

CATALOGUE DES PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES DANS LE SUIVI DES MALADES CHRONIQUES

Les propositions suivantes sont issues du Colloque « La prévention cardiovasculaire en soins de première ligne : Consensus sur les priorités d'action ». Cet atelier, tenu le 2 octobre 2009, a été organisé par l'Équipe de recherche en soins de première ligne et l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Il réunissait une cinquantaine d'acteurs de la première ligne : professionnels (médecin, pharmacien, infirmière, psychologue, nutritionniste, kinésologue, spécialiste de la cessation tabagique), usagers, membres de la famille d'usagers, décideurs/gestionnaires et chercheurs. Un des objectifs de l'atelier était de cerner les principales barrières à la prévention des maladies cardiovasculaires et de constituer un catalogue de recommandations concrètes concernant l'implantation des diverses composantes du « *Chronic Care Model* » (CCM) susceptibles d'améliorer la situation actuelle à Laval. Réunis en quatre groupes nominaux, les participants ont émis 130 propositions individuelles qu'ils ont par la suite priorisées par vote. Le résultat de ce consensus est disponible dans le rapport synthèse de l'atelier. Toutes les propositions ont été classées ici selon les catégories émergentes par souci de clarté.

ACCESSIBILITÉ

ACCESSIBILITÉ À DES SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ EN PREMIÈRE LIGNE

Accès selon les besoins

Gr 4 #9	Prioriser les cas selon leur gravité pour éviter les temps d'attente excessifs.
Gr 1 #8	Favoriser l'accès rapide au système de santé en temps opportun pour le patient, incluant un ou
Gr 2 #4	des spécialistes au besoin, est essentiel au suivi.

Déléguer pour désengorger le système : l'ordonnance collective

Gr 1 #10	Utiliser davantage les ordonnances collectives, par exemple dans les pharmacies communautaires,
Gr 2 #26	afin d'éliminer les goulots d'étranglement et améliorer la fluidité du système.
Gr 3 #22	
Gr 4 #8	Faire une ordonnance collective pour la cessation tabagique (trois médicaments) (toute thérapie).

Déléguer pour désengorger le système : renouvellement des ordonnances

Gr 1 #22	Assouplir l'accessibilité aux médicaments lors de l'échéance des ordonnances, le renouvellement
Gr 4 #18	des prescriptions nécessitant systématiquement une visite, souvent inutile, chez le médecin.

Améliorer le dépistage des maladies chroniques et la prévention

Gr 2 #21	Améliorer le dépistage des personnes ayant des problèmes chroniques.
Gr 4 #7	Conscientiser les médecins afin qu'un paramètre anormal chez un patient amène, de manière systématique, une référence vers le professionnel pertinent.

ACCESSIBILITÉ DU SOUTIEN À L'AUTOGESTION

Certains objectifs

Gr 4 #3	Améliorer l'observance des prescriptions.
Gr 4 #5	Assurer un meilleur suivi, par les patients, des recommandations du médecin.
Gr 4 #15	Amener les patients à être à l'écoute de leur corps, à ne pas être gênés de consulter.

▪ ACCESSIBILITÉ AUX AUTRES PROFESSIONNELS ET SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Gr 1 #18	Que les médecins réfèrent aux experts (nutritionnistes, psychologues, etc.) plutôt que de donner des conseils inadéquats.
Gr 3 #11	Référer les patients à d'autres professionnels qui peuvent soutenir la démarche de prise en charge ou de changement.
Gr 1 #4 Gr 4 #27	Améliorer l'accès rapide aux nutritionnistes (gratuitement ou en limitant les coûts).
Gr 1 #7, 14 Gr 3 #12, 26	Accès rapide à des ressources (gratuitement ou en limitant les coûts) telles que kinésiologue, psychologue, mentor de bonnes habitudes de vie, salle d'entraînement physique ou autre équipement sportif.
Gr 2 #20	Coach ou motivateur du patient attaché au bureau du professionnel, avec la possibilité de faire des suivis pour garder le patient alerte, intéressé, motivé.
Gr 2 #15	Inclure des kinésiologues dans les équipes de soins.
Gr 3 # 27	Éduquer à la gestion des facteurs de stress et aux besoins et limites du réseau de soutien naturel.
Gr 3 #15	Offrir un service de consultation (équipe interdisciplinaire) par téléphone à l'apparition de nouveaux symptômes.

▪ INFORMATIONS SUR SA MALADIE

Conscientiser le patient par l'information

Gr 1 #8 Gr 3 #14	L'accès à l'information sur sa maladie est important dans le suivi.
Gr 3 #3	Faire réfléchir à la maladie dès que les facteurs de risque sont identifiés, informer les patients tout de suite.
Gr 4 #1	Faire réaliser l'ampleur des problèmes liés aux MCV et les conséquences sur la qualité de vie afin d'amener les patients à débiter et suivre le traitement prescrit.
Gr 2 #18	Renseigner davantage les patients sur les médicaments, la santé en général et spécifiquement sur leur maladie et les services disponibles.
Gr 3 #21	Vérifier avec le patient sa connaissance des médicaments, des effets secondaires de la prise de médicaments.
Gr 2 #19 Gr 3 #20	Motiver les patients à adopter une vie saine (nourriture, exercice, perte de poids, anti-tabagisme). Identifier les changements à faire dans les habitudes de vie.

Conscientiser le patient par ses résultats

Gr 1 #5 Gr 4 #32	Donner aux patients l'accès aux résultats de laboratoire afin qu'ils puissent observer les résultats des changements de comportement adoptés et favoriser l'autogestion (<i>empowerment</i>).
---------------------	---

Uniformiser les informations données au patient

Gr 2 #23	Avoir du matériel éducatif commun au lieu de toutes sortes d'outils similaires pour les patients ou la population en général. On parle de brochures, dépliants, sites Web, etc., exhaustifs et interprofessionnels, dont tout le monde a été impliqué dans sa préparation.
Gr 4 #24	Optimiser / standardiser les connaissances chez les experts afin qu'il n'y ait pas de confusion pour le patient.
Gr 1 #26 Gr 2 #27, 29	Harmoniser l'information entre les intervenants de première ligne tout en respectant les champs de compétence. Favoriser le maintien et l'amélioration des compétences à l'aide de formations interprofessionnelles.

Outiller le patient dans sa démarche

Gr 1 #13	Créer un « passeport santé » (carnet de santé) regroupant l'information utile et personnalisée sur les problèmes de santé du patient, les objectifs qu'il doit atteindre et les ressources disponibles
Gr 3 #14	pour l'y aider.
Gr 4 #28	
Gr 4 #33	Faire un document unique combinant le carnet de santé personnalisé et la carte interactive des ressources disponibles.

▪ **UTILISATION DU RÉSEAU PERSONNEL DANS LE SOUTIEN À L'AUTOGESTION**

Gr 2 #18	Renseigner davantage les patients et la famille sur les médicaments, la santé en général et spécifiquement sur la maladie et les services disponibles.
Gr 4 #30	Convoquer un ou plusieurs membres de la famille avec le patient pour les conscientiser au plan de soins et à ses impacts.
Gr 3 #19	Impliquer la famille dans le traitement et l'adoption de changements de vie, par exemple, les régimes alimentaires.
Gr 4 #25	

▪ **INFORMATIONS SUR LES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES**

Améliorer la notoriété des ressources communautaires

Gr 1 #2	Faire connaître aux professionnels et aux usagers les ressources disponibles : répertoire des ressources, Atlas sur le site Web du ministère, guide santé 811, etc.
Gr 1 #16	Établir une liste des ressources pour les usagers et les professionnels. Centraliser l'information sur un site Web à vocation de guichet unique avec la possibilité de trier selon certains critères (ex. : secteur, région, problème de santé, etc.). Ce site doit être fréquemment mis à jour et facile à utiliser. Prévoir aussi d'autres supports pour ceux qui n'ont pas accès à l'informatique : bottin, carte géographique, etc.
Gr 2 #22	
Gr 3 #13	
Gr 4 #19	
Gr 4 #21	Rendre disponible une carte interactive personnalisée pour identifier les ressources communautaires pertinentes.
Gr 4 #6	Offrir un numéro de téléphone unique pour cesser de fumer à Laval.

Améliorer l'utilisation des ressources communautaires

Gr 3 #6, 11	Faire reconnaître les facteurs de risque au patient, les bonnes habitudes de vie et le référer à des organismes sociaux ou communautaires qui peuvent soutenir la démarche de prise en charge ou de changement, ex. : programme 0-5-30.
Gr 4 #13	
Gr 4 #31	Faire connaître les ressources de proximité lors des soins au patient (réseautage de proximité).
Gr 2 #18	Renseigner davantage les usagers et la famille sur les services disponibles.
Gr 2 # 14	Considérer les membres de la famille comme des personnes ayant des besoins spécifiques. Les informer des ressources de support aux aidants.
Gr 3 #25	

Groupes de soutien à l'autogestion

Gr 1 #24	Mettre en place des groupes de soutien à l'autogestion. Parler des bienfaits, du côté positif
Gr 2 #19	d'adopter de saines habitudes de vie.
Gr 2 #13	Donner au patient de l'information pour faire de l'autogestion en offrant des séances d'information facilement accessibles. Ces séances pourraient aborder les conséquences de ne pas suivre leur médication, l'importance de se prendre en main, les bienfaits d'avoir de meilleurs modes de vie à tous les niveaux.
Gr 3 #23	Créer du matériel, des groupes de soutien, des cours pour soutien à plus long terme.
Gr 4 #45	Offrir davantage de support pour gérer le stress.

Partenariat avec la communauté

Gr 4 #42	Établir un partenariat avec les fabricants et donner un podomètre à tous les patients.
Gr 2 #2	Faciliter dans le suivi du patient l'intégration des partenaires qui sont hors du réseau de santé (ville, association de quartier, âge d'or).

ACCESSIBILITÉ À UN ENVIRONNEMENT FAVORISANT LA PRÉVENTION DES MALADIES

Campagnes de sensibilisation

Gr 4 #17	Sensibiliser la population à la nécessité de manger sainement et raisonnablement.
Gr 4 #38	Sensibiliser à la nécessité de diminuer la consommation d'alcool.
Gr 1 #12 Gr 4 #36	Sensibiliser davantage la population à l'importance de faire des exercices physiques, du sport.
Gr 2 #25	Développer une approche systémique (pas juste formation, motivation...). Ex. : nutritionniste en épicerie.
Gr 2 #10	Préconiser des actions de prévention (ex. : exercice, impact de la prise de poids ou du tabagisme, bienfaits d'une bonne alimentation, etc.). Faire de l'éducation dans le réseau des écoles ou en entreprises, impliquer les services communautaires.
Gr 4 #40	Mettre en place un plan d'éducation scolaire pour une saine alimentation.

Actions préventives

Gr 4 #39	Retirer la malbouffe (distributrices notamment) du réseau de la santé.
Gr 4 #29	Augmenter l'activité physique à l'école.
Gr 2 #17	Développer un environnement urbain (ex. : transport actif) qui favorise la pratique d'activités physiques et mettre à la disposition des patients de l'équipement (ex. : piscine pour faire de l'aquaforme, parc nature au centre de la ville).

CONTINUITÉ DANS LE SUIVI DES MALADIES CHRONIQUES

SUIVI ADAPTÉ À CHAQUE PATIENT

Suivi régulier

Gr 2 #3	Identifier les cibles thérapeutiques attendues et la fréquence des suivis. Par la suite, communiquer cette information aux patients.
Gr 4 #10, 37	Établir un protocole de suivi avec un système de rappel systématique des patients identifiés.
Gr 2 #6	Assurer la continuité des soins incluant l'aspect motivationnel.
Gr 3 #7	Voir le médecin ou le pharmacien régulièrement pour suivre la progression de la personne ainsi que sa charge de médicaments.

Plan de traitement : le changement par étapes

Gr 3 #8, 5, 16, 18	Lors de l'identification des facteurs de risque, connaître les attentes du patient et identifier les buts à atteindre dans un plan de traitement. Fixer des objectifs réalistes avec le patient et les moyens privilégiés pour amorcer un changement étape par étape.
Gr 3 # 24	Responsabiliser le patient, faire le suivi de démarches.
Gr 4 #41	Fixer à chaque rencontre un objectif précis à atteindre pour le patient et l'écrire.
Gr 1 #9	Valoriser la motivation des patients, s'adapter aux objectifs du patient.

Gr 1 #6	Fournir une formation plus avancée en approche motivationnelle (capacité à évaluer le niveau de motivation et à s'adapter aux objectifs du patient notamment), principalement aux infirmières afin que celles-ci puissent induire les changements nécessaires.
---------	--

Suivi centré sur les besoins du patient

Gr 2 #5	Suivi médical post-hospitalisation.
Gr 2 #7	Augmenter le suivi lorsque le patient débute une nouvelle médication.
Gr 4 #11	Mettre les objectifs et les besoins du patient au centre des décisions et des préoccupations organisationnelles.
Gr 2 #24	Augmenter l'accessibilité aux ressources externes pour suivre le client quand il est prêt (ex. : une diététiste au jour 3 d'un infarctus n'est pas un bon moment. Le patient n'a pas encore fait le « deuil » de sa condition). Assurer la stabilité des ressources également (ex. : si un programme est offert, s'assurer qu'il est offert à long terme).
Gr 1 #21	Accompagnement humain par les experts.

INTERVENANT PIVOT

Rôle de l'intervenant pivot

Gr 1 # 1, 3	Mettre en place une personne pivot qui connaît le patient et son dossier et qui est en mesure de faire un suivi, de répondre aux questions et d'aiguiller les usagers vers des ressources pertinentes, qu'elles soient professionnelles ou communautaires.
Gr 2 #11	Introduire un intervenant pivot, soit le CLSC ou une clinique, pour guider le patient avec une ordonnance collective. Ferait le lien avec la deuxième ligne. Débuterait les interventions.

Un médecin

Gr 1 #17	Instaurer une centrale d'information téléphonique où il est possible de laisser des messages ou de parler à quelqu'un (un médecin) qui connaît le dossier en cas de problèmes particuliers (changement de médicaments, étourdissement, etc.). La personne doit être en mesure d'agir au niveau de la prescription.
----------	--

Une infirmière

Gr 3 #1, 4	Avoir un intervenant pivot et/ou un contact avec une infirmière pour des conseils et pour réassurer les patients. Cette personne doit avoir accès au dossier entier du patient.
Gr 4 #16	Identifier une personne pivot (une infirmière) pour chaque patient.

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE DANS LE SUIVI DES MALADIES CHRONIQUES

CLARIFIER LES RÔLES DANS LA COLLABORATION

Partage des tâches et de l'expertise

Gr 4 #12	Clarifier le rôle et les responsabilités des différents professionnels afin d'optimiser le plan de soins.
Gr 2 #28	Décloisonner les rôles professionnels et assouplir les règles de pratiques.
Gr 3 #17	Mettre en place des systèmes de gestion permettant d'utiliser les compétences des infirmières, pharmaciens et autres professionnels pour optimiser le rôle de chacun.
Gr 2 #8	Disponibilité plus grande d'infirmières pour partager et coordonner les suivis. Bref, inclure les infirmières dans le modèle de suivi.
Gr 1 #23	Offrir une trousse de démarrage pour les nouveaux GMF afin de clarifier le rôle des intervenants et préciser les détails de fonctionnement (ordonnance collective, plan de formation, etc.).

Délégation

Gr 1 #19	Une meilleure utilisation et intégration des pharmaciens à l'équipe de soin (adhésion aux médicaments, etc.), notamment la question d'une législation pour simplifier le processus de renouvellement des prescriptions.
Gr 2 #26	Utiliser de façon optimale les ordonnances collectives, supporter les professionnels et en faciliter l'utilisation. Éviter les guerres entre les ordres.

Références en deuxième ligne

Gr 4 #7	Conscientiser les médecins afin qu'un paramètre anormal chez un patient amène, de manière systématique, une référence vers un professionnel pertinent.
---------	--

▪ MOYENS DE COMMUNICATION POUR FACILITER LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Faciliter la transmission d'information

Gr 2 #1	Améliorer la coordination et synergie entre les différents intervenants et professionnels. Ils devraient avoir un but commun d'aider le patient. Pour cela, il faut faciliter et accélérer la transmission d'information entre les intervenants.
Gr 4 # 35	Augmenter l'accessibilité de l'information pour permettre des ajustements à la médication et aux soins et faire de la rétroaction auprès du patient.
Gr 3 #28	Informations données par le pharmacien au médecin.
Gr 2 #16	Structurer un mode de rétroaction entre les professionnels.
Gr 1 #27, 28	Mettre en place des échanges plus fluides entre première et deuxième ligne à l'aide d'un processus de référence efficace vers la deuxième ligne (une personne « spécialiste » en mesure de prioriser les patients) et un retour d'information plus systématique (transmission du rapport de consultation).
Gr 4 #44	Faciliter l'accès aux médecins spécialistes et systématiser les rétroactions de la première vers la deuxième ligne.

Espaces formels d'échange

Gr 1 #15	Instaurer des espaces formels d'échange entre infirmières et médecins pour une meilleure organisation des services.
Gr 3 #2	Tenir une rencontre interprofessionnelle (une fois par mois) pour échanger les connaissances et pour discuter des cas.
Gr 4 #43	Prévoir du temps et des occasions de communication entre professionnels.

Dossiers cliniques informatisés

Gr 4 #22	Instaurer un dossier patient partageable informatisé.
Gr 1 #20	Offrir un outil informatique « <i>friendly-user</i> » pour le partage des informations de base du dossier clinique des usagers entre professionnels.
Gr 4 #4, 14	Offrir un outil informatique permettant le partage des informations de base du dossier clinique des usagers entre professionnels et interorganismes (public-privé notamment).
Gr 2 #12	Créer une plateforme informatique ou autres avec information sur le dossier du patient qui sera accessible par tous les intervenants. Ces dossiers partagés pourront identifier une personne contact pour chaque différent champ d'intervention.
Gr 3 #10	Implanter un système de communication efficace entre professionnels (ex. : pharmacien et médecin) et entre professionnels et usagers incluant le dossier du patient et ses médicaments.
Gr 4 #20	Informatiser et systématiser les plans de transfert des patients.
Gr 1 #25	Assurer la confidentialité des dossiers patients si ceux-ci venaient à être mis en ligne.

Carnet de santé

Gr 4 #28	Introduire un carnet de santé personnalisé pour chaque patient, ce qui permettrait de faciliter le suivi parmi les différents professionnels consultés.
----------	---

▪ PROJETS POUR FACILITER LE SUIVI DES MALADIES CHRONIQUES

Gr 3 #9	Prise en charge par une équipe multidisciplinaire pour offrir une gamme d'interventions.
---------	--

Gr 2 #9	Accès plus facile à une équipe multidisciplinaire pour le patient, idéalement en clinique : plus simple pour tous.
---------	--

Gr 4 #23	Transposer le Programme « Prisme 1 + 2 » pour le diabète aux maladies cardiovasculaires.
----------	--

Gr 1 #11	Mettre en place une structure, à l'image du centre EPIC, dédiée au traitement et à la prévention des MCV au sein de laquelle différents professionnels, outils et activités seraient disponibles pour les personnes à risque. Ce type de lieu permet en outre le développement d'un sentiment d'appartenance en regroupant dans un même lieu des gens ayant les mêmes problèmes de santé.
----------	---

Gr 4 #2	Mettre en place un projet pilote d'expertise multidisciplinaire intégrant un intervenant pivot.
---------	---
