



CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX

LES TÊTE-À-TÊTE INTERS4



45 minutes pour en savoir plus sur ...

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

France C. Fleury, InterS4 et Dr Réal Barrette, MSSS

13 et 14 décembre 2022

Un levier de mobilisation des meilleures connaissances !

PLAN DE PRÉSENTATION

Au programme aujourd'hui

1. Objectifs de la rencontre
2. Présentateurs
3. Mise en contexte
4. Messages clés
5. Méthode
6. Précisions sur le format
7. Perspectives pour la mise en œuvre

- i. Voir la maladie chronique dans son **contexte large**
- ii. Viser une **approche intégrée** sur tout le continuum des soins et des services, au-delà des limites de l'environnement clinique
- iii. Miser largement sur la **prévention** et l'adoption de saines habitudes de vies
- iv. Susciter et soutenir l'**engagement des personnes** et des proches aidants à titre d'experts de leur propre santé
- v. Favoriser la mise à contribution d'**équipes pluridisciplinaires** qui travaillent en collaboration où les membres exercent les pleins rôles de leurs professions
- vi. Offrir l'**apport technologique** adéquat pour soutenir la collaboration interprofessionnelle et l'intégration des soins et services

1. OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

- Prendre connaissance des meilleures connaissances tirées d'écrits, de pratiques et d'avis d'experts pour la prévention et la gestion des maladies chroniques
- Apprécier la méthode formelle en courtage de connaissances qui a permis de capter ces connaissances
- Être instruit des composantes du Sommaire et des Annexes
- Entendre les perspectives sur la mise en œuvre des meilleures connaissances

2. PRÉSENTATEURS

France C. Fleury, Consortium InterS4

- Coordonnateur
- Document réalisé par l'équipe d'InterS4 sous la direction d'Emmanuelle Jean, Ph. D.
 - Isabel Bastille
 - Élise Bolduc
 - Monique Bourget

Dr Réal Barrette, MSSS

- Médecin-conseil, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
- Responsable du Comité d'orientation des travaux (membres listés à la diapo suivante)

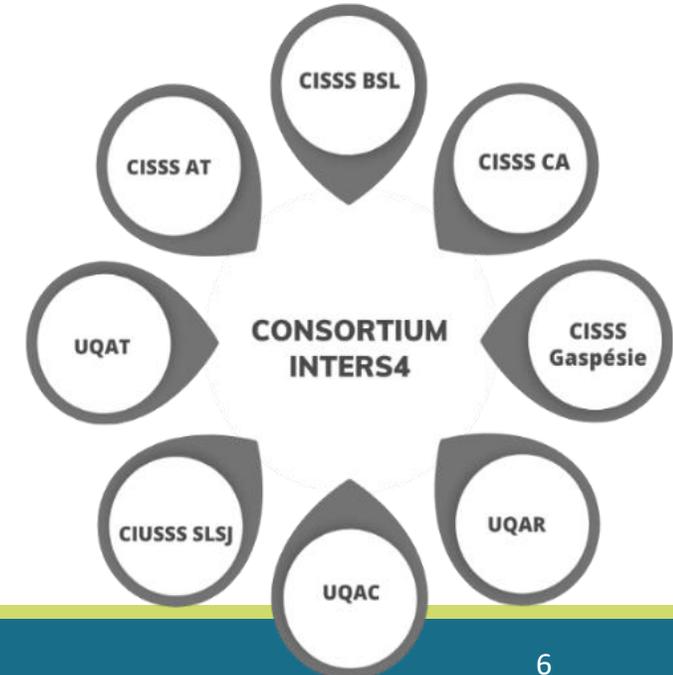
Comité d'orientation pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne

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

Consortium InterS4

- **Quoi ?** Un partenariat qui rassemble des membres vivant des réalités communes autour d'une plateforme de **courtage de connaissances**
- **Pourquoi ?** Pour mutualiser nos efforts, mieux accéder aux meilleures connaissances et ultimement améliorer les soins et les services à la population vivant en région
- **Comment ?** En soutenant la mobilisation, le développement et l'appropriation des meilleurs savoirs fondés sur les preuves scientifiques et expérientielles à l'aide d'une offre de service concrète en courtage de connaissances

Méthode structurée et efficace pour identifier les meilleures connaissances afin de soutenir la prise de décision

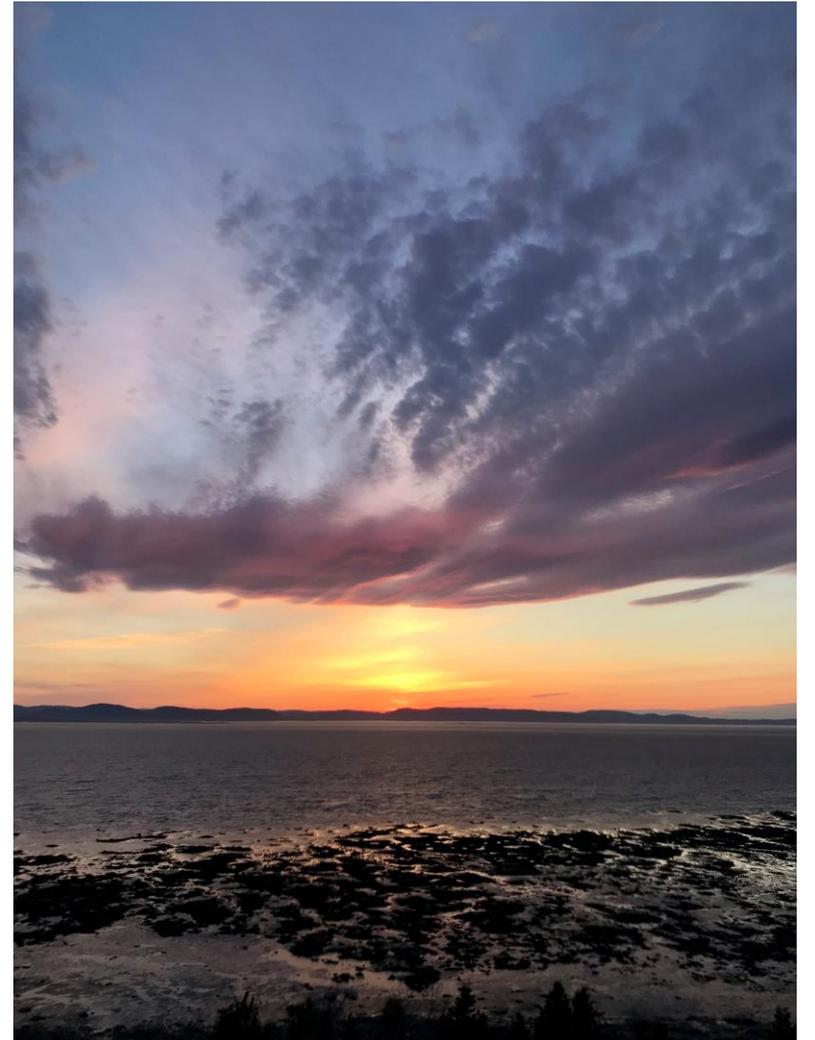


À QUOI POUVEZ-VOUS VOUS ATTENDRE ?

CE QUE C'EST	CE QUE CE N'EST PAS
<ul style="list-style-type: none"> → Des propositions qui sont formulées dans le but d'inspirer les réflexions d'amélioration 	<ul style="list-style-type: none"> → Un document de remplacement du Cadre de référence de 2012 → Une proposition d'opérationnalisation, de plan de mise en œuvre ou de déploiement
<ul style="list-style-type: none"> → Des propositions qui s'appliquent à un ensemble vaste de conditions et de maladies chroniques, afin de doter les différents groupes d'une base commune de réflexion favorisant la cohésion des différents travaux 	<ul style="list-style-type: none"> → Des recommandations cliniques spécifiques à une condition de santé ou à une maladie chronique
<ul style="list-style-type: none"> → Une recension des grandes tendances qui émergent des écrits qui traitent de la prise en charge d'un ensemble de maladies chroniques 	<ul style="list-style-type: none"> → Les résultats d'une recension systématique de l'ensemble des écrits. Les paramètres du mandat de courtage ont incité à opérer certains choix stratégiques
<ul style="list-style-type: none"> → Un recueil d'exemples de pratiques actuelles québécoises, sources d'inspiration 	<ul style="list-style-type: none"> → Un inventaire exhaustif des pratiques intéressantes en cours actuellement au Québec ou à l'international

3. MISE EN CONTEXTE

- Objectifs et mandat
- Questions et livrables souhaités



OBJECTIFS ET MANDAT

La Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne souhaite...

- Actualiser les orientations ministérielles produites en 2012
- 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

Pour y parvenir, le mandat formulé au Consortium vise à...

- Synthétiser les meilleures connaissances provenant d'écrits, de pratiques québécoises et d'avis d'experts dans un format qui permet l'actualisation des orientations mais aussi l'identification de stratégies concrètes efficaces applicables au Québec

QUESTIONS ET LIVRABLES SOUHAITÉS

Questions

1. Quel est le **portrait** actuel des maladies chroniques ?
2. Quels sont les **principes directeurs** et les **axes d'intervention** qui guident l'intervention dans le domaine des maladies chroniques ?
3. Quels sont les programmes et les **actions prioritaires** ?
4. 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 ?
5. Quelles **valeurs** convient-il d'associer aux différentes actions de prévention et de gestion des maladies chroniques?

Livrables

- Recension des écrits récents, scientifiques et gris
- Recension de pratiques québécoises
- Consensus d'avis d'experts
- Synthèse intégrative des meilleures connaissances captées

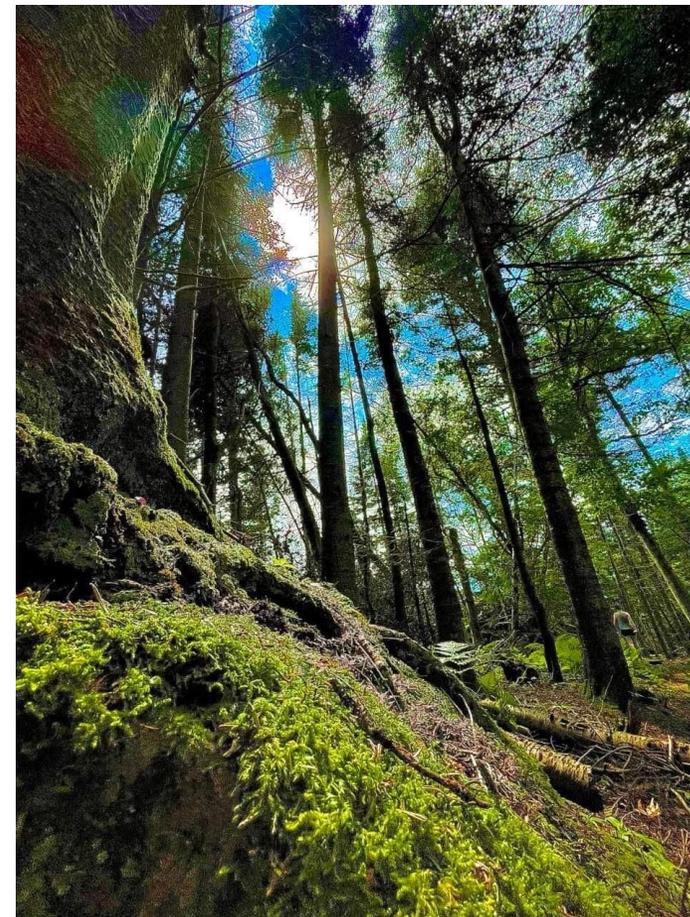
4. MESSAGES CLÉS

La synthèse intègre les différentes connaissances consultées pour répondre au mandat formulé.

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.

Ainsi, pour accroître l'efficacité de la prévention et de la gestion des maladies chroniques, il faut ...



i. 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

i. VOIR LA MALADIE CHRONIQUE DANS SON CONTEXTE LARGE (SUITE)

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**

ii. VISER UNE APPROCHE INTÉGRÉE SUR TOUT LE CONTINUUM, 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
 - Des valeurs associées à **l'offre de services** : qualité, viabilité, efficience, 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'utilisateur 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 des 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

ii. VISER UNE APPROCHE INTÉGRÉE SUR TOUT LE CONTINUUM, AU-DELÀ DES LIMITES DE L'ENVIRONNEMENT CLINIQUE (SUITE)

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

iii. 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**

iv. 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

V. FAVORISER LA MISE À CONTRIBUTION D'ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES

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, kinésithérapeutes, nutritionnistes, travailleuses sociales, psychologues et IPSPL
18. Susciter une action plus concertée avec la santé publique
19. Favoriser la contribution accrue des pharmaciens communautaires

vi. OFFRIR L'APPORT TECHNOLOGIQUE ADÉQUAT POUR SOUTENIR LA COLLABORATION 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

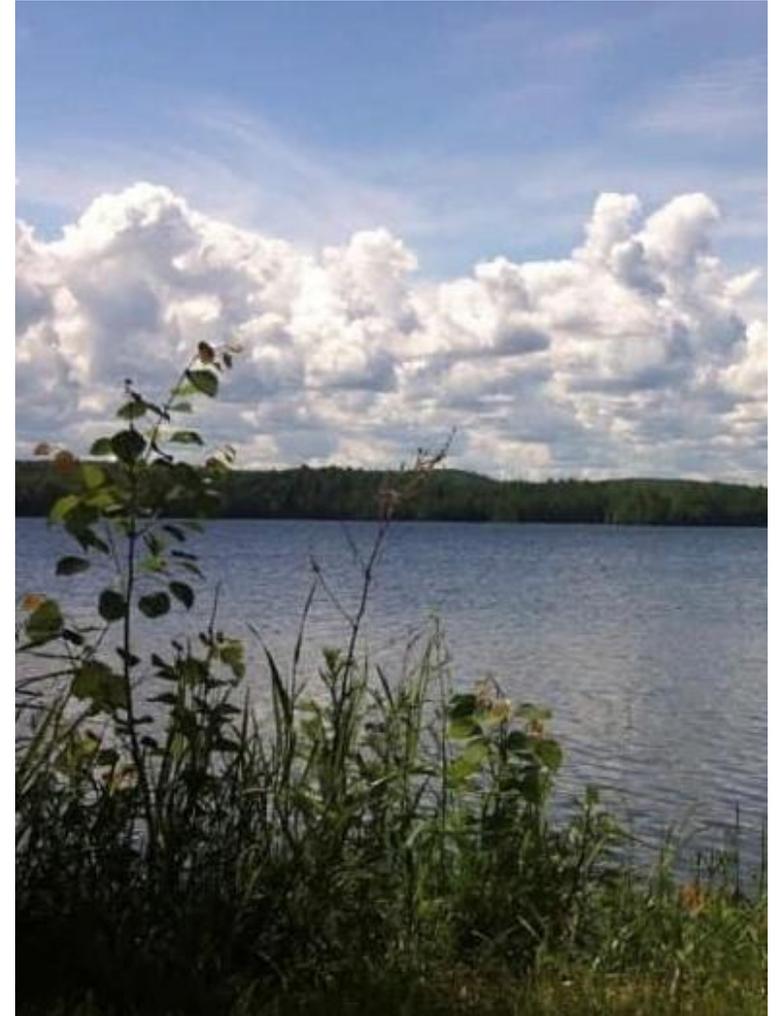
21. Assurer l'**interopérabilité** des différents systèmes mis à contribution dans l'ensemble du continuum de l'offre de services

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

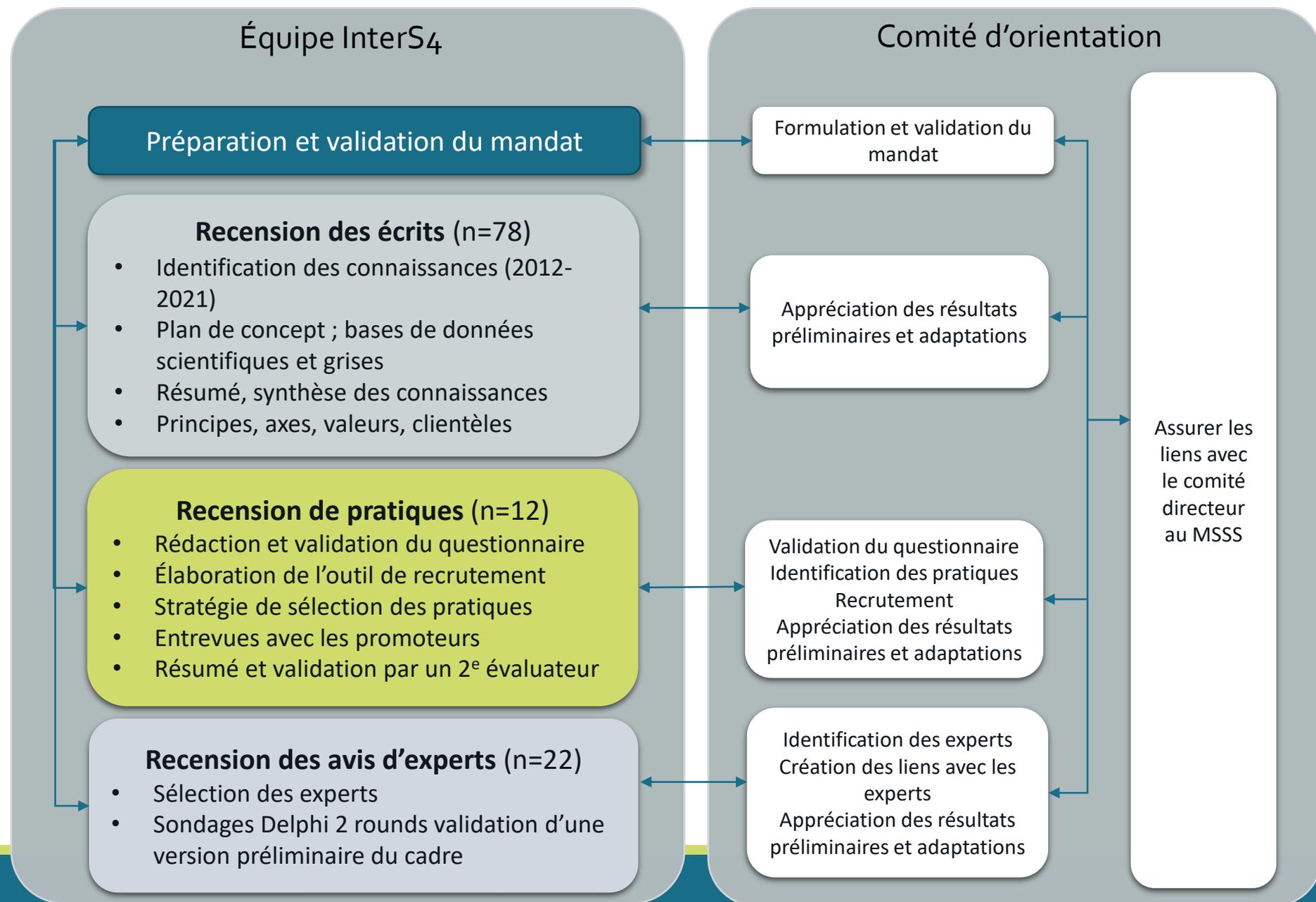
23. Adopter les **suivis en mode virtuel**

5. MÉTHODE

- Démarche générale et rôles respectifs
- Recension des écrits
- Résumés de pratiques
- Recension d'avis d'experts



Démarche générale et rôles respectifs



RÉSUMÉS DE PRATIQUES (SUITE)

Pratiques	Territoire
1. Gestion de cas usagers effectuant de multiples visites à l'urgence	CISSS Montérégie-Est
2. Suivis virtuels en milieux de vie	CISSS Montérégie-Ouest
3. Agir sur sa santé	CIUSSS de l'Estrie
4. CEMC (Centre d'expertise en maladies chroniques)	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
5. Rôle de la pharmacienne au CEMC	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
6. Clinique mobile en maladies chroniques	CISSS de la Gaspésie
7. Les usagers en MC au sein de communautés favorables aux saines habitudes de vie	CISSS du Bas-Saint-Laurent
8. Gestion multidisciplinaire de la douleur chronique	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
9. Question pour un pharmacien	Province de Québec
10. Projet Archimède	CIUSSS de la Capitale-Nationale
11. Démarche intégrée en maladies chroniques: la force du partenariat Patient-Chercheur-Décideur	GMF et GMF-U du CIUSSS du SLSJ
12. Clinique pour personnes migrantes à statut précaire	Province de Québec

RECENSION DES AVIS D'EXPERTS (SUITE)

Qui sont-ils ?

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

RECENSION DES AVIS D'EXPERTS (SUITE)

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 – Chercheure 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

6. PRÉCISIONS SUR LE FORMAT



[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 | Bibliothèque | Consortium Inter S4 \(uqar.ca\)](#)



[InterS4_Novembre2022_InfographieMC population.pdf \(uqar.ca\)](#)

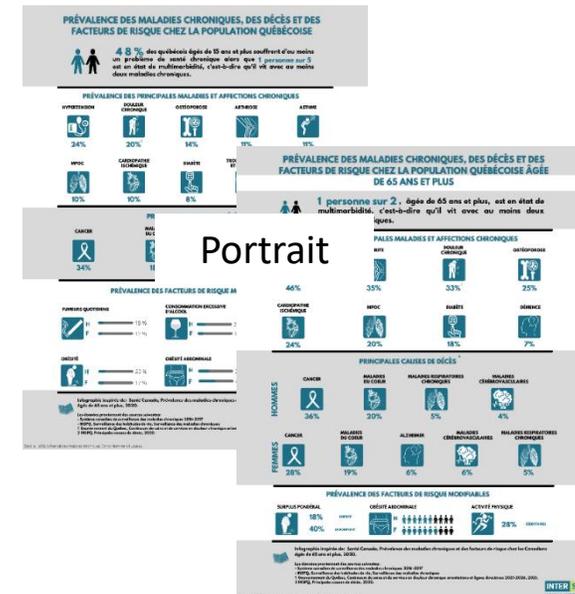


TABLE DES MATIÈRES DU SOMMAIRE

- Préface
- Avant-propos
- Messages clés
- À qui s'adresse le produit de courtage ?
- Pourquoi des propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques ?
- Comment avons-nous procédé ?
- Résumé des connaissances
 - Portrait des maladies chroniques
 - Valeurs pour l'organisation des services
 - Grandes tendances et propositions pour l'organisation des services
 - Exemples de stratégies concrètes
 - Partage des rôles entre acteurs
 - Pistes pour l'action
- Conclusion
- Bibliographie

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE	TITRE
A	MISE EN CONTEXTE ET MÉTHODE
B	DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE ET DES CLIENTÈLES TOUCHÉES
C	VALEURS ASSOCIÉES AUX MALADIES CHRONIQUES
D	TENDANCES, PROPOSITIONS ET GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION
E	EXEMPLES DE STRATÉGIES CONCRÈTES
F	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS ENTRE ACTEURS
G	RÉSUMÉ DES ÉCRITS CONSULTÉS

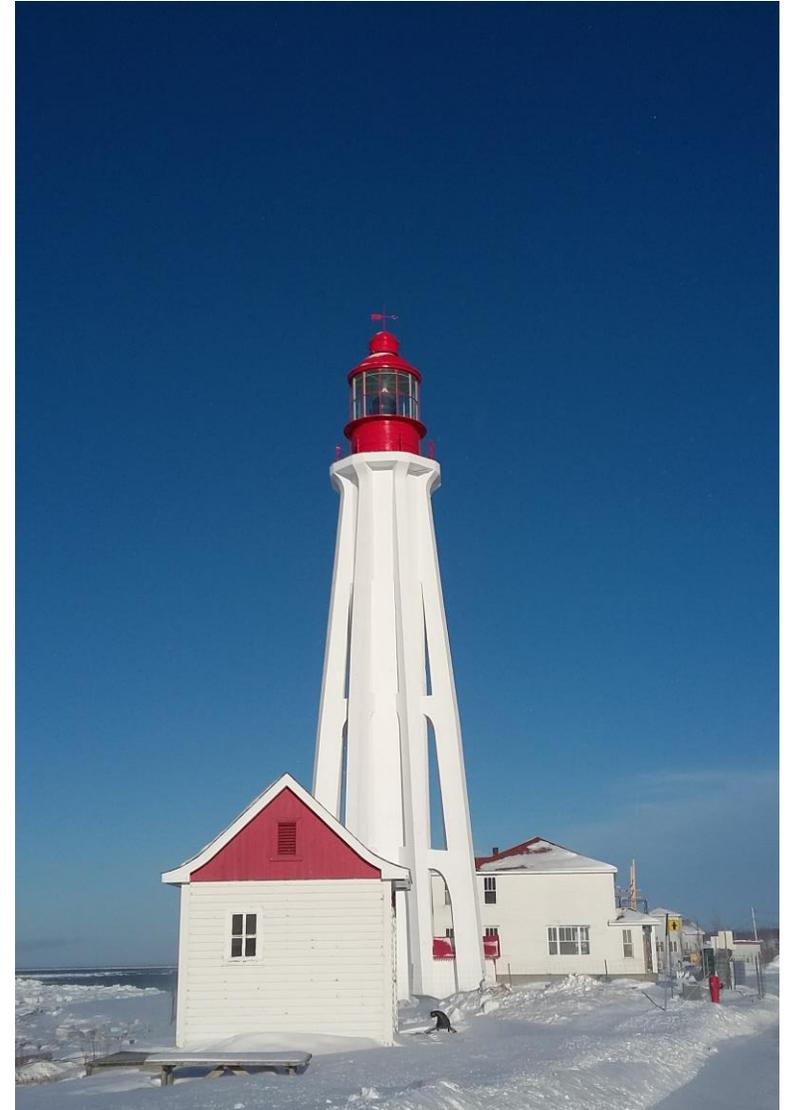
UN CADRE QUI DEVIENT UN OUTIL DE TRAVAIL (ANNEXE D, P.20-26)

- Les équipes pourront utiliser le cadre pour faire une analyse critique de leur service et dégager les forces ainsi que les possibilités d'amélioration

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

7. PERSPECTIVES POUR LA MISE EN ŒUVRE

- Valeurs et limites de la synthèse des connaissances
- Prochaines étapes possibles pour la mise en œuvre



VALEURS ET LIMITES DE LA SYNTHÈSE

Valeurs

- Une démarche systématique et rigoureuse
- Un cadre appuyé sur les meilleures connaissances
- Un cadre ancré dans les réalités et les forces du terrain
- Un cadre qui devient un outil de travail

Limites

- Connaissances consensuelles plutôt que tirées de forts niveaux de preuve
- Complexité des conclusions vu les multiples angles par lesquelles il faut aborder les maladies chroniques
- Stratégies concrètes qui fonctionnent mais sans savoir si les pratiques sont les meilleures

PROCHAINES ÉTAPES ENVISAGÉES

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

- 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.
- 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.
- Intégrer les connaissances recensées et les pratiques des modèles réputés dans des **orientations ministérielles** actualisées.
- Établir au niveau national des **objectifs prioritaires** de développement.
- Soutenir les acteurs clés dans le **partage sur leur manière de déployer** les meilleures pratiques et faciliter la diffusion de pratiques inspirantes.
- Mettre en place ou poursuivre les stratégies d'**amélioration continue**, notamment liées à CoMPAS+.
- Renforcer, en continu, la **promotion des services** disponibles et l'arrimage entre les différentes offres de services.

PROCHAINES ÉTAPES ENVISAGÉES (SUITE)

Encourager les facteurs facilitants et porter une attention particulière aux obstacles observés.

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

PROCHAINES ACTIONS À VENIR

R

- Au plan national
 - Présentation du rapport du sondage fait auprès des établissements
 - Présentation des orientations, axes et valeurs du MSSS en matière de maladie chronique
 - Début de programmation de quelques Webinaires préparés à l'intention du réseau

7

- Au plan du Consortium
 - Disponibilité de l'équipe de coordination pour des présentations dans chaque établissement
 - Soutien à l'appropriation au regard des orientations du MSSS
 - Réseautage sur les expériences de succès

Nous saluons et remercions toutes les personnes impliquées de près ou de loin dans cette synthèse des connaissances pour le bénéfice de la population québécoise.

Vous désirez nous faire part de commentaires ?
Vous avez besoin d'informations additionnelles ?

N'hésitez pas à nous contacter :
francecharles_fleury@uqar.ca

