

Cette présentation a été effectuée le 8 décembre 2015, au cours de la journée « Exercer la responsabilité populationnelle en maladies chroniques : s'inspirer d'expériences prometteuses intégrant le modèle de la triple finalité » dans le cadre des 19<sup>es</sup> Journées annuelles de santé publique (JASP 2015). L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP à la section *Archives* au : <http://jasp.inspq.qc.ca>.

# Programme **Agir Sur Sa Santé**

## Modèle intégré de prévention et gestion des maladies chroniques cardio- métaboliques

Irma Clapperton, MD

Marie-France Langlois, MD

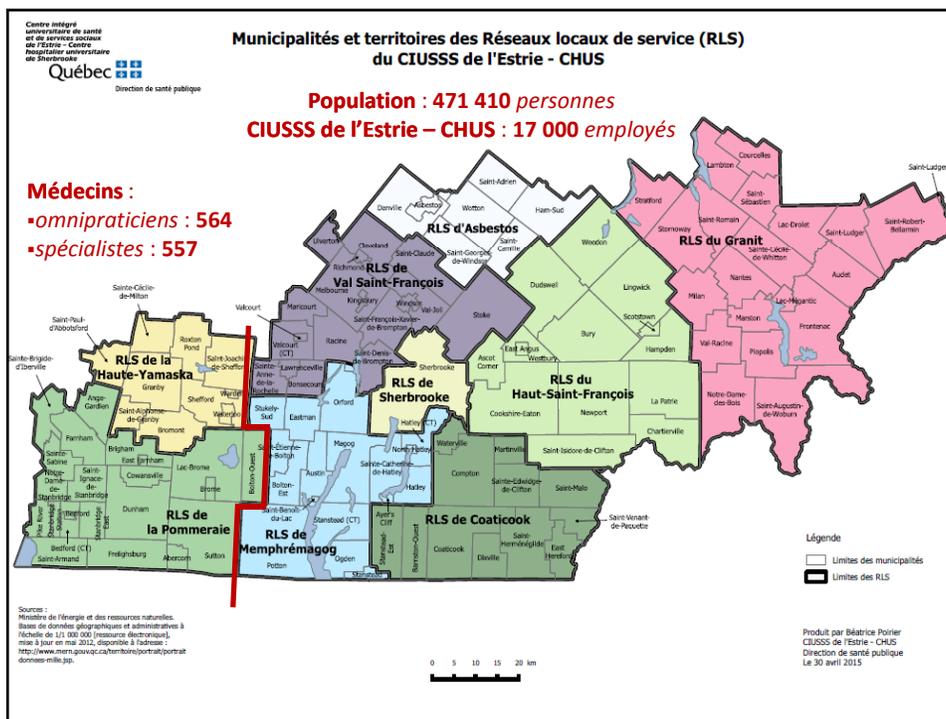
*Membres comité de pilotage : Programme Agir Sur Sa Santé*

CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie – Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke  
Québec

## PLAN DE LA PRÉSENTATION

- Mise en contexte
- Situation préimplantation
- Nouvelle trajectoire de soins
  - tronc commun
  - stratégies personnalisées
- Les défis en lien avec la triple finalité
  - stratégies mises de l'avant
  - enjeux
- Conclusion



## CONTEXTE

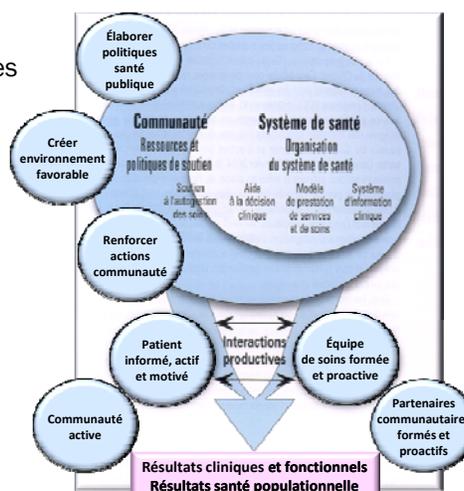
### Orientations et priorités pour la région 2007-2012

Adopter un modèle global de prévention et de gestion des maladies chroniques :

- ↔ participation des médecins
- ↔ collaboration interdisciplinaire
- ↔ stratégies populationnelles

TRAJECTOIRES :

- ↔ diabète
- ↔ réadaptation coronarienne
- ↔ insuffisance cardiaque
- ↔ maladies respiratoires



Source : MSSS, Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, document, 17 mai 2007, p. 16

## CONTEXTE

### Constats exprimés depuis l'implantation 2008

- Améliorer l'accès et l'expérience de soins du patient
  - services fragmentés, en silo, ressources variables (duplication avec des interventions en GMF et entre les trajectoires)
  - mieux prendre en charge la multimorbidité
- Mieux intégrer la prévention
- Mieux mesurer les effets (la performance)

## CONTEXTE

### Enquête de santé populationnelle estrienne (2014)

- La population en Estrie (18 ans et plus) :
  - 54 % avec **surplus de poids** ou **obèse**
  - 27,7 % déclarent **avoir deux facteurs de risque**
  - 6,8 % déclarent être atteints de **diabète**
  - 17,1 % affirment souffrir d'**hypertension**
  - 5,8 % déclarent souffrir d'une **maladie cardiaque**
  - 10,8 % déclarent **souffrir d'au moins 2 MCM**
  - **Maladies cardiovasculaires** : première cause d'hospitalisation

## CONTEXTE

### Enquête de santé populationnelle estrienne (2014)

#### Habitudes de vie

- Tabagisme chez les 18 ans et plus : 17,1 %
- 56,2 % des adultes consomment moins de 5 fruits et légumes par jour
- 62,3 % des adultes n'atteignent pas les recommandations au niveau de l'activité physique

## LA LOGIQUE D'INTERVENTION

Gestion centrée  
sur la maladie



Gestion centrée  
sur la personne et  
ses proches

## DÉMARRAGE

- Basé sur CCM – support à autogestion
- Appuyé par tous les décideurs de la région
- Faisabilité sans ajout de ressources financières du réseau, mais des subventions de recherche (développement-implantation-évaluation)
- Complémentarité des actions CSSS/14 GMF/CHUS
- Validation avec patients
- 2012-2014 : groupe de travail multidisciplinaire et représentant différents champs d'expertise (Agence, DSP, CSSS, GMF, DRMG, CHUS)

## Situation préimplantation - CSSS Accessibilité aux programmes

| Variable d'accessibilité  | Tous les CSSS          |
|---|------------------------|
| Nombre total d'utilisateurs   | 2 122                  |
| Nombre d'utilisateurs par ETC<br>(Médiane [25 <sup>e</sup> -75 <sup>e</sup> percentile])                                | 224,0<br>(198,0-295,0) |
| Pourcentage du nombre d'utilisateurs vs population desservie<br>(Médiane [25 <sup>e</sup> -75 <sup>e</sup> percentile]) | 0,88<br>(0,50-1,68)    |
| Chevauchement pendant l'année (n=1 119)   | <b>16,0 %</b>          |
| Chevauchement total (n=1 119)   | <b>31,3 %</b>          |

Madar H, CASPHR, 2015

## Evaluation préimplantation - CSSS Accessibilité aux programmes

| Programme                |                 | Délais entre la référence<br>et la 1 <sup>re</sup> visite (jours)<br>Médiane (25 <sup>e</sup> -75 <sup>e</sup> percentile) |
|--------------------------|-----------------|--|
| Diabète                  |                 | 37,0<br>(12,0-80,0)  |
| Réadaptation cardiaque   | Visite initiale | 47,0<br>(14,0-120,0)   |
|                          | Début gymnase   | 152,0<br>(104,0-233,0)   |
| Saines habitudes de vie  |                 | 36,0<br>(14,0-99,5)  |
| Centre abandon tabagique |                 | 13,0<br>(4,0-35,0)   |

N = 1 119

Madar H, CASPHR, 2015

## Indicateurs de qualité de l'INESSS pour les maladies chroniques CSSS - Prévention

| Variables   | Score (%) | n     |
|---|-----------|-------|
| Mesure de l'IMC ou le tour de taille  | <b>51</b> | 1 118 |
| Mesure du statut tabagique  | <b>63</b> | 1 118 |
| <b>Obèses</b> ayant reçu des conseils ou qui ont été orientés vers un service au sujet de saines habitudes alimentaires | <b>57</b> | 327   |
| Conseils sur l'activité physique selon les recommandations canadiennes  | <b>38</b> | 1 118 |
| <b>Fumeurs</b> ayant reçu des conseils sur l'abandon du tabagisme   | <b>26</b> | 624   |

Madar H, CASPHR, 2015

## Indicateurs de qualité de l'INESSS pour les maladies chroniques CSSS - Diabète

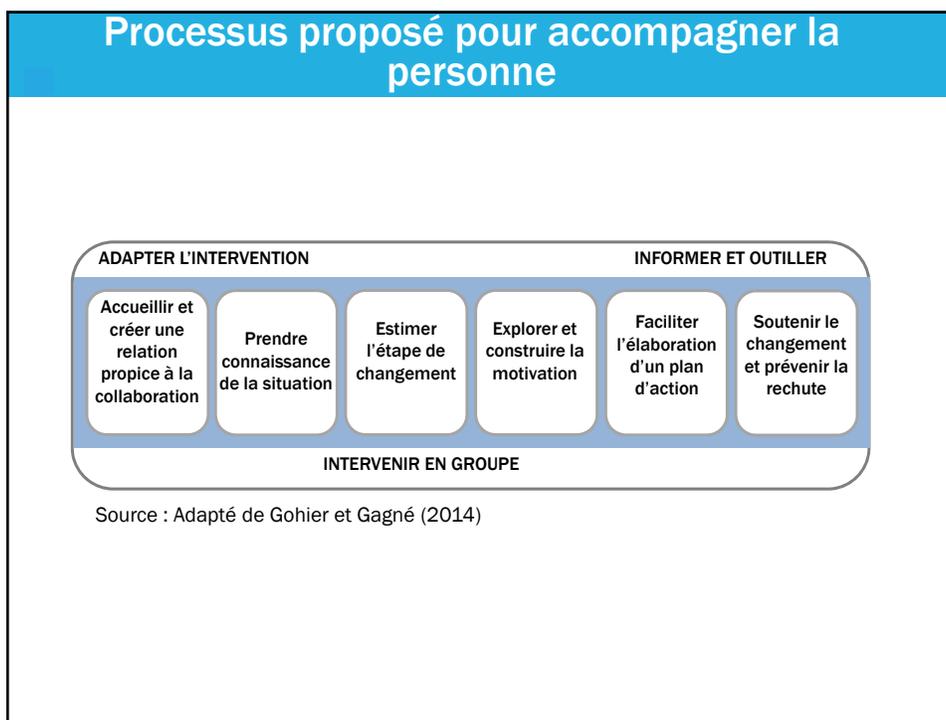
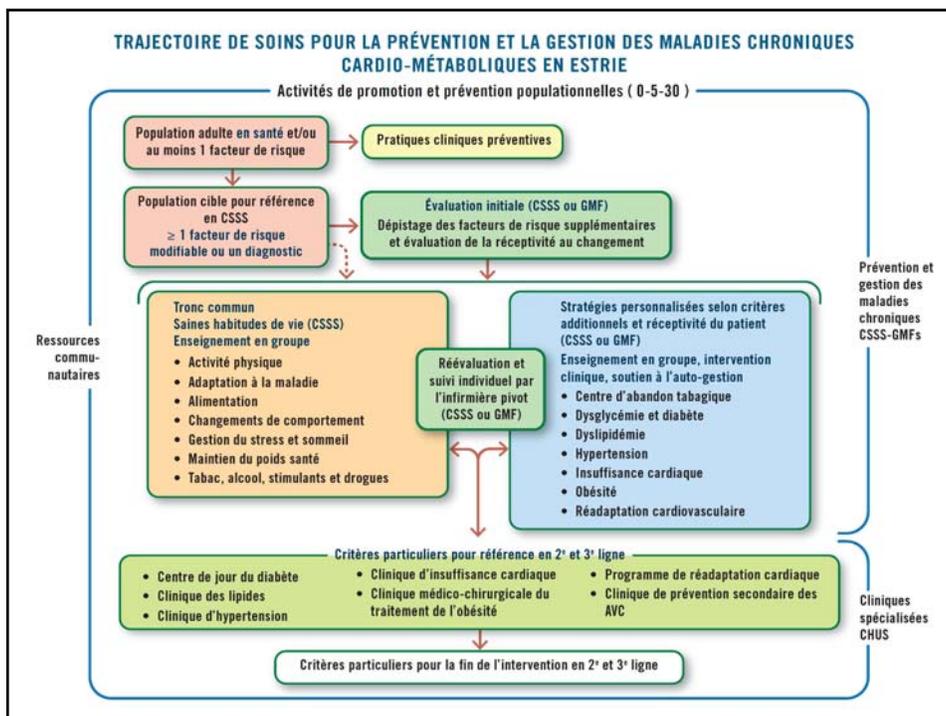
|               | Variables   | Score en %  | n   |
|---------------|---|-------------|-----|
| Suivi         | Mesure de la PA                                   | 60,0        | 462 |
|               | Mesure du bilan lipidique                         | 69,0        | 462 |
|               | Mesure de l'A1C                                   | 63,0        | 462 |
|               | Mesure de la créatinine                           | 72,0        | 462 |
|               | Mesure de la microalbuminurie                     | <b>35,0</b> | 462 |
| Interventions | A1C > 7 % avec une modification de Tx             | <b>14,5</b> | 111 |
|               | PA ≥ 130/80 avec une intervention                 | <b>14,5</b> | 167 |
|               | LDL > 2 mmol/l et sous statines                   | <b>17,5</b> | 163 |
| Résultats     | A1C ≤ 7 %   | <b>41,0</b> | 293 |
|               | PA < 130/80 mmHg                                  | <b>33,3</b> | 278 |
|               | LDL < 2 mmol/l chez les H de +45 ans et F +50 ans | <b>30,0</b> | 302 |

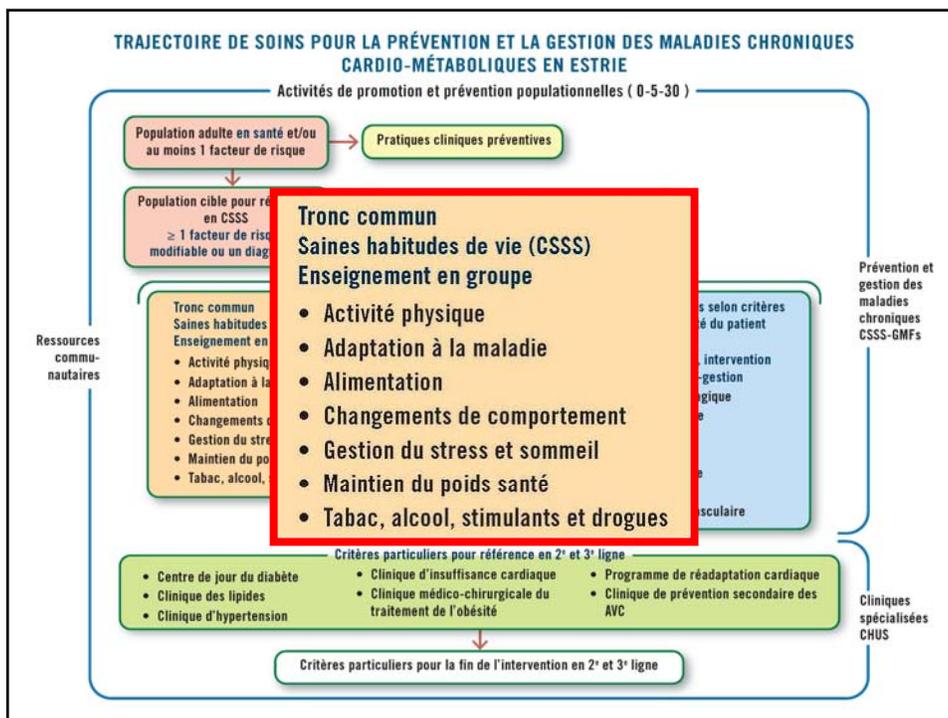
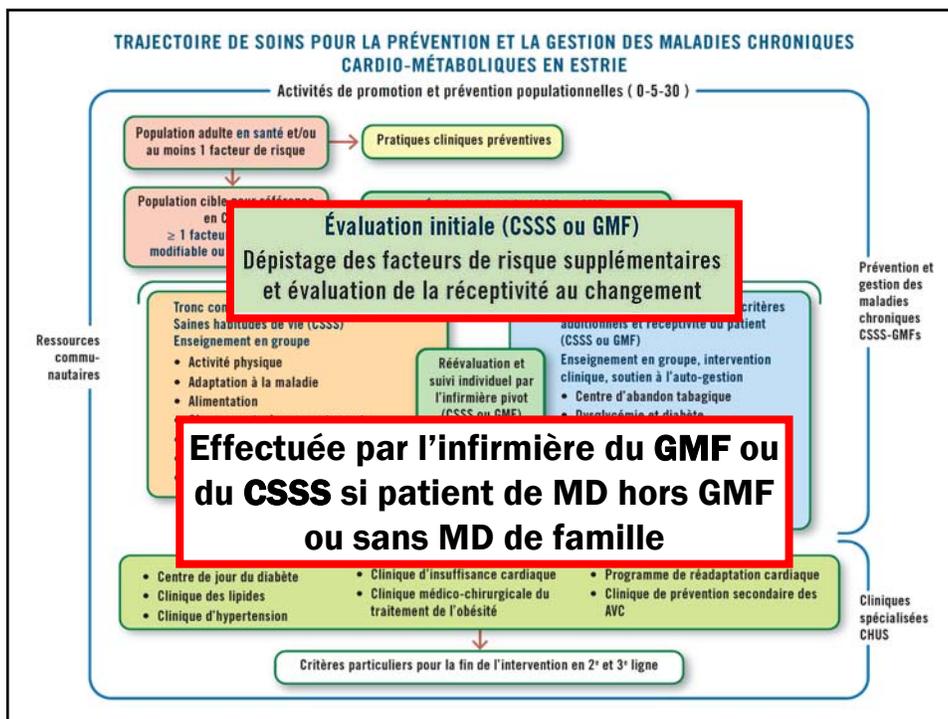
Madar H, CASPHR, 2015

## Indicateurs de qualité de l'INESSS pour les maladies chroniques CSSS - MCV

|               | Variables                             | Score en %  | n   |
|---------------|---------------------------------------|-------------|-----|
| Suivi         | Mesure de la PA                       | 63,7        | 353 |
|               | Mesure de la GAJ                      | 74,20       | 353 |
|               | Mesure du bilan lipidique             | 72,50       | 353 |
| Interventions | Tx anti-plaquettaire                  | 81,0        | 353 |
|               | Tx par statines                       | 81,0        | 353 |
|               | Tx ARA II ou IECA chez les MCV et DBT | <b>39,5</b> | 124 |
| Résultats     | PA < 140/90 mmHg                      | <b>48,2</b> | 307 |
|               | LDL < 2 mmol/l                        | <b>46,7</b> | 254 |

Madar H, CASPHR, 2015

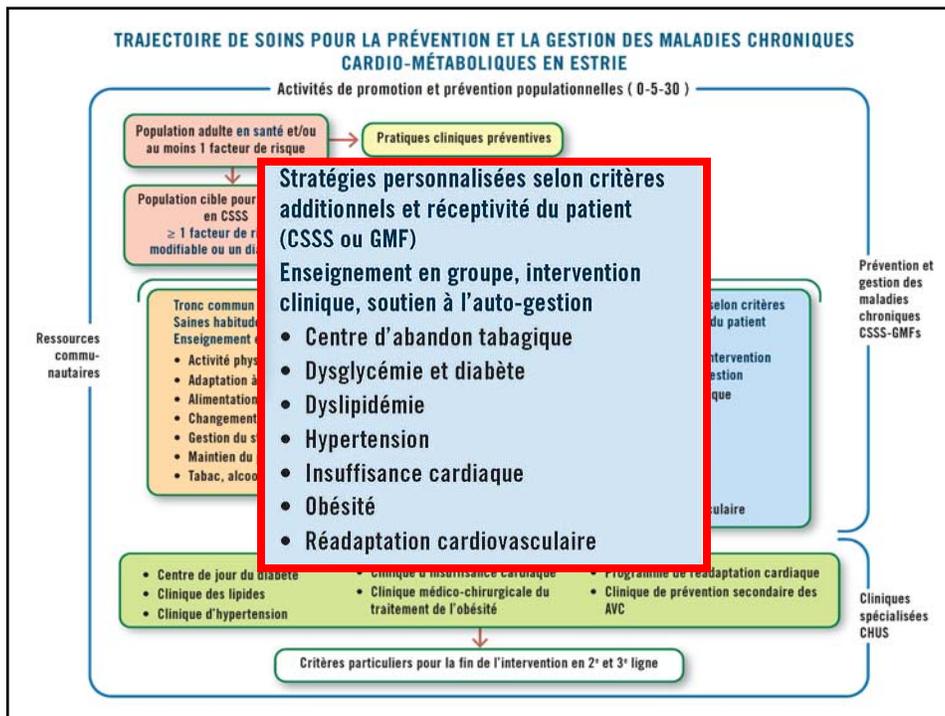




## Exemple de déroulement d'une séance

### PLAN DE DÉROULEMENT DE LA SÉANCE ÉDUCATIVE : UNE ALIMENTATION ÉQUILBRÉE AU QUOTIDIEN

| Objectifs   | Déroulement   | Outils  | Durée                    |
|---|---|---|--------------------------|
| 1. Accueil et création d'une relation propice à la collaboration                                | Activité brise-glace : Se présenter et répondre à la question « Comment qualifieriez-vous votre alimentation? »   |   | 5 minutes                |
| 2. Identifier les 4 groupes alimentaires et leurs caractéristiques propres                      | Discussion en plénière sur le Guide alimentaire canadien.   | Le Guide alimentaire canadien<br>Exemple de portions  | 10 minutes               |
| 3. Calculer des portions pour atteindre les apports alimentaires recommandés pour chaque groupe | Division du groupe en équipes de 4 : Calculer le nombre de portions de chaque groupe à partir d'un journal alimentaire<br>Retour en grand groupe : Chaque équipe sera questionnée quant aux portions retrouvées dans chacun des repas | Exemple d'un journal alimentaire<br>Le Guide alimentaire canadien<br>Sites Web <i>Mon Guide alimentaire</i> (voir pertinence) | 10 minutes<br>10 minutes |
| 4. Composer un repas équilibré  | Discussion en plénière sur l'assiette équilibrée.<br>Division du groupe en équipes de 2 : Optimiser le repas présenté et justifier les changements<br>Retour en grand groupe : Retour sur l'exercice                                  | L'assiette équilibrée<br>Exemple de repas   | 10 minutes               |
| 5. Conclusion   | Résumé de la séance   | Références utiles (pour les intéressés)   | 5 minutes                |



## Stratégies personnalisées

| Stratégies personnalisées  | Types d'intervention   |
|----------------------------|--|
| Diabète                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervention individuelle (évaluation, enseignement, utilisation des ordonnances collectives)</li> <li>Intervention en groupe (3 sessions de 3 heures)</li> </ul> |
| Dysglycémie (pré-diabète)* | <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervention en groupe (2 sessions de 1 heure)</li> </ul>   |
| Dyslipidémie               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervention individuelle (évaluation, suivi des laboratoires, utilisation des ordonnances collectives)</li> </ul>  |
| Hypertension               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervention individuelle (évaluation, enseignement, suivi des laboratoires, utilisation des ordonnances collectives)</li> </ul>                                  |

## Stratégies personnalisées

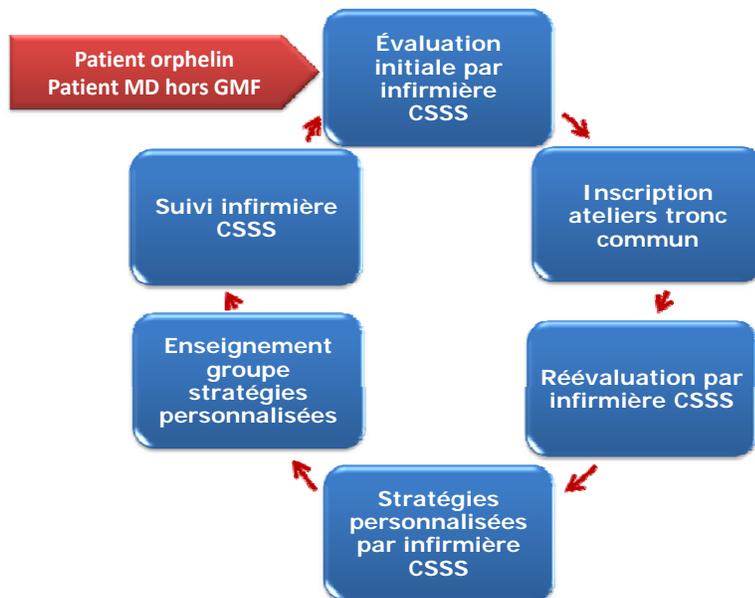
| Stratégies personnalisées              | Types d'intervention  |
|--|---|
| Insuffisance cardiaque                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cadre de référence 2010</li> </ul>   |
| Obésité et surpoids                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervention individuelle (évaluation, soutien aux changements d'habitudes de vie)</li> </ul>  |
| Réadaptation cardiovasculaire          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervention individuelle (évaluation, enseignement, suivi et soutien à la progression de l'entraînement)</li> <li>Intervention en groupe : <ul style="list-style-type: none"> <li>1 session de 2 heures</li> <li>entraînement en gymnase</li> </ul> </li> </ul> |
| Tabagisme - Centre d'abandon tabagique | <ul style="list-style-type: none"> <li>Interventions éducatives et environnementales, 0 tabagisme - Combinaison guide pratique en intervention tabagique dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT) de l'Estrie</li> </ul>   |

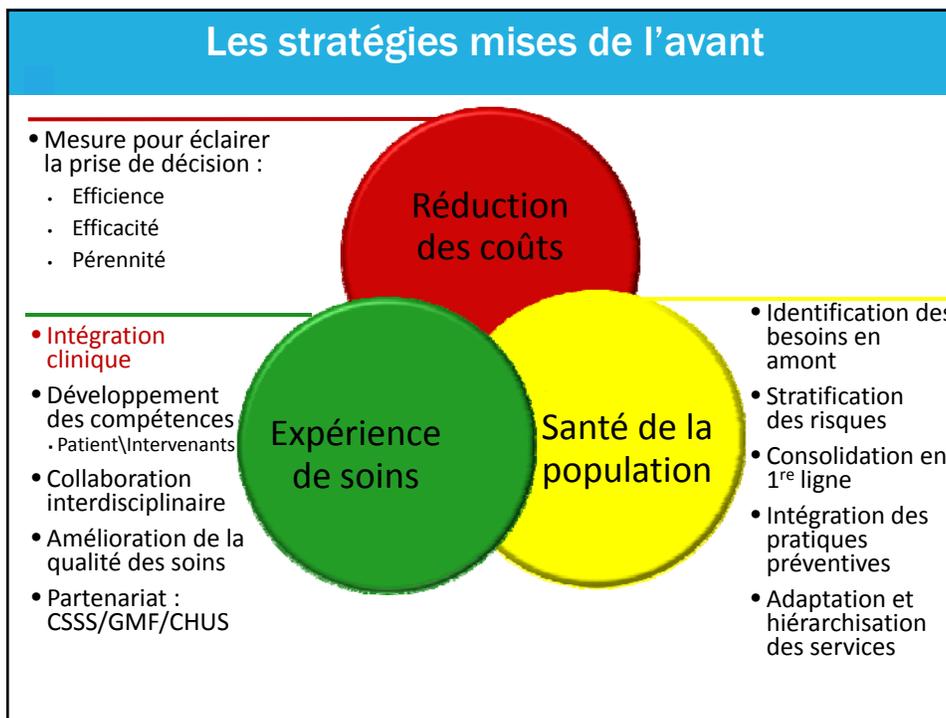
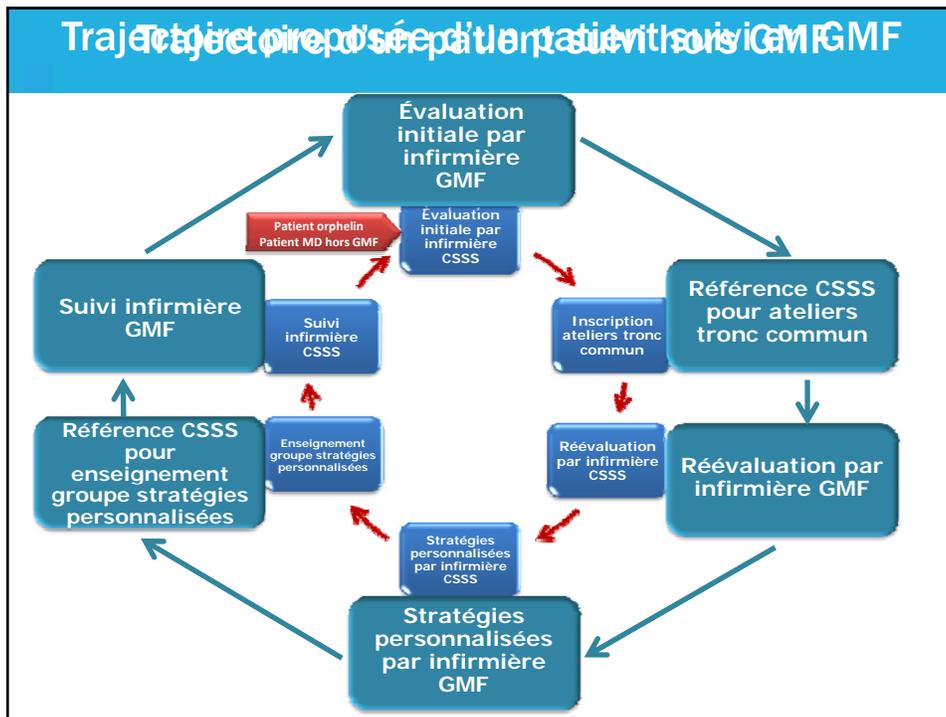
# Guide de l'intervenant

TABLE DE CONTENTS - TABLE DES MATIÈRES

|    |   |    |   |
|----|---|----|---|
| 1  | Cadre de référence intégré pour la prévention et la gestion des maladies chroniques cardio-métaboliques en Extré - Agr Sur Sa Santé | 17 | 6. Stratégies personnalisées  |
| 2  | 1. Introduction du guide de l'intervenant   | 18 | 6.1 Stratégies personnalisées - Dyglycémie et diabète   |
| 3  | 2. Rôles et responsabilités des différents intervenants   | 19 | 6.1.1 Stratégies personnalisées - Dyglycémie - Prendre en charge ma santé dans le but de prévenir le diabète (groupe)                 |
| 4  | 3. Éducation thérapeutique  | 20 | 6.1.2 Stratégies personnalisées - Diabète - Vivre avec le diabète, comment s'y prendre? (groupe)                                      |
| 5  | 4. Évaluation initiale  | 21 | 6.1.3 Stratégies personnalisées - Dyglycémie et diabète - Rôle de la saine alimentation pour un meilleur contrôle glycémique (groupe) |
| 6  | 5. Tronc commun - saines habitudes de vie   | 22 | 6.1.4 Stratégies personnalisées - Diabète - Mon taux de sucre - par quoi est-il influencé? (groupe)                                   |
| 7  | 5.1 Tronc commun - Pourquoi avoir un mode de vie actif?   | 23 | 6.1.5 Stratégies personnalisées - Diabète - Complications du diabète, mieux vaut prévenir que guérir (groupe)                         |
| 8  | 5.2 Tronc commun - Comment faire pour bouger plus?  | 24 | 6.2 Stratégies personnalisées - Dyslipidémie  |
| 9  | 5.3 Tronc commun - Adaptation à la maladie et adhésion au traitement  | 25 | 6.3 Stratégies personnalisées - Hypertension  |
| 10 | 5.4 Tronc commun - Une alimentation équilibrée au quotidien   | 26 | 6.4 Stratégies personnalisées - Insuffisance cardiaque  |
| 11 | 5.5 Tronc commun - Alimentation pour la santé du cœur   | 27 | 6.5 Stratégies personnalisées - Obésité et surpoids   |
| 12 | 5.6 Tronc commun - Faire de meilleurs choix alimentaires  | 28 | 6.6 Stratégies personnalisées - Réadaptation cardiovasculaire   |
| 13 | 5.7 Tronc commun - Changer ou ne pas changer?   | 29 | 6.6.1 Stratégies personnalisées - Réadaptation cardiovasculaire - Démystifions la maladie cardiovasculaire (groupe)                   |
| 14 | 5.8 Tronc commun - Gestion du stress et du sommeil  | 30 | 6.7 Stratégies personnalisées - Tabagisme/Centre d'abandon tabagique  |
| 15 | 5.9 Tronc commun - Atteindre un poids santé, est-ce possible?   | 31 | 7. Particularités du milieu   |
| 16 | 5.10 Tronc commun - Tabac, alcool, stimulants et drogues  | 32 |   |

## Trajectoire d'un patient suivi hors GMF





## Les enjeux en lien avec la triple finalité

- Pérennité : Soutien/Accompagnement/Évaluation
- Système pour mesurer la performance

Réduction des coûts

- Institutionnaliser la trajectoire
- Maintenir les compétences
- Consolider les systèmes informationnels

Expérience de soins

Santé de la population

- Préserver l'action en amont
- Mieux articuler les liens avec le communautaire

## CONCLUSION

En somme :

- Quels sont les besoins populationnels et individuels?
- ↓ ↑
- Quels sont les processus cliniques pertinents?
- ↓ ↑
- Quelle est l'offre de service et de ressources adaptées?
- ↓ ↑
- Quelle est la mesure et le suivi?

EN 2015...

## Groupe de travail

- M<sup>me</sup> Marie-Ève Bégin, kinésiologue, Programme de prévention et gestion des maladies chroniques, CSSS-IUGS
- D<sup>re</sup> Irma Clapperton, médecin-conseil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
- M<sup>me</sup> Émilie Desharnais, infirmière clinicienne, GMF des Sources
- M<sup>me</sup> Julie Dubé, nutritionniste, Unité métabolique ambulatoire, CHUS
- M<sup>me</sup> Michèle Gobeil, assistante au supérieur immédiat par intérim (ASI) en prévention et gestion des maladies chroniques, CSSS-IUGS
- M<sup>me</sup> Suzanne Grenier, infirmière clinicienne, Programme de prévention et gestion des maladies chroniques, CSSS-IUGS
- M<sup>me</sup> Lucie Laflamme, kinésiologue, CSSS des Sources, du Haut-Saint-François et du Val-Saint-François
- D<sup>re</sup> Marie-France Langlois, endocrinologue, directrice de l'Unité métabolique ambulatoire, CHUS, corépondante du Groupe de travail Maladies chroniques cardio-métaboliques
- D<sup>r</sup> Warner Mampuya, cardiologue, directeur du programme de réadaptation cardiaque, CHUS
- M<sup>me</sup> Joanne Roy, directrice des soins infirmiers et de la santé physique, CSSS du Haut-Saint-François, corépondante du Groupe de travail Maladies chroniques cardio-métaboliques
- D<sup>re</sup> Raymonde Vaillancourt, médecin de famille GMF et chef de la Direction régionale de médecine générale

## Collaborateurs

Un merci particulier est adressé aux personnes suivantes pour leur contribution aux discussions entourant l'élaboration de ce cadre de référence :

- M<sup>me</sup> Marie-France Beauregard, chef de programme à la Direction des services aux adultes, CSSS-IUGS
- M<sup>me</sup> Josée Desharnais, infirmière clinicienne, Unité métabolique ambulatoire, CHUS
- M<sup>me</sup> Diane Duranleau, infirmière clinicienne, Programme prévention et gestion des maladies chroniques, CSSS du Haut-Saint-François
- M<sup>me</sup> Diane Frenette, psychologue, Unité métabolique ambulatoire, CHUS
- M<sup>me</sup> Chantal Gohier, professionnelle de recherche, Direction générale, CSSS-IUGS
- M<sup>me</sup> Marie Lamothe, chef d'administration des programmes services généraux et santé publique, CSSS des Sources
- M. Jean-Guillaume Marquis, conseiller en expérience-patient, Direction de la qualité, de la planification de l'évaluation et de la performance, CHUS
- M<sup>me</sup> Ève Pilon, assistante au supérieur immédiat (ASI) en prévention et gestion des maladies chroniques, CSSS-IUGS
- M<sup>me</sup> Danielle Pinsonneault, psychoéducatrice, formatrice en entretien motivationnel
- M. Jean-Dominic Rioux, infirmier praticien en cardiologie, CHUS
- M<sup>me</sup> France St-Cyr, infirmière clinicienne, Programme prévention et gestion des maladies chroniques, CSSS des Sources
- M<sup>me</sup> Gabrielle St-Pierre, kinésiologue, CSSS-IUGS
- M<sup>me</sup> Chantal Tremblay, travailleuse sociale, CSSS du Haut-Saint-François

Ce projet a été rendu possible grâce au soutien de :



**QUESTIONS?**



# Trajectoire centrée sur la personne

