tout le continuum des soins et des services, au-delà des limites de l'environnement clinique](#)

5. Faire reposer toutes les étapes du continuum de soins sur des valeurs communes :
 - Des valeurs associées au patient : individualité, globalité, autodétermination et autonomisation;
 - Des valeurs associées aux approches : réflexivité, intégration, partenariat et soutien à la prise de décision éclairée;
 - Des valeurs associées aux intervenants de la première ligne : compétence, bienveillance, collaboration et engagement;



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

- Des valeurs associées à l’offre de services : qualité, viabilité, efficacité, équité et accessibilité.
6. Bonifier l’intégration des services sur l’ensemble du continuum de soins et de services.
 - Imbriquer les soins offerts à chaque étape du continuum de services dans une chaîne bienveillante d’accompagnement qui fait sens pour l’usager au regard du maintien de sa santé;
 - Resserrer la calibration de l’offre de services en fonction d’une stratification des besoins et des services.
 - Préciser les rôles de chaque acteur et les interfaces entre eux, à partir de; rôles entendus entre le MSSS, les établissements, les équipes cliniques, les usagers et leurs proches;
 - Mettre en place des modèles et des approches de soins interprofessionnels intégrés entre la première et la deuxième ligne ainsi qu’avec les partenaires externes du RSSS;
 - Développer ou mettre à niveau les programmes sur la base des données probantes;
 - Voir l’équipe, plutôt qu’un seul professionnel, comme une porte d’accès à l’offre de services;
 - Implanter des trajectoires ou des algorithmes de référencement d’un professionnel à l’autre;
 - Prévoir une offre de services pour la clientèle orpheline;
 - Prévoir des mécanismes particuliers de gestion pour les grands consommateurs de services.
 - Proposer par exemple :
 - Des approches flexibles adaptées au patient;
 - Une offre décentralisée de services recourant à une variété de points de desserte;
 - Des ateliers de groupe.
 7. Profiter de la contribution et de l’expertise d’un ensemble d’acteurs incluant des collaborateurs externes au RSSS.
 - Proposer un meilleur maillage et des partenariats accrus avec les organismes communautaires et les municipalités;
 - Agir sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en matière de santé en contribuant à la création d’environnements sains grâce à des partenariats favorables à une appropriation locale du continuum de soins et de services;
 8. Assurer la pérennisation et la qualité des services mis en place.
 - Porter une attention particulière à l’amélioration continue de la qualité et à la pratique réflexive, incluant une évaluation de l’intervention et le suivi d’indicateurs significatifs;
 - S’assurer d’une adhésion à la vision de la part des directions générales;
 - Faire en sorte que le continuum dispose des ressources requises pour assurer la pérennité des services prévus sur la base des meilleures pratiques;
 - Impliquer les professionnels et les GMF dans l’amélioration des pratiques, dans l’identification des cibles de clientèles et dans les processus d’amélioration continue.

Miser largement sur la prévention et l’adoption de saines habitudes de vies

9. Passer d’une posture réactive à une posture proactive en investissant en promotion de la santé et en prévention.
10. Voir la prévention et la gestion des maladies chroniques dans le cadre de l’ensemble du parcours de la vie de la personne depuis l’adoption de saines habitudes de vie dès l’enfance.
11. Prévoir des actions qui interpellent les acteurs de différents secteurs pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.
12. Centrer les actions sur l’activité physique, la saine alimentation, la faible consommation d’alcool et l’évitement du tabagisme.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Susciter et soutenir l'engagement des personnes et des proches aidants à titre d'experts de leur propre santé

13. Consolider l'expertise ainsi que les habiletés du patient et de ses proches aidants dans l'autogestion et l'autosoins à partir des données probantes.
14. Susciter et soutenir l'engagement de l'utilisateur et de ses proches aidants.
15. Insister davantage sur l'importance du partenariat avec les usagers de tous les âges et leurs proches aidants.

Favoriser la mise à contribution d'équipes pluridisciplinaires qui travaillent en collaboration où les membres exercent les pleins rôles de leurs professions

16. Mettre à contribution des équipes informées, préparées, soutenues et proactives, qui travaillent en collaboration interprofessionnelle.
 - Pousser plus avant la collaboration, interprofessionnelle et intersectorielle, en intégrant notamment cette notion dans la formation des professionnels;
 - Optimiser les rôles de chaque professionnel en vertu du cadre réglementaire applicable et en assurer la publicisation auprès des membres de l'équipe;
 - Former les intervenants aux compétences spécifiques à la première ligne et aux maladies chroniques, incluant la prévention et la prise en charge des multimorbidités;
 - Développer et faciliter l'accès aux meilleures connaissances pour les cliniciens et les gestionnaires, dont les avis d'intervenants hautement qualifiés.
17. Insister sur l'importance d'équipes qui incluent en plus des membres de l'équipe de base habituelle : pharmaciens, kinésiothérapeutes, nutritionnistes, travailleuses sociales, psychologues et IPSPL.
18. Susciter une action plus concertée avec la santé publique.
19. Favoriser la contribution accrue des pharmaciens communautaires.

Offrir l'apport technologique adéquat pour soutenir la collaboration interprofessionnelle et l'intégration des soins et services

20. Maximiser tout le potentiel de l'information et des technologies.
 - Miser sur le caractère transversal de l'information et des technologies pour optimiser le potentiel de toutes les stratégies d'amélioration des services;
 - Utiliser la technologie pour la communication et pour la connaissance de l'état du patient.
21. Assurer l'interopérabilité des différents systèmes mis à contribution dans l'ensemble du continuum de l'offre de services.
22. Étendre et faciliter l'accès et l'échange des renseignements relatifs au patient à divers professionnels de différents secteurs et entre les services de première et de deuxième ligne.
23. Adopter les suivis en mode virtuel.

Consolider le portrait des besoins, s'entendre sur les lignes directrices et soutenir la mise en œuvre des meilleures pratiques sur la base de la présente synthèse de connaissances

24. Compléter le portrait des besoins populationnels liés aux maladies chroniques et de l'état actuel de la situation, au Québec et dans chacune des régions.
25. Analyser des modèles québécois réputés pour leur approche intégrée des services et leur application des meilleures connaissances identifiées dans la synthèse, en documentant leur fonctionnement, les facteurs facilitants et les effets de leur pratique.
26. Intégrer les connaissances recensées sur l'organisation des services dans des orientations ministérielles actualisées.
27. Établir au niveau national des objectifs prioritaires de développement.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

28. Soutenir les acteurs clés dans le partage sur leur manière de déployer les meilleures pratiques et faciliter la diffusion de pratiques inspirantes.
29. Mettre en place ou poursuivre les stratégies d'amélioration continue, notamment liées à CoMPAS+.
30. Renforcer, en continu, la promotion des services disponibles et l'arrimage entre les différentes offres de services.

À QUI S'ADRESSE LE PRODUIT DE COURTAGE ?

Le présent produit de courtage¹ s'adresse prioritairement à la Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne du ministère de la Santé et des Services sociaux (DAOSPL-MSSS). Cette dernière a spécifiquement mandaté le comité d'orientation pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne (Comité d'orientation) et le Consortium InterS4 de lui soumettre leurs réflexions à cette fin. En effet, la DAOSPL collabore présentement avec plusieurs partenaires en vue d'actualiser les orientations ministérielles et de proposer une stratégie de mise en œuvre visant l'amélioration des approches de prévention et de gestion des maladies chroniques en première ligne par l'ensemble des acteurs concernés. Enfin, ce produit de courtage est également destiné à un public plus vaste d'intervenants en santé qui pourront y référer dans une perspective d'amélioration continue.

POURQUOI DES PROPOSITIONS POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES ?

Les approches de prévention et de gestion des maladies chroniques ont beaucoup évolué ces dernières années et nombre des avancées réalisées apparaissent susceptibles d'enrichir les pratiques mises de l'avant par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) dans la foulée des orientations contenues au *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, mis en œuvre en 2012. C'est dans ce contexte que ce produit de courtage a été demandé par la DAOSPL-MSSS au Comité d'orientation qui, en collaboration avec le Consortium InterS4, a souhaité enrichir sa réflexion des données probantes les plus récentes issues de la science, des pratiques d'intérêt et des avis d'experts. L'encadré 1 résume le contenu auquel peut s'attendre le lecteur.

Le produit de courtage nourrira les réflexions de la DAOSPL-MSSS qui, au cours d'une étape ultérieure, proposera des orientations visant l'amélioration des stratégies de prévention et de gestion des maladies chroniques destinées à l'ensemble des acteurs concernés.

¹ Les différents travaux relatifs à la réalisation du produit de courtage ont été réalisés en 2021 par le Consortium InterS4, avec le soutien du comité d'orientation pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne. Contenus au présent *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* et ses annexes, les conclusions de ces travaux ont été publiées en 2022.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Encadré 1 – Contenu du produit de courtage

| CE QUE C'EST | CE QUE CE N'EST PAS |
|--|---|
| <p>Ce document sommaire et ses annexes proposent...</p> <p>→ Des propositions qui sont formulées dans le but d'inspirer les réflexions d'amélioration.</p> | <p>Ce document sommaire et ses annexes NE proposent PAS</p> <p>→ Un document de remplacement du Cadre de référence de 2012.</p> <p>→ Une proposition d'opérationnalisation, de plan de mise en œuvre ou de déploiement. De tels travaux sont prévus par la DAOSPL-MSSS à la suite de l'exercice d'actuel.</p> |
| <p>→ Des propositions qui s'appliquent à un ensemble vaste de conditions et de maladies chroniques, afin de doter les différents groupes d'un ancrage similaire favorisant la cohésion des différents travaux. Différents groupes travaillent actuellement à formuler des propositions spécifiques pour certaines conditions de santé et maladies chroniques. Ce document se veut une base commune de réflexion pour ces expertises riches et spécifiques.</p> | <p>→ De recommandations cliniques spécifiques à une condition de santé ou à une maladie chronique.</p> |
| <p>→ Une recension des grandes tendances qui émergent des écrits qui traitent de la prise en charge d'un ensemble de maladies chroniques.</p> | <p>→ Les résultats d'une recension systématique de l'ensemble des écrits traitant du domaine vaste des maladies chroniques. Le domaine des maladies chroniques est riche en connaissances. Les paramètres du mandat de courtage ont incité à opérer certains choix stratégiques.</p> |
| <p>→ Un recueil d'exemples de pratiques actuelles, dans le contexte québécois de différentes régions, que les artisans sont parvenus à mettre en œuvre de manière concrète et efficace. Ces pratiques se veulent des sources d'inspiration.</p> | <p>→ Un inventaire exhaustif des pratiques intéressantes en cours actuellement au Québec ou à l'international.</p> |
| <p>→ La base des travaux pour une consultation d'experts en vue d'une captation de leurs réflexions et avis.</p> | <p>→ Un consensus parfait entre experts du domaine des maladies chroniques. Considérant la variété des profils d'experts consultés, les suggestions qui n'ont pas atteint un niveau de consensus suffisant ont été retirées.</p> |

Le produit de courtage² *Oser l'autonomisation et l'intégration à l'ère numérique* rassemble des conclusions provenant d'une recension rapide des écrits scientifiques récents abordant un ensemble de maladies chroniques, auxquelles s'ajoutent des connaissances provenant de la littérature grise d'organisations réputées et d'avis d'experts. Le document vise ainsi, à la lumière de l'état actuel des connaissances, à répondre aux questions suivantes :

- Quel est le portrait actuel des maladies chroniques ?
- Quels sont les principes directeurs et les axes d'intervention qui guident l'intervention dans le domaine des maladies chroniques ?
- Quels sont les programmes et actions prioritaires ?

² Pour plus détails concernant le contexte et la méthode associés au produit de courtage, voir l'annexe A.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

- Comment accueillir et optimiser l’engagement nouveau de certains acteurs de l’équipe de soins traditionnellement peu sollicités directement dans le continuum de soins et de services?
- Quelles valeurs convient-il d’associer aux différentes actions de prévention et de gestion des maladies chroniques?

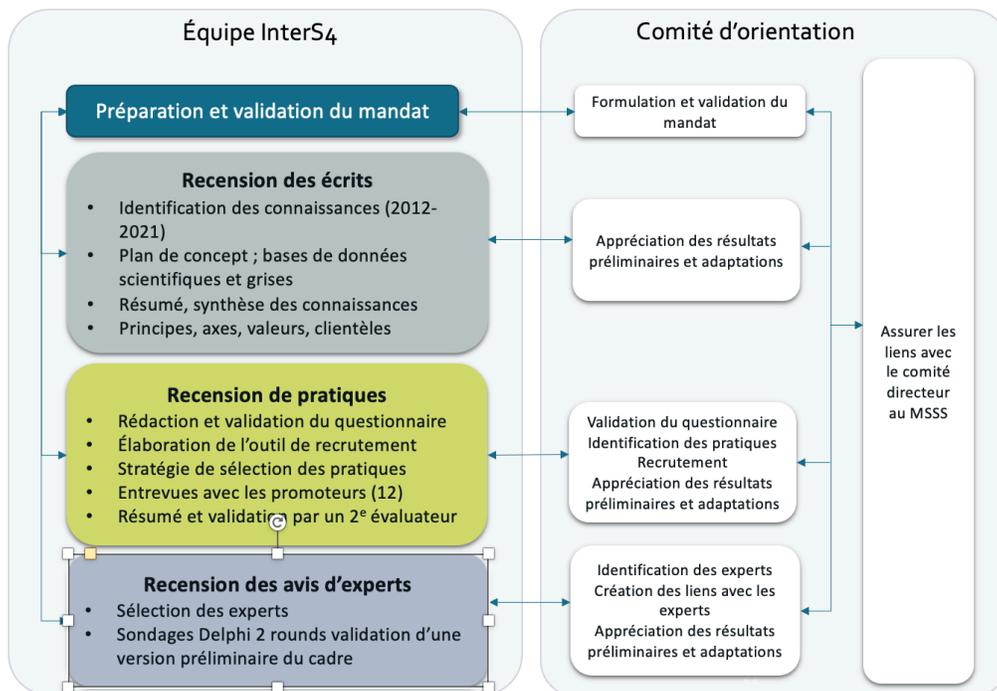
COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?

Méthode générale

Les connaissances synthétisées dans ce document font émerger de grandes conclusions en vue des étapes de réalisation à venir. Elles sont appuyées par une recension des écrits et par une recension d’exemples de pratiques actuelles au Québec qui mettent en œuvre de manière concrète certaines des grandes clés identifiées dans les écrits consultés. Enfin, une recension d’avis d’experts enrichit et confirme les différentes propositions formulées en vue du déploiement des stratégies appropriées de mise en œuvre progressive auprès de la population.

L’équipe du Consortium InterS4 a proposé la méthode et réalisé les différentes recensions. Les membres du Comité d’orientation ont balisé les travaux et apprécié les connaissances livrées. Le tout est résumé dans la figure qui suit.

Figure 1 – Démarche privilégiée pour la réalisation du produit de courtage (2021)





Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Spécificités des recensions

Recension des écrits

Les principales caractéristiques de la recension des écrits peuvent être résumées comme suit :

- Recension rapide des écrits basée sur un plan de concepts validé par le Comité d'orientation;
- Littérature scientifique et littérature grise cernées à partir de critères définis;
- Critères généraux d'inclusion :
 - Méta-analyse, revue systématique, revue de littérature (*littérature scientifique*);
 - Publication entre 2013 et 2021 (de la plus récente jusqu'à saturation des données);
 - En français et en anglais;
 - Abordant plusieurs pathologies ou les multimorbidités;
 - Proposant des recommandations pour l'organisation ou la dispensation des services;
 - Canada ou pays comparables;
 - Organisations réputées (*littérature grise*).
- Critères généraux d'exclusion :
 - Publication d'avant 2012;
 - Centrée sur une pathologie seulement (pour la recension initiale);
 - Centrée sur une seule modalité d'intervention;
 - Exclusivement descriptifs et qui ne proposent pas de recommandations.

Les écrits résumés et utilisés dans cet ouvrage sont au nombre de 78. Le tableau des résumés et les références bibliographiques se trouvent à l'annexe...

Résumé de pratiques

La sélection des pratiques a été opérée sur la base des critères suivants :

- Appel d'intérêt lancé auprès des établissements du RSSS;
- Pratique novatrice, cotée par les membres du Comité d'orientation selon la pondération suivante :
 - Pratique émergente : 1 point;
 - Pratique prometteuse : 2 points;
 - Pratique de pointe : 3 points;
- Pratique qui opérationnalise au moins une des cinq grandes recommandations issues des écrits (la pondération étant plus importante pour celle qui opérationnalise le plus grand nombre de recommandations);
- Pratique qui a le potentiel d'être transférable, sous certaines conditions, à d'autres contextes;
- Recension variée mettant en lumière les différentes structures de première ligne (GMF; CLSC; communauté; etc.);
- Pratique priorisée par les membres du Comité d'orientation.

Douze pratiques ont ainsi été recensées. Chacune des pratiques fut traitée comme suit :

- Réalisation d'une entrevue auprès de chacun des promoteurs;
- Préparation d'un résumé par un courtier de connaissances;
- Validation du résumé par le promoteur.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Les pratiques recensées sont rassemblées à l'annexe E. La présentation propose d'abord une synthèse de la pratique, résume ses objectifs et décrit la clientèle cible. Elle aborde ensuite les principaux processus et activités, décrit les ressources disponibles pour son déploiement et résume les effets perçus ou observés dans le cadre de sa mise en œuvre. Elle s'attarde enfin aux facilitateurs et obstacles et aux développements anticipés et donne les coordonnées d'une personne-ressource détenant davantage d'information sur la pratique.

Recension d'avis d'experts

Le Comité d'orientation souhaitait obtenir les points de vue d'une variété d'experts patients, intervenants, gestionnaires et chercheurs. Les experts invités à se prononcer sur les conclusions des étapes précédentes ont été sélectionnés par le Comité à partir des critères suivants :

- Posséder une bonne expérience-expertise théorique, pratique ou expérientielle liée aux maladies chroniques;
- Représenter différentes régions du Québec;
- Permettre de bâtir un portrait multidimensionnel, à partir d'une variété de perspectives.

La consultation a pris la forme d'un sondage Delphi à deux tours. De façon plus précise :

- Un premier tour de sondage a été mené auprès des experts aux fins d'obtenir des commentaires et suggestions portant sur les documents préliminaires du présent produit de courtage;
- Les suggestions consensuelles ont été intégrées directement aux documents par l'équipe du Consortium InterS4;
- Un second tour de sondage a été réalisé sur la base des suggestions non consensuelles exprimées lors du premier tour;
- Les propositions non consensuelles pour lesquels un accord majoritaire s'est dégagé dans le cadre du second tour ont été soumises à l'attention de la DAOSPL-MSSS en vue d'éclairer la suite de la démarche.

COMMENT EST STRUCTURÉ LE PRODUIT DE COURTAGE ?

Le produit de courtage comprend un document sommaire ainsi que des annexes. Le document sommaire permet aux lecteurs de capter rapidement les éléments essentiels des résultats de cette démarche de courtage de connaissances. Ensuite, les différentes annexes permettent aux lecteurs qui le souhaitent d'approfondir chacun des sujets abordés dans le document sommaire :

- Annexe A : Mise en contexte et méthode;
- Annexe B : Définition de la problématique et des clientèles touchées;
- Annexe C : Valeurs associées aux maladies chroniques;
- Annexe D : Tendances, propositions et grille d'auto-évaluation;
- Annexe E : Exemples de stratégies concrètes;
- Annexe F : Partage des responsabilités entre acteurs;
- Annexe G : Résumé des écrits consultés.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

RÉSUMÉ DES CONNAISSANCES

De grands messages clés abordent successivement le portrait des maladies chroniques, quatre tendances en prévention et en gestion des maladies chroniques, des valeurs pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne, cinq grandes propositions pour nourrir les réflexions de la DAOSPL-MSSS, des pratiques actuelles au Québec, les principales stratégies qui émanent des pratiques recensées, les liens entre les pratiques et la recension des écrits, les facilitateurs et obstacles communs à plusieurs pratiques, le partage des rôles entre acteurs et sept propositions pour la suite des travaux. Il convient, en premier lieu, d’amorcer les travaux avec un portrait actualisé des maladies chroniques.

Portrait des maladies chroniques

Résumé des écrits

Un portrait des maladies chroniques³ actualisé permet de mieux comprendre les clientèles touchées par cette question. Cependant, il est essentiel de signaler dès à présent qu’il n’existe pas de consensus dans la communauté scientifique quant à la définition des maladies chroniques ou sur les maladies qu’il convient de rassembler sous ce vocable. Le manque de consensus complexifie l’évaluation des tendances dans le domaine.

Dans le présent exercice, la conception des maladies chroniques s’inscrit en continuité de celle adoptée par le Cadre de référence de 2012, qui les aborde comme des situations de santé se définissant généralement par ces caractéristiques distinctives : une progression lente, une longue durée (trois mois et plus), sans rémission spontanée (INESSS, 2019) et généralement non transmissibles (Organisation mondiale de la Santé, 2020). Tout en s’inscrivant en continuité de ce qui précède, le produit de courtage de connaissances demandé par la DAOSPL-MSSS prend acte d’une certaine évolution des balises de cette conception. Ainsi :

- La **multimorbidité** représente aujourd’hui l’un des défis les plus importants de la prévention et de la gestion des maladies chroniques (Mbuya-Bienge, Simard et al. 2019, Simard, Dubé et al. 2019). Les experts s’entendent pour dire que la multimorbidité constitue un enjeu de santé et de société de grande importance, notamment en raison de son impact sur la mortalité – dont la mortalité prématurée – ainsi que sur la qualité de vie des personnes qui en sont affectées.
- Il est nécessaire de revenir sur le fait que la pratique régulière de l’activité physique, une saine alimentation, une faible consommation d’alcool ainsi que l’évitement du tabagisme constituent **un tronc commun de comportements de santé** qui pourraient, à eux seuls, **prévenir l’apparition** ou permettre de mieux vivre avec un grand nombre de maladies chroniques (80 % des cas de maladies cardiovasculaires et de diabète ainsi que 40 % des cancers) (OMS, 2018). Par ailleurs, de nombreux comportements de santé s’installent chez un patient dès son jeune âge, sous l’influence des habitudes de vie des parents, ce qui incite à agir précocement en promotion des saines habitudes de vie (OMS, 2013).

³ Pour plus détails concernant les profils des maladies chroniques, voir l’annexe B.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

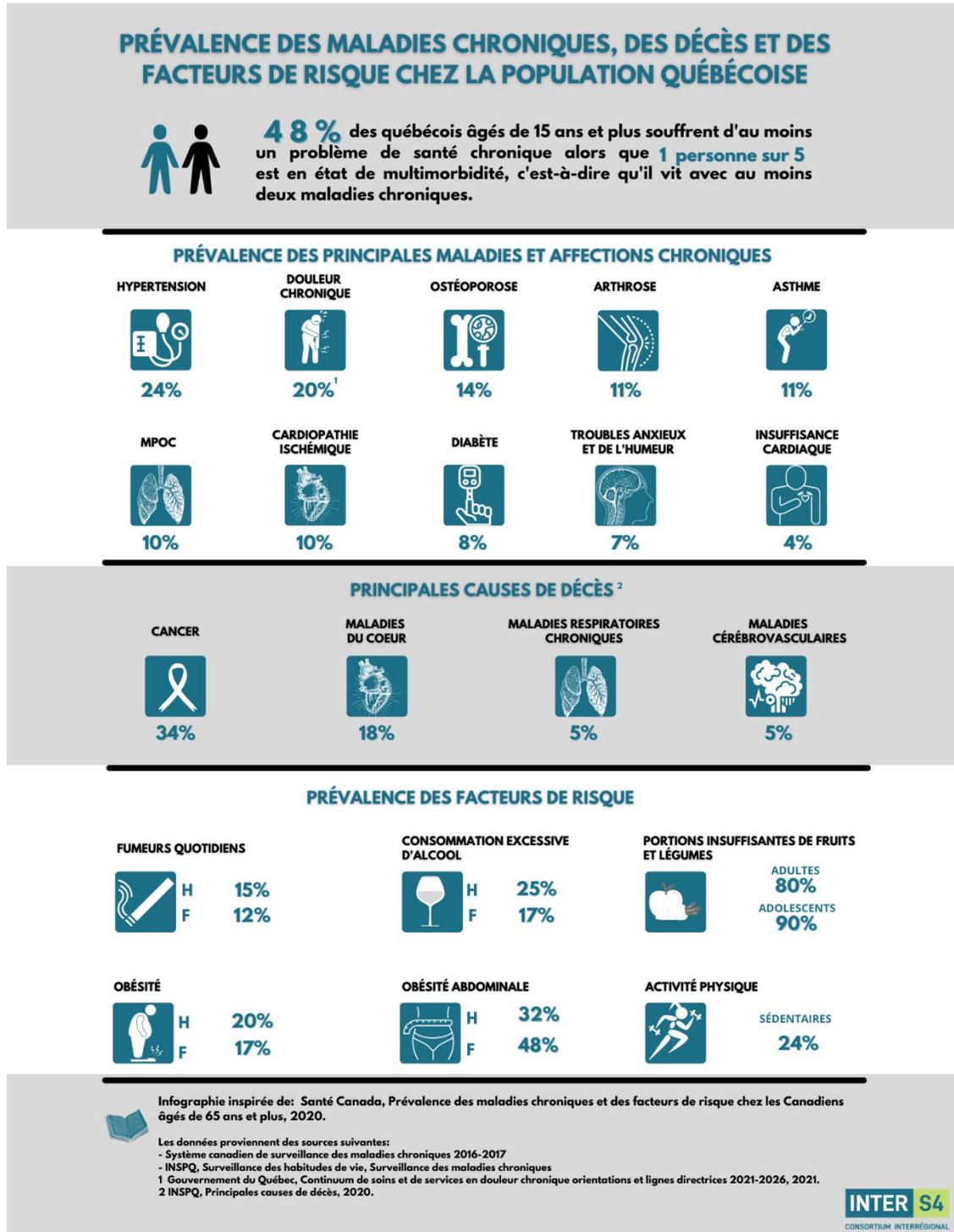
- À ces comportements de santé s’ajoutent des facteurs de risque tels la défavorisation et la qualité de l’environnement (par exemple, la pollution). Ainsi, **la prise en compte des disparités** constitue un élément central dans la prévention et la gestion des maladies chroniques. Il convient également de considérer la présence potentielle de disparités dans certains groupes hétérogènes comme les Premières Nations et chez certaines personnes migrantes à statut précaire.
- Les avancées scientifiques ont permis d’augmenter l’espérance de vie. Toutefois, le risque de développer des maladies chroniques et des multimorbidités augmente avec l’âge. Ainsi, les stratégies de prévention et de gestion des maladies chroniques doivent **considérer la longévité**.
- **Quatre conditions** (l’hypertension, l’hyperlipidémie, l’hyperglycémie et l’obésité), parfois abordées à titre de facteurs de risque, parfois à titre de maladies chroniques, augmentent considérablement le risque de développer d’autres maladies chroniques et peuvent se présenter en concomitance. La détection précoce et la gestion de ces conditions constituent les pierres angulaires de la prévention et de la gestion des maladies chroniques.
- Il convient également de suivre l’évolution de plusieurs maladies chroniques habituellement prises en charge par la première ligne (**diabète, MPOC, asthme, pathologies cardiovasculaires**) et de capter également **l’ensemble des besoins populationnels** en la matière, en considérant d’autres maladies (par exemple, le **cancer**), les problématiques de **santé mentale**, l’arthrite, les douleurs chroniques non cancéreuses, l’ostéoporose et les fractures (chez les aînés), l’anémie, l’hypothyroïdie, les maladies hépatiques et rénales, les troubles hydroélectrolytiques, les affections neurologiques, les problèmes du système immunitaire et les problèmes gastro-intestinaux. Ainsi, les travaux du Bureau d’information et d’études en santé des populations (BIESP), sous l’égide de l’Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), s’avèrent essentiels pour aider à l’orientation et au soutien des actions de promotion et de prévention des maladies chroniques (Blais, Jean et al. 2014, Simard, Dubé et al. 2019).
- Les liens étroits constatés entre la multimorbidité et la **polypharmacie** appellent la contribution d’intervenants traditionnellement moins sollicités (pharmaciens; IPSPL; kinésiothérapeutes; nutritionnistes; etc.) (Gosselin, Simard et al. 2020, Ouali, Simard et al. 2021).
- Finalement, il est difficile de revoir le portrait des maladies chroniques sans tenir compte de **l’impact de la pandémie de COVID-19**. D’une part, les malades chroniques étaient davantage vulnérables à la COVID-19 (89,9 % des décès étant associés à deux conditions préexistantes) (Institut national de santé publique du Québec, 2021). D’autre part, la pandémie a eu des effets significatifs sur les comportements de santé et sur certaines maladies chroniques (par exemple, les problèmes de santé mentale) en plus d’avoir engendré une perturbation des services de prévention et de traitement des maladies chroniques (Organisation mondiale de la Santé, 2020). Dans une perspective de déploiement de services de prévention et de gestion des maladies chroniques, il importe de tenir compte de l’augmentation de certains enjeux et des reculs probables en prévention occasionnés par la pandémie. Bâtir une certaine résilience du système de prévention et de prise en charge des maladies chroniques apparaît nécessaire pour apprendre de cette crise.

En outre, la littérature consultée permet d’établir un portrait quantifié de la clientèle. La figure 2 détaille la prévalence des maladies chroniques, des décès et des facteurs de risque chez la population québécoise.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Figure 2 – Prévalence des maladies chroniques, des décès et des facteurs de risque chez la population québécoise (Bastille 2021)





Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

PRÉVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES, DES DÉCÈS ET DES FACTEURS DE RISQUE CHEZ LA POPULATION QUÉBÉCOISE ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS



1 personne sur 2, âgée de 65 ans et plus, est en état de multimorbidité, c'est-à-dire qu'il vit avec au moins deux maladies chroniques.

PRÉVALENCE DES PRINCIPALES MALADIES ET AFFECTIONS CHRONIQUES

HYPERTENSION



46%

ARTHRITE



35%

DOULEUR CHRONIQUE



33%¹

OSTÉOPOROSE



25%

CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE



24%

MPOC



20%

DIABÈTE



18%

DÉMENCE



7%

PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS²

HOMMES

CANCER



36%

MALADIES DU COEUR



20%

MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES



5%

MALADIES CÉRÉBROVASCULAIRES



4%

FEMMES

CANCER



28%

MALADIES DU COEUR



19%

ALZHEIMER



6%

MALADIES CÉRÉBROVASCULAIRES



6%

MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES



5%

PRÉVALENCE DES FACTEURS DE RISQUE

SURPLUS PONDÉRAL



18%

OBÉSITÉ

40%

ENBOMPOINT

OBÉSITÉ ABDOMINALE



H



F



ACTIVITÉ PHYSIQUE



28%

SÉDENTAIRES



Infographie inspirée de: Santé Canada, Prévalence des maladies chroniques et des facteurs de risque chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus, 2020.

Les données proviennent des sources suivantes:

- Système canadien de surveillance des maladies chroniques 2016-2017

- INSPQ, Surveillance des habitudes de vie, Surveillance des maladies chroniques

1 Gouvernement du Québec, Continuum de soins et de services en douleur chronique orientations et lignes directrices 2021-2026, 2021.

2 INSPQ, Principales causes de décès, 2020.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Avis des experts

Les experts consultés arrivent à un taux d'accord de 95 % avec les contenus de la section « Portrait ». Le tableau qui suit présente les avis formulés par ces experts concernant le portrait des maladies chroniques.

Tableau 1 – Avis des experts sur la section « Portrait »

| Avis des experts | Taux d'accord |
|---|---------------|
| Pour la suite des travaux, les experts proposent : | |
| « D'identifier les populations vulnérables pour lesquelles des interventions spécifiques et/ou adaptées devraient être développées (par exemple, autochtones) » | 83 % |
| D'insister sur l'arrimage de la santé physique et de la santé mentale en maladies chroniques | 78 % |
| Les experts préfèrent l'un des termes suivants pour désigner les personnes atteintes de maladies chroniques : | |
| Personne (personne tout court ou personne vivant avec une maladie chronique ou personne atteinte, etc.) | 36 % |
| Usager | 32 % |
| Patient | 23 % |



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Valeurs pour l'organisation des services

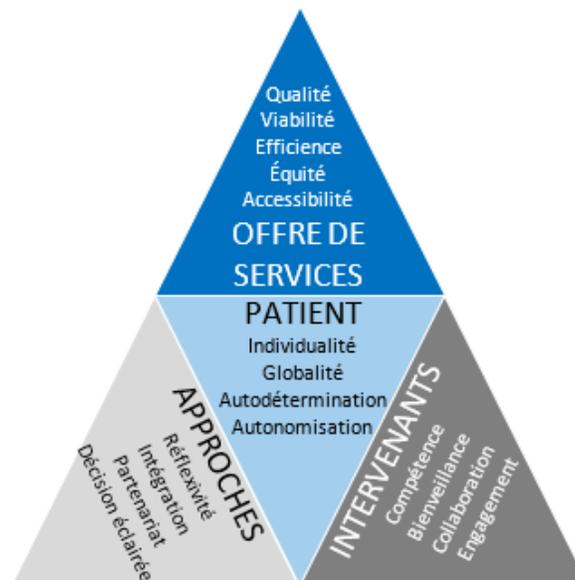
Résumé des écrits

La recension des écrits n'a pas pu mettre en lumière un consensus concernant une liste de valeurs⁴ liées au domaine des maladies chroniques. Toutefois, les écrits consultés ont précisé des volets, parfois généraux, parfois plus ciblés, à prendre en considération dans ce domaine. Cette lecture préliminaire des valeurs liées aux maladies chroniques vise à soutenir la suite des réflexions sur la question.

Quatre familles de valeurs fondatrices sont associées à la prévention et à la gestion des maladies chroniques, dont les valeurs en soi sont énumérées à la figure 3 :

1. Les valeurs associées au patient, ce dernier agissant comme partenaire essentiel et engagé de la mise en œuvre d'orientations visant l'amélioration de la prévention et de la gestion de la maladie chronique;
2. Les valeurs associées aux approches, qui imprègnent les différents segments du continuum de l'offre de services;
3. Les valeurs associées aux intervenants en santé de la première ligne, ceux-ci constituant les partenaires d'avant-plan du patient et des agents de changement auprès de ce dernier et des autres acteurs du RSSS;
4. Les valeurs associées à l'offre de services au patient par le RSSS par des intervenants recourant à des approches favorisant le maintien de sa santé.

Figure 3 – Valeurs fondatrices pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne (Bourget 2021)



⁴ Pour plus de détails concernant les valeurs associées aux maladies chroniques, voir l'annexe C.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Avis des experts

Les experts sondés sont d'accord à 86 % avec les contenus de la section sur les valeurs alors que 9 % d'entre eux se disent en désaccord. Il leur a été demandé s'il ne serait pas préférable de limiter le nombre de valeurs à trois, en ciblant celles qui sont communes à tous les acteurs. Les avis des experts sur cette question étaient partagés : 33 % d'entre eux ne le recommandaient pas, 28 % y étaient favorables et 39 % se sont abstenus de répondre.



Grandes tendances et propositions pour l'organisation des services

Résumé des écrits

En centrant les réflexions sur l'ensemble élargi de maladies chroniques présenté précédemment, la recension met en relief quatre tendances qui devraient influencer la révision de l'organisation des services.

Quatre grandes tendances :

1. **Le passage d'une posture réactive à une posture proactive, reposant sur des stratégies croisées de promotion et de prévention, constitue certainement le leitmotiv le plus porteur de toute la réflexion;**
2. **La nécessité de la contribution et de l'expertise d'un ensemble vaste et dynamique d'acteurs. Ainsi, bien que les réflexions se consacrent aux activités et aux intervenants de première ligne, ils reconnaissent d'emblée l'apport essentiel de différents autres collaborateurs internes et externes (municipalités; organismes communautaires; etc.) du RSSS;**
3. **La prévention et la gestion des maladies chroniques accompagnent l'ensemble du parcours de la vie de la personne atteinte. Plusieurs habitudes de vie présentes chez les parents sont transmises à leurs enfants et suivent ces derniers jusqu'à leur décès;**
4. **L'intégration d'un continuum de soins et de services de santé et services sociaux qui, plus qu'une addition d'interventions, doit considérer l'imbrication véritable de ces soins dans une chaîne bienveillante d'accompagnement qui donne sens à l'expérience de la personne dans le maintien de sa santé.**

Les valeurs abordées à la section précédente doivent être opérationnalisées. À ce sujet, la recension des écrits met en lumière cinq grandes propositions⁵. Ces dernières sont bonifiées de stratégies qui permettent d'en détailler les différentes dimensions. De plus, des ressources sont proposées dans l'annexe D pour permettre aux lecteurs qui le souhaitent d'aller plus loin dans les connaissances liées à chaque proposition.

Cinq grandes propositions :

1. **Repenser les modèles traditionnels d'organisation et de prestation des services de santé et services sociaux**

Cette première proposition invite à **bonifier les stratégies d'implantation de services intégrés sur l'ensemble du continuum de soins et de services** afin de gagner la lutte amorcée par le RSSS contre les soins épisodiques et discontinus, le tout au profit d'un système homogène et coordonné qui soit d'abord et avant tout porteur de sens pour les personnes soignées. Elle incite également, considérant notamment la rareté des ressources, à poursuivre le travail afin de **raffiner la calibration de l'offre de services** en fonction d'une certaine stratification des besoins et des services.

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

Cette deuxième proposition présente un fort degré de consensus dans les écrits consultés. Elle exhorte les intervenants du système de santé et des services sociaux à **susciter et à soutenir l'engagement des personnes** et des populations à titre d'experts de leur propre santé. Il convient également de mettre tout en œuvre pour **consolider l'expertise du patient et ses habiletés d'autogestion et d'autosoins à l'aide de données probantes**.

⁵ Pour plus de détails concernant ces cinq grandes propositions, voir l'annexe D.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

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

Cette proposition, parce qu'elle vise les équipes de soins, est très étroitement liée à la précédente, appelant notamment à soutenir la concrétisation de la **collaboration interprofessionnelle**. Par ailleurs, afin de favoriser l'émergence d'interventions efficaces et efficientes répondant aux exigences du fardeau croissant des maladies chroniques sur les systèmes de santé, il se révèle primordial de **développer et de faciliter l'accès aux meilleures connaissances**, ainsi que de **s'appuyer sur les compétences de cliniciens hautement qualifiés**. De plus, la santé physique et psychologique constitue une clé essentielle à une prestation de soins et de services de qualité. Ainsi, considérant la pénurie de main-d'œuvre, l'optimisation des services de santé et services sociaux offerts aux populations atteintes de maladies chroniques passe nécessairement par des stratégies visant à **favoriser la santé de l'équipe de soins**.

4. Penser au-delà de l'environnement clinique

La quatrième proposition s'intéresse à la communauté dans laquelle évolue le patient comme creuset de changements durables et rentables en matière de maladies chroniques. Elle invite tant le législateur (adoption de politiques publiques favorables à la santé) que les partenaires (municipalités; employeurs; réseau scolaire; etc.) du milieu et les intervenants de première ligne à **investir dans l'autonomisation et la responsabilisation des communautés et à contribuer à la création d'environnements sains** grâce à des partenariats inédits et innovants pour favoriser une appropriation locale du continuum de soins et de services de santé et, ainsi, maximiser le dividende de la longévité. En prolongement de ces efforts, les établissements du RSSS doivent, dans une perspective d'équité sociale et de stratification appropriée des services, appuyer la concertation d'acteurs de leurs milieux qui concourent à la **mise en œuvre de politiques publiques favorisant la santé**.

5. Maximiser tout le potentiel de l'information et des technologies

La cinquième proposition mise sur le **caractère transversal de l'information et des technologies pour favoriser une bonification de l'apport des quatre propositions précédentes** et pour relever les défis d'intégration et de partage des connaissances et des apprentissages, dans une perspective de renouvellement et d'enrichissement des façons de faire en prévention et en gestion des maladies chroniques. Pour ce faire, l'habilitation des patients et des intervenants en santé à une utilisation optimale et objectivée des technologies et l'interopérabilité des interfaces technologiques.

La figure 4 rapporte les principales composantes sur les tendances et sur les propositions pour parvenir à optimiser l'organisation des services en prévention comme en gestion des maladies chroniques.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Figure 4 – Cinq grandes tendances et propositions émanant des écrits (Jean 2021)

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

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

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

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

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

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

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

...de nouvelles coopérations

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

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

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



Il est à noter que les tendances et les propositions émanant des écrits sont rassemblées dans une grille destinée aux gestionnaires et intervenants en santé et services sociaux aux fins de démarches d'autoanalyse et de réflexion de la part d'équipes de soins désireuses d'actualiser et d'améliorer leurs pratiques actuelles. Cette grille est présentée à l'annexe D.

Avis des experts

Les experts sondés sont d'accord à 86 % avec les contenus de la section « Cinq grandes tendances et propositions émanant des écrits » et très peu se sont dits en désaccord (5 %). Le tableau qui suit présente les avis formulés par les experts concernant cette section.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Tableau 2 – Avis des experts sur la section « Tendances et propositions »

| Avis des experts | Taux d'accord |
|---|---------------|
| En lien avec les tendances, les experts proposent, pour la suite des travaux : | |
| D'insister davantage sur la diffusion et mise en place de modèles et d'approches de soins interprofessionnels et intégrés (impliquant des collaborations entre services de première ligne, soins spécialisés, services sociaux, soins et services dans la communauté, services intersectoriels, etc.) | 94% |
| De promouvoir encore plus la collaboration interprofessionnelle (ou l'interdisciplinarité) et, notamment, l'idée d'intégrer cette notion dans la formation des professionnels et d'actualiser sa mise en œuvre à la lumière des champs de pratique étendus de certains professionnels | 94 % |
| D'ajouter la « disponibilité, la diversité et l'adoption croissante de nouvelles technologies, autant dans le réseau que dans la population (cellulaires; applications mobiles; appareils portables; etc.), [incluant] les DMÉ et l'exploitation de leurs données, les portails patients, le recours à l'intelligence artificielle, etc. » | 94% |
| D'insister davantage sur « l'importance croissante du partenariat avec les patients et les familles (avec une plus grande appréciation de l'ensemble des stratégies de partenariat [et] donc pas juste l'autogestion, pas juste au niveau des soins, mais aussi dans l'organisation des soins) » | 89 % |
| D'insister sur le fait que les cadres réglementaires ont énormément évolué ces dernières années, en particulier celui visant les pharmaciens. Cela implique de considérer cette évolution des expertises comme des possibilités nouvelles liées à l'autonomie et à la responsabilité professionnelle, qu'on doit mettre à profit pour mieux répondre aux besoins des usagers. « En clair, il faut mettre de l'avant l'aspect de la collaboration interprofessionnelle en lien avec les champs de pratique actualisés. » | 89 % |
| D'ajouter une préoccupation particulière pour l'amélioration continue de la qualité et la pratique réflexive | 78 % |
| De souligner que la première ligne doit mesurer et agir sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en matière de santé (par exemple, la pauvreté, les difficultés de logement ou le racisme) afin de prévenir les maladies chroniques | 78 % |
| En lien avec les grandes propositions, les experts proposent, pour la suite des travaux : | |
| De « mettre de l'avant l'évaluation de l'intervention. Si on ne mesure pas ce que nous réalisons comme travail en maladies chroniques, nous n'aurons aucune idée de la portée des interventions. Les indicateurs dans les DMÉ peuvent être utilisés si nous mettons de l'avant une approche d'amélioration continue de la qualité à l'image de l'Ontario. Si on veut faire avancer cette avenue, il faut le nommer clairement [...]. On ne le voit pas assez. » | 89 % |
| De « développer davantage [...] la responsabilité populationnelle dans le contexte des maladies chroniques, notamment son importance pour orienter les actions préventives et la planification des services au niveau régional » | 83 % |
| De développer davantage l'intégration des services | 83 % |



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

| Avis des experts | Taux d'accord |
|--|---------------|
| De « développer davantage [...] les approches qui favorisent les améliorations des comportements de santé (adoption et maintien à long terme) autres que l'entretien motivationnel » | 83 % |



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Exemples de stratégies concrètes

Pratiques d'intérêt

L'un des principaux défis associés à l'élaboration d'orientations pour les maladies chroniques en première ligne réside dans la mise en œuvre des propositions émanant des écrits. C'est dans ce contexte qu'une recension de pratiques québécoises actuelles⁶ a été effectuée. En effet, à partir de critères ciblés, le Comité d'orientation a pu identifier une variété de pratiques qui mettent en œuvre de manière optimale des stratégies concrètes pour prévenir et gérer les maladies chroniques au Québec, dans l'un ou l'autre des milieux suivants : groupe de médecine familiale (GMF), CLSC, Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO), cliniques privées, cliniques externes qui offrent des services de première ligne ou autre milieu de première ligne.

Avec un bassin fort varié de pratiques considérées, l'exercice a permis de cerner **huit stratégies fréquemment déployées sur le terrain** :

1. Offre décentralisée recourant à une variété de points de desserte
2. Ateliers de groupes
3. Stratification des services selon les besoins
4. Approches flexibles adaptées au patient
5. Optimisation des rôles professionnels
6. Approche interdisciplinaire
7. Maillage et partenariat communautaires
8. Suivis virtuels

Fait intéressant à noter, parmi les différentes pratiques recensées, l'une arrive à intégrer l'ensemble de ces stratégies, tandis que d'autres pratiques se concentrent sur la combinaison de quelques stratégies. **Trois des pratiques recensées intègrent un noyau similaire de stratégies**, à savoir les stratégies 1, 2, 4, 5 et 6.

Liens entre les pratiques et la recension des écrits

À divers degrés, les pratiques recensées viennent appuyer les constats ayant émergé de la recension des écrits en lien avec les tendances et grandes propositions exposées aux sections précédentes. Le tableau 3

⁶ Pour plus de détails concernant les résultats de la recension des pratiques effectuée dans le cadre du présent produit de courtage, voir l'annexe E.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Tableau 3 – Exemples d’opérationnalisation de certains éléments contenus dans les grandes propositions

| Dimension exploitée : Cette pratique est arrivée à... | Pratique recensée : Voir la pratique ⁷ ... |
|---|---|
| Établir un partenariat public privé | Centre d’expertise en maladies chroniques (CEMC) |
| Établir un partenariat patient-chercheur-décideur | Démarche intégrée en maladies chroniques |
| Établir un partenariat CISSS et municipalité | Clinique mobile en maladies chroniques |
| Créer des liens entre les GMF, le GACO et les services spécialisés | CEMC |
| Offrir des volets spécifiques aux différents niveaux de besoins (stratification) | Démarche intégrée en maladies chroniques |
| Travailler en gestion de cas | Gestion de cas réseau |
| | Démarche intégrée en maladies chroniques |
| Naviguer avec le soutien des pairs | Clinique pour personnes migrantes à statut précaire |
| Utiliser judicieusement les interventions de groupe | Agir sur sa santé |
| | Clinique mobile en maladies chroniques |
| | CEMC |
| Accompagner la personne et ses proches dans la localisation de ressources | Clinique pour personnes migrantes à statut précaire |
| | Question pour un pharmacien – Question pour un PRO |
| Soutenir l’engagement nouveau d’acteurs traditionnellement peu sollicités dans la gestion des maladies chroniques | CEMC - Rôle de la pharmacienne Projet Archimède |
| Évaluer systématiquement l’expérience patient et les apprentissages réalisés (inclusion de patients ayant quitté le programme; inclusion de données de performance organisationnelle; utilisation de CoMPAS+) | Clinique mobile en maladies chroniques |
| Évaluer systématiquement la qualité et la performance organisationnelle (utilisation de CoMPAS+, notamment) | CEMC |
| Renforcer l’action communautaire | Communautés favorables aux saines habitudes de vie |
| Tirer parti des technologies pour exploiter le pouvoir des soins axés sur la personne | Suivis virtuels en milieu de vie |
| Investir les technologies pour penser au-delà de l’environnement clinique | Question pour un pharmacien – Question pour un PRO |

Avis des experts sur la pertinence des pratiques

Les experts sondés ont été d’accord à 77 % avec les contenus de la section « Pratiques ». Pour ce qui est des liens entre les pratiques et la recension des écrits, le taux d’accord est de 72 %. Pour ces deux thématiques, plusieurs experts se

⁷ Les pratiques citées dans ce tableau sont présentées en détail à l’annexe E.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

disent « ni en accord, ni en désaccord » (18 % et 27 % respectivement) et très peu se disent en désaccord (5 %). Le tableau qui suit présente les avis formulés par les experts concernant cette section.

Tableau 4 – Avis des experts sur la section « Exemples de stratégies concrètes »

| Avis des experts | Taux d'accord |
|--|--|
| Pour la suite des travaux, les experts proposent : | |
| De s'assurer que ces pratiques soient présentées afin d'aider les gens à connaître des exemples concrets de stratégies pour opérationnaliser les principes retenus et qu'elles ne seront pas normatives, dans l'idée de promouvoir une implantation systématique de ces stratégies partout, dans tous les milieux | 78 % |
| D'identifier et d'inclure des pratiques qui : <ul style="list-style-type: none"> + Permettent une réelle intégration des services, incluant un maillage avec le milieu communautaire, mais aussi une action concertée (maillage avec la santé publique) tant en prévention/promotion qu'en curatif des multiples partenaires + Favorisent une utilisation optimisée des professionnels autres que les médecins + Existent en GMF « Plus il y en aura, plus les GMF pourront trouver un modèle qu'ils pourront répliquer. Les pharmacies communautaires doivent faire partie de l'équation tout comme les organismes communautaires. » + Favorisent la mise à contribution des pharmacies communautaires + Privilégient différentes utilisations des technologies « notamment pour améliorer les communications et la connaissance du patient » + Mettent en lumière les résultats plus favorables des approches adaptées au patient par rapport aux modèles de soins rigides + Soutiennent l'innovation | 100 % 100 % 94 % 94 % 89 % 89 % 78 % |

Facilitateurs et obstacles communs à plusieurs pratiques

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



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

FACILITATEURS

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

OBSTACLES

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

Avis des experts sur les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre

Les experts sondés ont été d'accord à 86 % avec les contenus visant les facilitateurs et obstacles et très peu se sont dits en désaccord (5 %). Certains participants ont suggéré d'ajouter des connaissances à cette section, provenant notamment de la littérature. D'autres participants ont souligné que, dans les écrits, la liste de ces facteurs est si vaste qu'il est pertinent de mettre l'accent sur les facteurs recensés lors de la description des innovations au Québec. La question suivante a donc été posée aux experts : « À votre avis, est-ce qu'il faut bonifier la liste des facilitateurs et des obstacles à partir des écrits ou centrer la suite des travaux sur ceux qui se présentent dans les pratiques recensées? » Les experts ont majoritairement répondu qu'il est préférable de centrer la suite des travaux sur les facilitateurs et obstacles qui se présentent dans les pratiques recensées au Québec.

Le tableau qui suit présente les avis formulés par les experts concernant la thématique des facilitateurs et obstacles.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Tableau 5 – Avis des experts sur la thématique « Facilitateurs et obstacles »

| Avis des experts | Taux d'accord |
|---|---------------|
| Pour la suite des travaux, les experts proposent de tenir compte des éléments facilitateurs suivants : | |
| L'utilisation des technologies pour faciliter les communications | 94 % |
| La mise à contribution de patients partenaires de tous les âges | 89 % |
| La mise en œuvre de projets novateurs de transformation des services | 78 % |
| Les politiques publiques en santé publique | 78 % |
| Pour la suite des travaux, les experts proposent de tenir compte des obstacles suivants : | |
| La difficulté d'inclure les clientèles orphelines | 83 % |
| Le manque d'intégration des services : « Les services qui ont tendance à travailler en silo. Aucun DMÉ commun, lacunes au niveau des communications entre les différents acteurs impliqués dans le continuum de soins de l'utilisateur, peu de collaboration entre les professionnels impliqués, dédoublement d'activités, etc. » | 83 % |
| Le sous-déploiement du travail interprofessionnel | 83 % |
| La gestion sous-optimale des grands consommateurs de services dans le RSSS | 78 % |
| Le manque de connaissance des rôles et champs d'expertise des professionnels autres que le médecin (surtout en lien avec le pharmacien) | 78 % |
| La nécessité d'une prescription médicale pour obtenir l'accès à certains services | 78 % |



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Partage des rôles entre acteurs

Réflexions de la DAOSPL

Afin de mettre en œuvre des pratiques optimales en prévention et en gestion des maladies chroniques, la DAOSPL-MSSS a saisi l'occasion créée par les travaux en cours pour émettre des pistes de réflexion préliminaires au sujet de la gouvernance et du partage des rôles entre acteurs⁸. Les réflexions actuelles de la DAOSPL-MSSS indiquent que la gouvernance doit, plus que jamais, se déployer dans un écosystème ouvert et transversal de coconstruction qui favorise l'adhésion et génère l'innovation. Le partage des rôles entre acteurs doit être réalisé en recherche de cohérence et de synergie entre les politiques et les actions des divers partenaires, ainsi que dans un souci d'intégration des services. Les pistes avancées actuellement par la DAOSPL-MSSS abordent des rôles et responsabilités pour le MSSS lui-même, pour les établissements, pour les équipes cliniques dans la prestation des soins ainsi que pour les usagers⁹ et leurs proches.

D'abord, les rôles et responsabilités proposés pour le **MSSS** lui-même sont liés à l'orientation du système et s'appuient sur la gouvernance comme un instrument de démocratie qui ne peut se réaliser que par l'implication des parties prenantes. Les buts poursuivis par le MSSS dans la mise en œuvre de son rôle en prévention et gestion des maladies chroniques sont d'optimiser la performance globale et d'assurer l'équité et le respect des valeurs sociales.

Ensuite, les rôles et responsabilités proposés pour les **établissements** visent l'actualisation de la responsabilité populationnelle, ainsi que la coordination et l'intégration d'un ensemble de services adaptés aux besoins locaux et présentant une valeur supérieure pour le patient. La proposition de la DAOSPL-MSSS aborde notamment le rôle complémentaire et essentiel de la santé publique à titre de source de connaissance sur l'état de santé des populations et l'importance d'actions intersectorielles concrètes pour le renforcement des capacités des communautés d'agir sur leurs conditions de vie et leur environnement. Par ailleurs, adoptant la vision d'une réponse aux maladies chroniques ancrée dans une première ligne performante, la DAOSPL-MSSS propose de mettre en place ou de consolider un mécanisme de coordination horizontale, mobilisant l'ensemble des directions pouvant contribuer aux mandats entourant la prévention et la gestion des maladies chroniques. Considérant les multiples directions impliquées en maladies chroniques, un mécanisme de coordination est perçu comme un élément facilitant la compréhension des besoins populationnels, l'adaptation des orientations ministérielles à la réalité territoriale et la mise en place de conditions de succès pour l'offre de services.

Les rôles et responsabilités des **équipes cliniques**, incluant les gestionnaires et intervenants en maladie chronique, visent à offrir des services alignés avec les besoins de l'utilisateur et des standards établis, incluant les approches en partenariat et le travail interprofessionnel et intersectoriel. Les équipes de prestation des soins doivent notamment planifier et coordonner les actions, outiller et soutenir les usagers, maintenir les compétences, mettre en œuvre des pratiques collaboratives et intégrer des principes d'approche réflexive et d'amélioration continue.

En cohérence avec les travaux du *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux* (2018), la DAOSPL-MSSS réitère l'importance du rôle et des responsabilités de

⁸ Pour plus de détails concernant le partage des rôles entre acteurs, voir l'annexe F.

⁹ Les experts seront consultés afin de statuer sur la désignation la plus appropriée entre « patient », « usagers » et « personnes atteintes ou personnes soignées ». Dans un souci d'harmonisation de ces publications, « usager » est utilisé pour la présente section.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

l'**usager** et de ses **proches**, notamment dans la dynamique de la décision partagée, ainsi que dans les contextes de gouvernance, d'organisation des soins et de services et d'amélioration continue de la qualité.

À partir de ces réflexions initiales et à la suite de la mise en œuvre de différents mécanismes de consultation, il sera possible d'esquisser un scénario envisageable de partage des rôles et responsabilités en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques pour différents types d'acteurs.

Avis des experts

Les experts sondés ont été d'accord à 86 % avec les contenus de la section « Partage des rôles » et très peu se sont dits en désaccord (5 %). Le tableau qui suit présente les avis formulés par les experts concernant cette section.

Tableau 6 – Avis des experts sur la section « Partage des rôles entre acteurs »

| Avis des experts | Taux d'accord |
|---|---------------|
| Pour la suite des travaux, les experts proposent d'ajouter ces rôles : | |
| MSSS : Proposer des modalités d'organisation de soins en première ligne pour accélérer le développement des meilleures pratiques | 89 % |
| MSSS : Faciliter l'accès aux données soutenant l'organisation des services | 83 % |
| ÉTABLISSEMENTS : En lien avec la responsabilité populationnelle, amener chaque établissement à offrir les services en fonction de sa population. Dans le cas de certaines régions, où les déterminants favorables à la bonne santé sont déficients et les risques des maladies chroniques sont élevés, l'établissement doit agir en amont et offrir des services équitables en fonction de l'état de santé de sa population | 89 % |
| USAGER : Placer l'usager au centre de la prise de décision et de la gestion (par exemple, comités d'usagers et de proches) | 83 % |
| Pour la suite des travaux, les experts proposent d'ajouter ces acteurs : | |
| Organismes communautaires et d'autres partenaires de la communauté ou les acteurs d'autres secteurs (écoles, etc.) | 94 % |
| Tous les professionnels de la santé pertinents à la prise en charge et la prévention des maladies chroniques par le mode de vie | 89 % |
| Divers acteurs externes au secteur sociosanitaire. Il faudra notamment souligner l'importance du rôle des municipalités et des ministères qui peuvent agir sur les déterminants de la santé | 83 % |
| Pour la suite des travaux, les experts proposent de plus : | |
| D'établir clairement la primauté du travail d'équipe dans la gestion et prévention des maladies chroniques, de manière à éviter que tout tourne autour du médecin | 94 % |
| De décrire des stratégies explicites d'intégration effective des patients dans le processus | 89 % |



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

| Avis des experts | Taux d'accord |
|---|---------------|
| De préciser les modalités organisationnelles optimales pour le fonctionnement des équipes de première ligne et pour les équipes spécialisées, ainsi que pour le maillage entre les deux lignes de service. On pense notamment aux modalités de coordination entre organisations, autres que celles liées aux systèmes d'information, pour assurer la continuité entre les équipes de soins de différents points de services. Ceci constitue l'un des plus grands enjeux de la réussite de toute la réflexion. | 89 % |
| D'identifier des modèles de bonnes pratiques dans lesquelles ce travail concerté a fait ses preuves | 83 % |



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Intégration des différentes composantes de la démarche par le comité d'orientation

Intégration des différentes connaissances

La recension des écrits et la recension des pratiques réalisées par le Consortium InterS4 ont permis l'intégration, par le comité d'orientation, d'un certain nombre de propositions pour nourrir les réflexions de la DAOSPL-MSSS qui actualisera les orientations ministérielles et définira les stratégies de mise en œuvre. Cette intégration peut être résumée comme suit :

1. Gérer de manière proactive les besoins liés aux maladies chroniques :

- Investir et prioriser, de manière systématique et concrète, en promotion de la santé et en prévention;
- Favoriser, dans les choix stratégiques et de gestion, les services de première ligne dans une perspective de pérennisation du RSSS;
- Réaliser ou poursuivre des analyses qui permettent de mieux comprendre l'ensemble des besoins populationnels liés aux maladies chroniques, au Québec et dans chacun des territoires, incluant l'agrégation de données permettant de capter les multimorbidités.

2. À la lumière des besoins liés aux maladies chroniques, bonifier les pratiques actuelles en lien avec les grandes tendances, valeurs, principes, axes et stratégies proposés par la recension des écrits :

- Réaliser une analyse des pratiques actuelles au Québec et dans chacun des territoires;
- Promouvoir et faciliter la contribution et la communication entre un ensemble coordonné d'acteurs variés;
- Identifier les forces à maintenir;
- Identifier les possibilités d'amélioration;
- S'inspirer des données probantes (tendances, valeurs, propositions, axes, stratégies et pratiques) pour bonifier les pratiques;
- Mettre en place ou poursuivre les stratégies d'amélioration continue, notamment liées à CoMPAS+.

3. Résoudre les difficultés d'accès en simultané à l'ensemble de l'information relative au patient et à ses soins :

- Assurer l'interopérabilité des différents systèmes mis à contribution dans l'ensemble du continuum de l'offre de services;
- Étendre et faciliter l'accès et l'échange des renseignements relatifs au patient à divers professionnels (par exemple, permettre aux infirmières des CLSC d'inscrire des notes dans le DMÉ ou de consulter des résultats d'analyses des plateaux diagnostiques);
- Faciliter l'échange d'information et le référencement entre les différents professionnels (par exemple, avec le pharmacien communautaire);
- Faciliter l'échange d'information et le référencement entre les différents secteurs (par exemple, de la 2^e ligne vers la 1^{re} ligne ou entre les CLSC et les GMF).

4. Renforcer, en continu, la promotion des services disponibles et l'arrimage entre les différentes offres de services :

- S'investir dans la diffusion d'initiatives existantes (par exemple, le répertoire interactif, les trajectoires qui incluent le référencement vers d'autres services, dont les services communautaires, etc.).



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

5. Mieux soutenir les intervenants en santé :

- Soutenir la santé mentale et physique des intervenants;
- Former les intervenants aux compétences spécifiques à la 1^{re} ligne et aux maladies chroniques, incluant la prévention et la prise en charge des multimorbidités, autant pour les aspects cliniques que pour le savoir-faire et le savoir-être (par exemple, les approches de non-jugement et de partenariat, axées sur les forces du patient, basées sur la science du soutien aux modifications des comportements de santé);
- Promouvoir la connaissance, la reconnaissance et l'exercice des pleins rôles des différentes professions, notamment;
- Développer la capacité des équipes au travail interdisciplinaire et intersectoriel;
- Permettre, dans l'organisation des soins et des organisations, la flexibilité nécessaire pour s'adapter aux besoins complexes ou inhabituels des patients.

6. Voir l'équipe, plutôt qu'un seul professionnel ou le médecin de famille, comme porte d'accès à l'offre de services :

- Implanter des trajectoires ou des algorithmes de référencement d'un professionnel à l'autre (par exemple, vers le pharmacien, l'infirmière, le nutritionniste, le kinésologue, le psychologue, le travailleur social, etc.);
- Actualiser la formule des inscriptions au médecin en GMF sous une forme qui se traduit plutôt par l'inscription auprès d'une équipe de soins et ajuster le financement en conséquence.

7. Continuer à miser sur les composantes gagnantes de la prévention et de la gestion des maladies chroniques :

- La prévention : miser encore davantage sur la prévention, et ce, de manière très concrète, par exemple, en prévoyant un échange systématique sur le sujet lors des rencontres entre intervenants de la santé et patients;
- Le partenariat patient : poursuivre le travail pour déployer et consolider cette approche, notamment en s'assurant d'offrir des formations appropriées aux professionnels concernés;
- La contribution de patients partenaires : poursuivre notamment la formation des acteurs concernés pour favoriser l'inclusion des patients partenaires, par exemple, dans les décisions de gestion et d'amélioration continue de l'offre de services en maladies chroniques;
- Les proches aidants : susciter la participation des proches aidants et soutenir ces derniers dans leur rôle auprès des personnes atteintes de maladies chroniques;
- La collaboration interprofessionnelle : multiplier les moments formels et informels d'échange entre les différents membres de l'équipe de soins.

Avis des experts

Les experts sondés ont été à 95 % d'accord avec les contenus de la section « Intégration des différentes composantes de la démarche par le comité d'orientation ». Le tableau qui suit présente les avis formulés par les experts concernant la section des propositions pour soutenir l'action de même que les avis formulés en réponse à la question : « En général, quelle est votre suggestion la plus importante à inclure dans le document ? »



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

Tableau 7 – Avis des experts sur la section « Pistes pour l'action »

| Avis des experts | Taux d'accord |
|---|---------------|
| Promotion et prévention – Pour la suite des travaux, les experts proposent : | |
| D'inclure dans les orientations des éléments pouvant favoriser l'engagement de la population dans l'adoption de saines habitudes de vie, dès l'enfance, par l'intermédiaire du système scolaire et par l'entremise de l'engagement d'acteurs variés | 94 % |
| De « 1) prévoir des actions qui interpellent d'autres acteurs qui peuvent agir sur les déterminants sociaux de la santé : exemple, sensibiliser ces acteurs sur ce qu'ils peuvent faire 2) les outiller : par exemple, évaluation d'impacts sur la santé 3) mettre en place des incitatifs pour encourager l'action sur les déterminants sociaux de santé et les collaborations intersectorielles » | 78 % |
| De reconnaître davantage l'importance de centrer les actions sur l'activité physique | 78 % |
| Patients – Pour la suite des travaux, les experts proposent : | |
| D'inclure davantage les proches aidants | 94 % |
| De renforcer davantage « l'autogestion de la maladie par le patient et ses proches » | 94 % |
| De renforcer davantage le pouvoir d'influence des patients et les mettre à contribution dans les processus d'amélioration continue et de gouvernance | 89 % |
| Offre de services – Pour la suite des travaux, les experts proposent : | |
| D'adapter l'offre de services à la clientèle orpheline | |
| De sortir de l'approche traditionnelle individuelle comme seule option afin de permettre un accès élargi et adapté | 89 % |
| De miser davantage sur la notion de continuum et d'arrimage entre tous les partenaires (santé publique; organismes communautaires; patients; intervenants, établissements, etc.) | 89 % |
| « D'identifier et protéger le budget d'opération de la maladie chronique en première ligne » | 89 % |
| D'insister sur l'importance et continuer à développer des mécanismes de coordination entre santé physique et santé mentale et mieux prendre en charge les déterminants sociaux de la santé | 78 % |
| D'éviter de mettre certains groupes de la population à l'écart, notamment lors de l'intégration de technologies | 78 % |
| Équipes de soins – Pour la suite des travaux, les experts proposent : | |
| D'insister davantage sur « l'importance de l'équipe diversifiée, incluant pharmaciens, kinésiothérapeutes, nutritionnistes, travailleuses sociales, psychologues, infirmière, IPSPL et médecins et incluant le patient lui- | 94 % |



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

| Avis des experts | Taux d'accord |
|---|-----------------------------|
| même et ses proches, pour répondre aux besoins et accompagner les modifications des comportements de santé » | |
| De « permettre aux patients en médecine de famille d'avoir accès aux infirmières sans le référencement d'un médecin de famille à la suite d'un diagnostic ou d'une demande de dépistage. Par exemple, une infirmière en médecine de famille devrait pouvoir offrir des activités de promotion de la santé aux patients ayant des facteurs de risques de MC sans référencement d'un médecin de famille » | 94 % |
| D'insister davantage sur l'importance de maximiser les champs d'exercice des professionnels et d'assurer une réelle mise à contribution optimale de ces professionnels dans le RSSS (en GMF notamment) dans la prévention et la gestion des maladies chroniques : « Faire intervenir davantage les autres professionnels et éviter que tout tourne autour du médecin dans la prévention et la gestion des maladies chroniques. » | 89 % |
| Données probantes et amélioration continue – Pour la suite des travaux, les experts proposent : | |
| De mettre les GMF à contribution dans l'amélioration des pratiques, dans l'identification des cibles de clientèles et dans les processus d'amélioration continue | 94 % |
| De recommander clairement de favoriser « l'accès aux données pour les décideurs et les cliniciens permettant d'appuyer les décisions et les interventions sur des faits » | 89 % |
| De « miser sur l'amélioration continue de la qualité en mesurant certains indicateurs en maladies chroniques (INESSS) » | 89 % |
| De s'appuyer sur les <i>patient-reported-experience-measures</i> et <i>patient-reported-outcomes-measures</i> pour de meilleures décisions aux niveaux clinique et organisationnel afin de mieux répondre aux besoins des patients | 78 % |
| Planification – Pour la suite des travaux, les experts proposent : | |
| De créer une « feuille de route » claire qui décrit comment mettre en œuvre ces propositions, notamment sur la question des aspects qui présentent la plus grande probabilité de gains rapides et sur quelles dimensions il est possible de travailler en collaboration avec d'autres secteurs en dehors des maladies chroniques. Bref, par quoi commencer? Quel domaine est susceptible d'avoir le plus grand impact? Et dans quel délai doit-on y arriver ? | 78 % (11 % en désaccord) |



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

CONCLUSION

[En tant que patiente,] peu à peu, j'ai demandé à mon équipe soignante de m'impliquer davantage dans les discussions et les prises de décision. Ensemble, nous avons construit mon plan de soins et je leur ai fait part de mon plan de vie. Tout cela a amené une ouverture, une meilleure communication, en plus de me permettre de me sentir impliquée dans l'ensemble du processus, comme si j'avais repris un certain contrôle sur ma vie. Surtout, cela m'a grandement aidée à adhérer à mes plans de traitements, à me sortir d'épisodes sombres successifs et à sentir que je pouvais penser à un plan de vie se conjuguant au futur, chose que je n'aurais jamais osé faire auparavant.

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

Ensemble. Construire. Plan de soins. Plan de vie. Du témoignage qui précède se dégagent déjà les clés essentielles à l'opérationnalisation des actions nécessaires à la prévention et à la gestion des maladies chroniques. De même, au terme des travaux de recension des écrits, des pratiques et des opinions d'experts menés par le Consortium InterS4, le produit de courtage de connaissances *Oser l'autonomisation et l'intégration à l'ère numérique* conclut, à l'instar d'un expert consulté, que « **les recettes [favorisant la prévention et la gestion des maladies chroniques] sont connues et fonctionnent**. Il faut [les] mettre en application [et] que tous se mettent en action ».

« Les recettes [favorisant la prévention et la gestion des maladies chroniques] sont connues et fonctionnent. »

Dans le contexte du vieillissement de la population, le défi de l'évolution prévisible – accroissement du nombre de personnes touchées, diversification des atteintes chroniques physiques, mentales et cognitives et une certaine « normalisation » de la multimorbidité – des maladies chroniques appelle, au Québec comme ailleurs, à un changement de paradigme. En effet, comme l'illustre un autre expert, l'heure est venue « de bâtir avec la population un nouveau modèle de société basé sur la **promotion de la santé pour tous [plutôt que sur la] gestion de la maladie [pour certains]** ». Dans une telle vision, les stratégies primordiales de l'autogestion et de l'autonomisation s'adressent autant – voire même davantage – à une population en santé qu'à une population souffrant de maladies chroniques. Et, dans une telle vision, la stratégie non moins primordiale de la communication doit prendre appui sur un **plan d'action sociétal** qui « [vise] haut, oui, mais [qui] demeure atteignable » et dont « le message et le contenu [sont largement diffusés et] adaptés [aux différents publics cibles].



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

L'heure est venue « de bâtir avec la population un nouveau modèle de société basé sur la promotion de la santé pour tous [plutôt que sur la] gestion de la maladie [pour certains]. »

Un tel paradigme impliquera sans doute de choisir. De faire ceci avant cela ou ceci plutôt que cela. Parce que les enjeux sont grands et que les bonnes ressources doivent être judicieusement mobilisées à la création d'une offre de services homogène et coordonnée qui soit, d'abord et avant tout, porteuse de sens pour la population. À ce chapitre, il est permis d'observer que les pratiques les plus porteuses misent sur une **véritable intégration du continuum** en faisant une large place à une collaboration interprofessionnelle et intersectorielle accrue et à un réel partenariat avec le patient.

Pour arriver à implanter et à pérenniser de telles pratiques, chacun doit pouvoir jouer son rôle au moment opportun, enrichi de la contribution spécifique de chacun des autres membres de cette vaste équipe de soins, et disposer de toutes les clés nécessaires – **savoirs, savoir-faire, vivre-ensemble interdisciplinaire et champs de pratiques optimisés** – pour ce faire. C'est ainsi que les différentes propositions contenues dans *Oser l'autonomisation et l'intégration à l'ère numérique* militent en faveur d'une création de la santé prenant de plus en plus **ancrage dans la communauté**, invitant les organisations de santé à s'associer et à coordonner leurs actions avec les autres parties prenantes engagées dans la vie et la communauté du patient, tel que le préconisent les approches systémiques ou écologiques de santé.

[...] chacun [des partenaires de cette intégration] doit pouvoir jouer son rôle au moment opportun [...] et disposer de toutes les clés nécessaires – savoirs, savoir-faire, vivre-ensemble interdisciplinaire et champs de pratiques optimisés – pour ce faire.

En parallèle, le processus même d'élaboration des orientations ministérielles doit pouvoir s'articuler avec l'apport des **tendances** les plus **structurantes de l'ère numérique**. Écrits, pratiques et experts convergent quant à la nécessité de créer les conditions propices aux transitions majeures que sont l'intégration et le soutien mutuel bien dosés des approches traditionnelles et de télésanté ainsi que l'amélioration de la fluidité et de la disponibilité des données patient. C'est ainsi qu'au-delà des souhaitables interopérabilité des systèmes avec le DMÉ et retour d'information de la part des spécialistes des deuxième et troisième lignes vers les intervenants de première ligne, il convient d'accompagner les patients et leur communauté élargie (proches et organismes communautaires, notamment) dans la mise en place des conditions minimales (littératie numérique et accès Internet) de déploiement technologique.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

[...] le processus même d'élaboration d'orientations ministérielles doit pouvoir s'articuler avec l'apport des tendances les plus structurantes de l'ère numérique.

Enfin, les experts consultés insistent, de façon quasi unanime, pour inscrire comme préoccupation première à une prévention et à une gestion améliorées de la maladie chronique la nécessité de « **décrire davantage les modalités organisationnelles permettant d'actualiser les propositions au sein du système de santé québécois** ». On souhaite ainsi favoriser l'ancrage des nouvelles orientations nationales dans des **actions concrètes** qui seront à la portée d'un RSSS aux enjeux de main-d'œuvre en pleine mutation.

[La] préoccupation première [des experts pour favoriser] une prévention et une gestion améliorées de la maladie chronique [réside] dans la nécessité de [...] favoriser l'ancrage des nouvelles orientations nationales dans des actions concrètes qui seront à la portée d'un RSSS aux enjeux de main-d'œuvre en pleine mutation.

Ce souhait des experts pour des actions concrètes vise à créer les conditions propices à la production **résultats tangibles** à moyen et long terme, notamment à la faveur d'un **accompagnement approprié** d'une population vieillissante appelée à une mobilisation sans précédent dans un **partenariat renouvelé**, tel qu'évoqué ci-dessous.

C'est à partir [du moment où l'équipe soignante m'a incluse dans les discussions et les prises de décision concernant ma santé] que j'ai compris que je pouvais jouer un rôle dans le continuum et la qualité de mes soins. Que je n'étais pas un simple spectateur, mais que j'avais plutôt le rôle principal du grand théâtre de ma vie.

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



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

BIBLIOGRAPHIE

L'ensemble des travaux repose sur la liste des références qui suivent.

- 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). Vision et mission de l'Association canadienne de santé publique (ACSP). Retrieved from <https://www.cpha.ca/fr/vision-et-mission>
- Agence de la santé publique du Canada (2014). "Fiche d'information - Établir les connexions: Mieux comprendre les affections neurologiques au Canada." from <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/maladies-neurologiques/fiche-information-etablir-connexions-mieux-comprendre-affections-neurologiques-canada.html>.
- Agence de la santé publique du Canada (2016). "Affections neurologiques." from <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/maladies-chroniques/neurological-conditions/>.
- Agence de la santé publique du Canada (2016). Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures, statistiques rapides, édition 2016. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. Recherche, politique et pratiques, Gouvernement du Canada. 36.
- Agence de la santé publique du Canada (2020). La polyarthrite rhumatoïde au Canada, Gouvernement du Canada: 6.
- 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*.
- Arsenault, B., et al. (2019). Prévalence de l'obésité abdominale et évolution du tour de taille mesuré chez les adultes québécois. INSPQ, Gouvernement du Québec.
- Australian Health Ministers' Advisory Council. (2017). National Strategic Framework for Chronic Conditions. Retrieved from Canberra, Australia
- Association pulmonaire du Québec (2021). "Asthme." from <https://poumonquebec.ca/maladies/asthme/>.
- 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.
- Beaudoin, C., Jean, S., Gamache, P., Morin, S. N., Brown, J. P., Bessette, L., & Institut national de santé publique du Québec. Bureau d'information et d'études en santé des, p. (2019). Surveillance de l'ostéoporose au Québec: prévalence et incidence (Vol. Numéro 27). Institut national de santé publique du Québec. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/9782550843641.pdf>
- Benaskeur, Y.-I. "Prise de position d'IFMSA-Québec: Enjeux de santé publique chez les enfants."
- 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.
- Bergeron, P., et al. (2020). COVID-19: la résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être. D. d. d. i. e. d. communautés. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Gouvernement du Québec: 19.
- Birwhistle, R., et al. (2019). "Recommandation sur le dépistage de la dysfonction thyroïdienne en soins primaires chez l'adulte." *CMAJ*: 8.
- 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
- Bitera, R., et al. (2019). Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec: rapport annuel 2018. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Gouvernement du Québec: 39.
- Blais, C., et al. (2015). Prevalence of Hypertension in Québec: A comparison of Health administrative Data and Survey Data. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Gouvernement du Québec: 10.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

- Blais, C., et al. (2014). "Le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), une approche novatrice." *Mal Chron Blessures Can* 34: 247-256.
- Blais, C. and L. Rochette (2018). *Portrait de l'ensemble des maladies vasculaires au Québec: prévalence, incidence et mortalité*. Bureau d'information et d'études en santé des populations. (BIESP). Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Gouvernement du Québec: 19.
- Blouin, C. (2016). *Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec: les coûts liés à la consommation de médicaments et à l'invalidité*. Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec.
- 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.
- Brady, S. R. (2015). "Utilizing and adapting the Delphi method for use in qualitative research." *International Journal of Qualitative Methods* 14(5): 1609406915621381.
- Brenner, D. R., et al. (2020). "Projected estimates of cancer in Canada in 2020." *CMAJ* 192(9): 7.
- Bronfenbrenner, U. (1992). *Ecological systems theory*, Jessica Kingsley Publishers.
- 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
- Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) (2020). "Diabète." *Santéscope*. from <https://www.inspq.qc.ca/santescope/syntheses/diabete>.
- Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) (2020). "Incidence du cancer." *Santéscope*. from <https://www.inspq.qc.ca/santescope/syntheses/incidence-du-cancer>.
- Campbell, F., et al. (2019). *La douleur chronique au Canada : jeter les bases d'un programme d'action*. S. Canada, Gouvernement du Canada: 56.
- Canadian Academy of Health Sciences. (2017). *Review of Chronic Care*. Retrieved from Western University, London, Canada:
- Asthma Canada. (2021). "Understanding asthma." from <https://asthma.ca/get-help/understanding-asthma/>.
- Canadian Digestive Health Foundation (2021). "Ulcère Peptique." from <https://cdhf.ca/fr/digestive-disorders/ulcere-peptique/quels-sont-les-ulceres-peptiques/>.
- Chaire de recherche du Canada sur la condition autochtone comparée (2017). *Carence en fer et anémie Enquête de santé auprès des Inuit du Nunavik*, Université Laval: 2.
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2017). *La prévention et la gestion des maladies chroniques: un DÉFI RENOUVELÉ pour le réseau montréalais, Modèle montréalais et plan d'action 2016-2021*, Gouvernement du Québec: 104.
- 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 Montigny, C. (2021). "Identification des sous-groupes d'individus les plus à risque de mortalité chez les cas confirmés de la COVID-19 au Québec."
- Diabète Québec (2018). "L'hyperglycémie." from <https://www.diabete.qc.ca/fr/vivre-avec-le-diabete/soins-et-traitements/hypoglycemie-et-hyperglycemie/lhyperglycemie/>



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

- De Rosis, 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.
- Ekionea, J. B., et al. (2011). "Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances." *Recherches qualitatives* 29(3): 168-192.
- 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.
- Fondation canadienne du foie (2021). "Maladies du foie." from <https://www.liver.ca/fr/patients-caregivers/liver-diseases/>.
- 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
- Gaulin, M., et al. (2020). L'effet combiné de la multimorbidité et des troubles mentaux sur les admissions fréquentes à l'urgence chez les adultes québécois. B. d. i. e. d. é. e. s. d. p. (BIESP). Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec: 11.
- Gosselin, E., et al. (2020). "Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois entre 2000 et 2016."
- 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 (2017). "Cadre de qualité des données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec, Rapport méthodologique." 29 pp.
- INSPQ. (2010). Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique. 20 pp.
- INSPQ (2021). "Anémie." Mieux vivre avec votre enfant de la naissance à deux ans. from <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/alimentation/les-problemes-lies-l-alimentation/anemie>.
- INSPQ (2021). "Conditions médicales préexistantes et COVID-19." from <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/conditions-medicales-preexistantes>
- Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (2021). "Cholestérol." from <https://pwc.ottawaheart.ca/fr/educatives/education-en-sante-cardiaque/les-facteurs-de-risque/hypercholesterolemie>.
- 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



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

- 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.
- Lasnier, B. (2021). "Info Tabac." *Statistiques*. from <https://info-tabac.ca/statistiques/>.
- 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
- Lewiss, J. L. (2020). "Équilibre électrolytique." from <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-hormonaux-et-m%C3%A9taboliques/%C3%A9quilibre-%C3%A9lectrolytique>.
- 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>
- Mbuya-Bienge, C., et al. (2019). Multimorbidité: les enjeux liés à la surveillance populationnelle, Institut national de santé publique du Québec.
- 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*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). Rapport du directeur national de santé publique 2016 - La santé de la population: portrait d'une richesse collective, Gouvernement du Québec: 96.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). "Situation dans les réseaux territoriaux de services (RTS) La santé de la population, portrait d'une richesse collective." from https://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/rapport-dnsp/index.php?choixEtab%5B%5D=6&choixSujet%5B%5D=10&choixSujet%5B%5D=12&bt_soumettre=Afficher+les+donn%C3%A9es.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). "L'activité physique en quelques chiffres." from <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/flash-surveillance/activite-physique-en-quelques-chiffres/#:~:text=L%27activit%C3%A9%20physique%20en%20quelques%20chiffres%201%20Chaque%20jour%2C,jour%2C%20comperte%20des%20b%C3%A9n%C3%A9fices%20additionnels%20pour%20la%20sant%C3%A9>.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

- Montreuil, A., et al. (2021). Tabagisme au Québec pendant la pandémie et interventions de renoncement au tabac. Direction du développement des individus et des communautés. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Gouvernement du Québec: 11.
- 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.
- MSSS (2012). "Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion." 25 pp.
- MSSS (2012). "Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physique en première ligne." 28 pp.
- Munerol, L., Cambon, L., & Alla, F. (2013). Le courtage en connaissances, définition et mise en œuvre : une revue de la littérature. [Knowledge Brokering: Definition and Application Based on a Review of the Literature]. Sante Publique, 25(5), 587-597. doi:10.3917/spub.135.0587
- 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. (2013). Note d'orientation—Prévention des maladies chroniques: conception et mise en œuvre de politiques efficaces. Geneve (CH): Organisation mondiale de la Santé.
- 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).
- OMS (2018). "Maladies non transmissibles." Retrieved 15 août 2021, from <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- OMS (2020). La lutte contre les maladies non transmissibles pendant et après la pandémie de COVID-19. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Ouali, A., et al. (2021). "Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois atteints de la maladie pulmonaire obstructive chronique entre 2000 et 2015."
- 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



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

- PartenaireSanté Québec (2021). "Maladies du rein." from <https://partenairesante.quebec/impact/hier-et-aujourd'hui/maladies-du-rein>.
- 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>
- Regnaud, J.-P., et al. (2009). "Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation." *Kinésithérapie, la revue* 9(94): 55-61.
- 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., Chiocchio, F., Litvak, É., Champagne, F., & Beudet, 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.
- Sanchez Schicharew, K., et al. (2020). Prise de position sur les maladies non-transmissibles Position officielle d'IFMSA-Québec. Colloque de santé mondiale 2020 Menaces émergentes en santé une perspective socio-économique: 9.
- 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. [https://www.longwoods.com/prod_Alberta's_Systems_Approach_to_Chronic_Disease_Management_and_Preventio\(longwoods.com\)uct/21106](https://www.longwoods.com/prod_Alberta's_Systems_Approach_to_Chronic_Disease_Management_and_Preventio(longwoods.com)uct/21106)
- Santé Canada, (2017). Guide de planification de l'application des connaissances. 34 pp.
- Sardi, L., Idri, A., & Fernández-Alemán, J. L. (2017). A systematic review of gamification in e-Health. *Journal of biomedical informatics*, 71, 31-48.
- Shelton, K. and K. A. Creghan (2015). Demystifying the Delphi method. *Research methods: Concepts, methodologies, tools, and applications*, IGI Global: 84-104.
- Simard, M., et al. (2019). La prévalence de la multimorbidité au Québec: portrait pour l'année 2016-2017, Institut national de santé publique du Québec.
- 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
- Société canadienne du cancer (2021). "Vue d'ensemble des statistiques sur le cancer." from <https://cancer.ca/fr/research/cancer-statistics/cancer-statistics-at-a-glance>.
- 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
- 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.



Propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques

- UNFPA (2012). "Vieillir au vingt-et-unième siècle : Une victoire et un défi." 7 pp.
- 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.
- Wagner, E. H. (2019). "Organizing care for patients with chronic illness revisited." *The Milbank Quarterly* 97(3): 659.
- Wagner, E. H., et al. (1996). "Organizing care for patients with chronic illness." *The Milbank Quarterly*: 511-544.
- 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