

GUIDE DU RÉFÉRENT

SERVICES DE PRÉVENTION ET DE GESTION INTÉGRÉE DES MALADIES CHRONIQUES du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Pour médecins et professionnels du RLS de Trois-Rivières

Produit par Sabrina Béland, Coordonnatrice clinique en maladies chroniques, & Andréanne Therrien, infirmière clinicienne au programme maladies chroniques

En collaboration avec Annie Gélinas, conseillère cadre en soins infirmiers, & les équipes du Centre Intégré en maladies chroniques (CIMC), de la direction de santé publique, du soutien à domicile et des cliniques spécialisées concernées du CHAUR

Mise à jour par Andréanne Therrien le 2016-04-01

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec**

Québec 

Table des matières

Lexique	3
Introduction	4
Services de première ligne en prévention et gestion intégrée des maladies chroniques	5
Services préventifs	8
Programme choisi de maigrir ?	8
Centre d'abandon du tabac	9
Programme Alcochoix +	10
Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)	11
Programme d'interventions multifactorielles personnalisées (IMP)	12
Centre Intégré en Maladies Chroniques	13
Service aux personnes diabétiques	14
Clinique MPOC	15
Programme ma santé à vie	16
Réseau intégré régional de suivi et de traitement de l'hépatite C	17
Soutien à domicile (SAD)	18
Services de deuxième ligne en gestion intégrée des maladies chroniques	19
Cliniques spécialisées du CHAUR	20
Clinique de diabète spécialisée	21
Clinique MPOC spécialisée	22
Clinique d'hypertension spécialisée	23
Résumé du guide du référent	24
Annexes	25

Lexique

AHGO :	Antihyperglycémiants oraux
AQESSS :	Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux
ARA :	Antagoniste des récepteurs de l'Angiotensine
CAT:	Centre d'abandon du tabac
CHAUR :	Centre hospitalier affilié universitaire régional
CIMC :	Centre intégré en maladies chroniques
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DPAC :	Dialyse péritonéale ambulatoire continue
DPE :	Dossier patient électronique
GMF :	Groupe de médecine familiale
HDV :	Habitudes de vie
HTA :	Hypertension artérielle
IECA :	Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'Angiotensine
IMP :	Interventions multifactorielles personnalisées
MODY :	Maturity-Onset Diabetes of the Young
MPOC :	Maladie pulmonaire obstructive chronique
PCP :	Pratiques cliniques préventives
PGIMC :	Prévention et gestion intégrée des maladies chroniques
PIED :	Programme intégré d'équilibre dynamique
RAC :	Rapport albumine-créatinine
RLS :	Réseau local de services
SAD :	Soutien à domicile

Introduction

L'offre de service en prévention et gestion intégrée des maladies chroniques (PGIMC) repose de l'analyse des impacts sur la mortalité, la morbidité et la qualité de vie des individus atteints. Le tiers des coûts de soins de santé générés par le vieillissement de la population sont reliés aux maladies chroniques¹. La prévalence croissante des maladies chroniques exige donc des stratégies collectives afin de répondre aux besoins des usagers atteints.

Les services de PGIMC comprennent deux stratégies, soit :

1. La prévention primaire ayant comme objectif de minimiser l'impact des maladies chroniques à long terme
2. La gestion intégrée ayant comme objectif de maintenir la qualité de vie des usagers atteints de maladies chroniques et de minimiser les services de soins aigus, de même que le fardeau financier associé.

De telles approches en PGIMC misent sur une forte organisation des services de santé de première ligne convoitant l'interdisciplinarité et la responsabilisation des personnes touchés par maladies chroniques. Ces approches doivent également permettre l'accès aux services spécialisés de deuxième ligne pour une clientèle requérant services complexes².

Le présent guide du référent permet de définir les critères et modalités de référence aux services de prévention et de gestion intégrée des maladies chroniques physiques ciblés en première et en deuxième ligne au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (MCQ) pour la clientèle résidant sur le RLS de Trois-Rivières.

¹ CSSSTR (2013). Pour une planification stratégique et un continuum de services réussis. *Document inédit*.

² MSSS. (2012). Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne

Services de première ligne en prévention et gestion intégrée des maladies chroniques

Les services de première ligne en PGIMC du CIUSSS MCQ offerts à la clientèle résidant sur le RLS de Trois-Rivières comprennent trois volets, soit les services préventifs, le centre intégré en maladies chroniques (CIMC) et le soutien à domicile. Les services préventifs comprennent le programme *choisir de maigrir?*, le centre d'abandon tabagique (CAT), le programme *alcochoix+* et le *programme de prévention des chutes*. Le CIMC comprend des services pour personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaires, soit le *programme ma santé à vie*. Le CIMC comprend également le *service aux personnes diabétiques* et la *clinique MPOC*. Quant aux services offerts au soutien à domicile, ils s'inspirent des services de PGIMC de première ligne énumérés en les adaptant à une clientèle confinée à domicile.

Les modalités de référence pour les services de première ligne en PGIMC sont:

1. Référence médicale
2. Référence professionnelle
3. Autoréférence



À l'exception du programme *choisir de maigrir* et du soutien à domicile, toute demande de service de première ligne en PGIMC par un professionnel se fait à l'aide de la **Fiche de référence en maladies chroniques**, (formulaire CSSSTR 220 disponible en ANNEXE1).

Le référent peut transmettre le formulaire à l'accueil santé populationnel via télécopieur ou le remettre à l'utilisateur afin qu'il contacte directement l'accueil santé populationnel du Centre St-Joseph (voir coordonnées page suivante).

COORDONNÉES DE L'ACCUEIL SANTÉ POPULATIONNEL	
CENTRE ST-JOSEPH	
<p> : (819) 373 7726</p> <p> : (819) 370 2200 POSTE 42150</p> <p>LIGNE TÉLÉPHONIQUE PROFESSIONNELLE : (819) 370 2200 POSTE 43150</p> <p>731, RUE STE JULIE, TROIS-RIVIÈRES (QUÉBEC) G9A 1Y1</p> <p>ENTRE 8 H et 16 H, DU LUNDI AU VENDREDI</p> <p>JOURS OUVRABLES</p> <p>www.cssstr.qc.ca</p>	

Il existe 2 moyens de se procurer la *fiche de référence en maladies chroniques* :

1. Contacter les conseillers en pratique clinique préventive

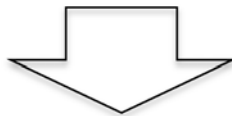
COORDONNÉES DES CONSEILLERS EN PRATIQUE CLINIQUE PRÉVENTIVE (CPCP)	
Pour professionnels œuvrant au CIUSSS sur le RLS de Trois-Rivières	Pour professionnels œuvrant à l'extérieur du CIUSSS sur le RLS de Trois-Rivières
 (819) 370 2200 POSTE 44052	 (819) 370 2200 POSTE 42402

2. Télécharger le formulaire sur le web à l'aide des directives suivantes :

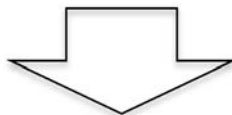
- A. Consulter le site Internet : www.cssstr.qc.ca;
- B. Cliquez sur la section *MÉDECINS ET PARTENAIRES*;
- C. Cliquez sur Prévention et gestion des maladies chroniques, dans le menu de gauche;
- D. Cliquez sur le lien *Fiche de référence - Prévention et gestion des maladies chroniques*

Services préventifs

Programme choisi de maigrir ?



CLIENTÈLE VISÉE
Femmes âgées entre 18 et 65 ans ayant une préoccupation à l'égard de leur poids ou leur relation avec la nourriture.
DESCRIPTION DU SERVICE
Démarche de groupe (15 personnes) comprenant 13 rencontres hebdomadaires de 3 heures et une journée intensive de 6 heures, pour une durée totale de 45 heures. Comprend discussions, mise en situation, travaux à la maison, dégustations, imageries mentales et exercices écrits.
OBJECTIFS DU SERVICE
Briser le cycle du yoyo, retrouver le plaisir de bouger et manger sainement, améliorer sa relation avec son corps et sa nourriture, développer sa confiance en soi, travailler sur sa motivation, prendre une décision éclairée concernant son poids et sa santé et élaborer son propre plan d'action.
PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS
Nutritionniste Intervenant social Kinésiologue
LOCALISATION
Centre St-Joseph 731, rue Ste-Julie Trois-Rivières (Québec) G9A 1Y1
FRAIS
25\$



La participante doit remplir le questionnaire d'inscription

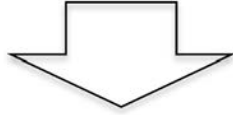
Questionnaires disponibles via:

- Site Internet CSSSTR
- Réception du Centre St-Joseph
- Réception du Centre Cloutier-du Rivage

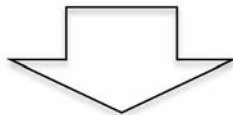
La participante transmet ensuite le questionnaire à la réception des centres Cloutier-du Rivage ou St-Joseph ou à l'adresse courriel indiqué sur le questionnaire

Services préventifs

Centre d'abandon du tabac



CLIENTÈLE VISÉE
Fumeurs ou ex-fumeurs, ayant besoin d'aide et de soutien. N.B. : La clientèle âgée de 17 ans et moins ont accès au service de counseling seulement.
DESCRIPTION DU SERVICE
Service d'interventions individuelles : <ul style="list-style-type: none"> • Cesser de fumer en respectant le rythme et les besoins de l'utilisateur ; • Application de l'ordonnance collective pour la thérapie de remplacement à la nicotine • Suivis ponctuels
OBJECTIFS DU SERVICE
Accéder à un soutien personnalisé, développer des stratégies pour cesser de fumer et demeurer non-fumeur, faire face aux symptômes de sevrage, favoriser le contrôle du poids suite à l'arrêt tabagique, améliorer la gestion du stress et prévenir les rechutes.
PROFESSIONNEL IMPLIQUÉ
Infirmière clinicienne
LOCALISATION
Centre St-Joseph 731, rue Ste-Julie Trois-Rivières (Québec) G9A 1Y1 Centre Cloutier-du Rivage 155, rue Toupin Trois-Rivières (Québec) G8T 3Z8
FRAIS
Aucun

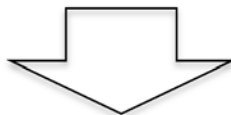


• TÉLÉCOPIER la fiche CSSSTR220 au **819 373-7726**

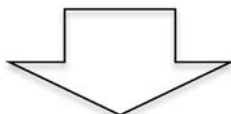
- L'utilisateur peut contacter l'infirmière du CAT au ☎ **819 370-2200 poste 3191**

Services préventifs

Programme Alcochoix +



CLIENTÈLE VISÉE
Adultes préoccupés par leur consommation d'alcool et désirant modifier ses habitudes de consommation. (10 à 35 consommations/semaine).
DESCRIPTION DU SERVICE
Programme d'interventions individuelles permettant à la personne de modifier ses habitudes face à sa consommation d'alcool. Deux formules sont proposées. La formule autonome propose à l'utilisateur de venir chercher son guide Alcochoix+, et de l'appliquer de façon autonome à la maison, tout en contactant un intervenant au besoin. La formule guidée suggère un suivi individuel auprès d'un intervenant à l'aide du guide Alcochoix+ (moyenne de 3 à 8 rencontres).
OBJECTIFS DU SERVICE
Accéder à un soutien personnalisé, développer des stratégies de contrôle pour réduire la consommation d'alcool et maintenir un niveau de consommation d'alcool permettant d'éviter les problèmes biopsychosociaux.
PROFESSIONNEL IMPLIQUÉ
Intervenant social
LOCALISATION
Centre St-Joseph 731, rue Ste-Julie Trois-Rivières (Québec) G9A 1Y1
FRAIS
Aucun

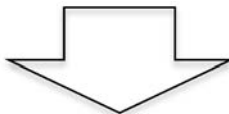


- **TÉLÉCOPIER** la fiche CSSSTR220 au **819 373-7726**
- L'utilisateur peut contacter l'accueil psychosociale au ☎ **819 370-2100**

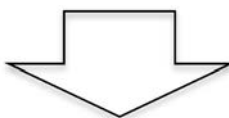
Services préventifs

Programme de prévention des chutes

Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)



CLIENTÈLE VISÉE
Adultes autonomes de 65 ans et plus ayant une histoire de chute sans aide à la marche.
DESCRIPTION DU SERVICE
Programme d'exercice en groupe permettant à la personne de prévenir les chutes au quotidien. Durée de 10 semaines, 2 fois par semaine comprenant : <ul style="list-style-type: none">• Évaluation pré et post programme• Exercices en groupe (12 à 15 personnes)• Capsules de prévention• Programme d'exercices à faire à domicile
OBJECTIFS DU SERVICE
Améliorer l'équilibre, renforcer les membres inférieurs, développer la souplesse, maintenir l'autonomie, prévenir les chutes et/ou limiter les conséquences en cas de chutes.
PROFESSIONNEL IMPLIQUÉ
Ergothérapeute Kinésiologue Thérapeute en réadaptation physique
LOCALISATION
Salles communautaires
FRAIS
Aucun



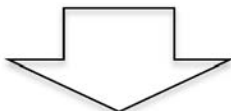
TÉLÉCOPIER la fiche CSSSTR220 au **819 373-7726**

L'utilisateur peut contacter la répondante du programme P.I.E.D au **819 370-2200**
poste 43206

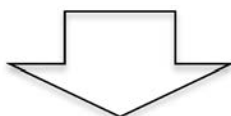
Services préventifs

Programme de prévention des chutes

Programme d'interventions multifactorielles personnalisées (IMP)



CLIENTÈLE VISÉE
Adultes de 65 ans et plus en perte d'autonomie avec histoire de chute sans déficit cognitif.
DESCRIPTION DU SERVICE
Programme d'interventions individuelles de 12 à 18 mois permettant à la personne de prévenir les chutes dans son quotidien comprenant : <ul style="list-style-type: none">• Dépistage des facteurs de risque de chute• Évaluation de la capacité motrice• Évaluation de l'environnement• Évaluation de la gestion des médicaments• Mise en place d'un plan d'intervention
OBJECTIFS DU SERVICE
Maintenir l'autonomie des aînés à domicile, intervenir de façon personnalisée sur plusieurs aspects de la personne (capacité motrice, environnement, médication et autres), prévenir les chutes et/ou limiter les conséquences en cas de chutes.
PROFESSIONNEL IMPLIQUÉ
Thérapeute en réadaptation physique Infirmière Selon les besoins, l'équipe interdisciplinaire pourrait être composée de physiothérapeute, d'ergothérapeute, de nutritionniste et d'intervenant social.
LOCALISATION
Domicile de l'utilisateur
FRAIS
Aucun



TÉLÉCOPIER la fiche CSSSTR220 au **819 373-7726**

L'utilisateur peut contacter la responsable au
819 379-5650 poste 25087

Centre Intégré en Maladies Chroniques

Le centre intégré en maladies chroniques (CIMC) est localisé au Centre St-Joseph. L'équipe interdisciplinaire est formée d'infirmières cliniciennes, de nutritionnistes, d'une kinésiologue, d'une intervenante sociale et d'une inhalothérapeute.

Le CIMC regroupe les programmes de PGIMC suivants :

- **Service aux personnes diabétiques**
- **Clinique MPOC**
- **Programme Ma santé à vie (personnes avec un ou plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire)**
- **Réseau intégré régional de suivi et de traitement de l'hépatite C**

Pour les programmes de PGIMC énumérés ci-haut, les usagers sont inscrits aux formations de groupe et accèdent par la suite aux suivis individuels, à l'exception des cas mentionnés ci-dessous qui **accèdent directement aux suivis individuels** :

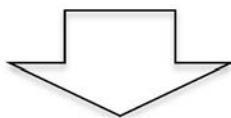
- Correspond aux *critères de priorités* du CIMC (voir les différents critères pour chaque programme du CIMC)
- A déjà suivi la formation de groupe dans un délai inférieur à 5 ans
- Habite en résidence ou âgé de plus de 75 ans
- Analphabète
- Incapacité de comprendre ou de s'exprimer en français
- Troubles cognitifs
- Troubles de santé mentale ne permettant pas d'interagir en groupe
- Déficience intellectuelle
- Inapte à participer aux rencontres de groupe pour des raisons valables

Les **balises de fermeture** de l'épisode de soins sont les suivantes :

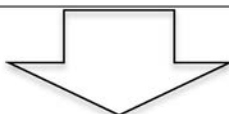
- Autogestion adéquate de la maladie et atteinte de cibles visées
- Non compliance de l'utilisateur ou refus de l'utilisateur lors de l'inscription
- Capacité d'apprentissage limitée de l'utilisateur
- Patient nécessitant des interventions ponctuelles plutôt qu'un suivi à long terme
- Abandon de l'utilisateur en cours de suivi (*2 absences sans raison valables*)

Centre Intégré en Maladies Chroniques

Service aux personnes diabétiques



CLIENTÈLE VISÉE
Adulte diabétique de type II.
DESCRIPTION DU SERVICE
Service d'enseignement et de suivi permettant à l'utilisateur l'autogestion de son diabète comprenant: <ul style="list-style-type: none">• 5 rencontres de groupe de 2 heures sur 5 semaines basées sur le <i>PRIISME diabète Mauricie</i>• Suivi ou enseignement individuel adapté aux besoins de l'utilisateur• Application d'ordonnances collectives ou individuelles pour l'ajustement de la médication en partenariat médecin traitant
OBJECTIFS DU SERVICE
Rendre l'utilisateur autonome au sujet de la prise en charge de sa maladie chronique au quotidien, stabiliser et maintenir les paramètres cliniques associés au diabète afin de prévenir les complications à court et long terme
CRITÈRES DE PRIORITÉ (sera priorisé et suivi en individuel)
<ul style="list-style-type: none">• Glycémies ≥ 15 mmol / L• Initiation à l'insuline• Modification du type de traitement d'insuline• Hypoglycémies fréquentes• Débalancement récent des glycémies• Autres situations nécessitant une prise en charge rapide par l'infirmière clinicienne ou la nutritionniste
PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS
Infirmière clinicienne Nutritionniste Kinésiologue Intervenante sociale
FRAIS
Aucun

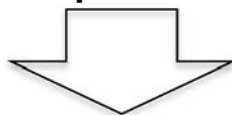


TÉLÉCOPIER la fiche CSSSTR220 au **819 373-7726**

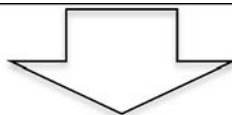
L'utilisateur peut contacter l'accueil santé populationnel au **819 370-2200**
poste 42150

Centre Intégré en Maladies Chroniques

Clinique MPOC



CLIENTÈLE VISÉE	
Volet dépistage	Volet suivi
Adulte de 40 ans et + avec antécédents tabagique présentant 1 ou plusieurs symptômes parmi les suivants: <ul style="list-style-type: none">• Toux persistante• Dyspnée• Expectorations régulières• Infections respiratoires fréquentes et persistantes• Respiration sifflante à l'effort ou la nuit	Adulte présentant un diagnostic connu de : <ul style="list-style-type: none">• MPOC de stade léger• MPOC de stade modérée• MPOC de stade sévère• MPOC de stade très sévère
DESCRIPTION DU SERVICE	
Service de dépistage : Ordonnance collective pour spirométrie. Service d'enseignement et de suivi permettant à l'utilisateur l'autogestion de sa MPOC comprenant : <ul style="list-style-type: none">• Suivi individuel adapté selon les besoins de l'utilisateur• 4 rencontres de groupe basées sur le programme <i>Mieux Vivre avec sa MPOC</i>	
OBJECTIFS DU SERVICE	
Rendre l'utilisateur autonome au sujet de la prise en charge de sa maladie chronique au quotidien, stabiliser et maintenir les paramètres cliniques associés à la MPOC afin de prévenir les complications à court et long terme.	
CRITÈRES DE PRIORITÉS (sera priorisé et suivi en individuel)	
<ul style="list-style-type: none">• Priorisation demandée par le pneumologue ou le médecin traitant• Enseignement de l'utilisation du compresseur pour aérosolthérapie, si exacerbation aiguë de la MPOC (EAMPOC) en cours• Client en cours d'utilisation de son plan d'action MPOC• Client sans amélioration de son état pulmonaire post utilisation du plan d'action	
PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS	
Infirmière clinicienne Inhalothérapeute Intervenante sociale Kinésiologue Nutritionniste	
FRAIS	
Aucun	



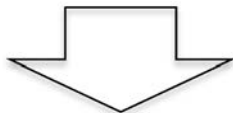
TÉLÉCOPIER la fiche CSSSTR220 au **819 373-7726**

L'utilisateur peut contacter l'accueil santé populationnel au **819 370-2200**

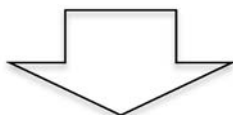
poste 42150

Centre Intégré en Maladies Chroniques

Programme ma santé à vie



CLIENTÈLE VISÉE
Adulte présentant un ou plusieurs facteurs de risques de maladies cardiovasculaires parmi les suivants: Pré-diabète (anomalie de la glycémie à jeun et /ou intolérance au glucose), hypertension artérielle, dyslipidémie, obésité abdominale, syndrome métabolique et stéatose hépatique.
DESCRIPTION DU SERVICE
<i>Programme d'éducation à la santé et soutien à l'autogestion :</i> <ul style="list-style-type: none">• 2 rencontres de groupe portant sur les saines habitudes de vie (Durée : 2 heures chacune)• Suivi individuel adapté selon les besoins de l'usager• Application d'ordonnance collective en hypertension artérielle en partenariat avec le médecin traitant• Application d'ordonnance collective en dyslipidémie en partenariat avec le médecin traitant
OBJECTIFS DU SERVICE
Rendre l'usager autonome au sujet des saines habitudes de vie recommandées en prévention cardiovasculaire, stabiliser et maintenir les paramètres cliniques associés aux maladies chroniques afin de prévenir les complications à court et long terme.
CRITÈRES DE PRIORITÉS <i>(sera priorisé et suivi en individuel)</i>
Hypertension artérielle non contrôlée
PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS
Infirmière clinicienne; Nutritionniste; Kinésiologue; Intervenante sociale
FRAIS
Aucun



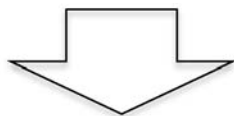
TÉLÉCOPIER la fiche CSSSTR220 au **819 373-7726**

L'usager peut contacter l'accueil santé populationnel au **819 370-2200**

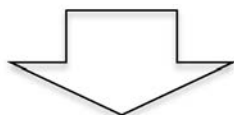
poste 42150

Centre Intégré en Maladies Chroniques

Réseau intégré régional de suivi et de traitement de l'hépatite C



CLIENTÈLE VISÉE
Adultes atteints d'hépatite C non traitée Adulte avec résultat positif à l'anti-VHC ou au VHC-RNA qualitatif
DESCRIPTION DU SERVICE
<ul style="list-style-type: none">• Suivi individuel adapté selon les besoins de l'utilisateur• Évaluation de la condition de santé• Élaboration d'un plan d'intervention et mise en place de services individualisés• Application d'ordonnance collective : Initier des examens diagnostiques lors de l'évaluation initiale des personnes atteintes de l'hépatite C (OC-1157)• Application d'ordonnance collective : Initier une demande de consultation aux médecins spécialistes pour la prise en charge des personnes atteintes d'hépatite C (OC-1158)
OBJECTIFS DU SERVICE
Offrir des soins et des services aux personnes ayant reçu un diagnostic positif au virus de l'hépatite C <ul style="list-style-type: none">• Diminuer la transmission du virus VHC• Diminuer les risques de morbidité et de mortalité reliés aux conséquences à long terme de la maladie• Améliorer les conditions de vie physiques et psychologiques des personnes atteintes du VHC
PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS
Gastroentérologues Infirmière-coordonnatrice Microbiologistes-infectiologistes
LOCALISATION
Centre St-Joseph (Bureau de l'infirmière) 731, rue Ste-Julie Trois-Rivières (Québec) G9A 1Y1
FRAIS
Aucun

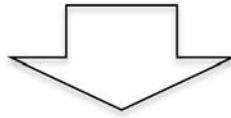


TÉLÉCOPIER la fiche CSSSTR220 au **819 373-7726**

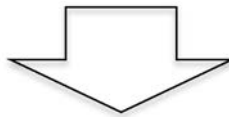
L'utilisateur peut contacter l'accueil santé populationnel au **819 370-2200**

poste 42187

Soutien à domicile (SAD)



CLIENTÈLE VISÉE
Usagé confiné à domicile en raison de son état ou encore à qui il est plus pertinent, sur le plan clinique, d'offrir des services à domicile présentant les critères généraux d'admissibilité suivants : <ul style="list-style-type: none">• La personne et ses proches aidants acceptent de participer au processus de décision et également, de recevoir les services requis• Le domicile est jugé adéquat et sécuritaire pour la prestation de soins et services requis• Le client et son réseau contribuent, dans la mesure de leurs capacités, à la dispensation des services <i>N.B. Le critère ambulatoire est évalué par le professionnel de la santé de l'accueil lors de la première prise de contact, afin de s'assurer de l'orientation adéquate de l'utilisateur.</i>
DESCRIPTION DU SERVICE
L'offre de service du SAD s'inspire des services de PGIMC de première ligne énumérés précédemment en les adaptant à une clientèle confinée à domicile.
OBJECTIFS DU SERVICE
Stabiliser et maintenir les paramètres cliniques associés aux maladies chroniques afin de prévenir les complications à court et long terme, en partenariat avec la personne ou ses proches aidants.
PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS
Équipe interdisciplinaire qui pourrait être composée d'ergothérapeute, d'infirmière auxiliaire, d'infirmière, d'infirmière clinicienne, d'inhalothérapeute, d'intervenante sociale, de nutritionniste, de physiothérapeute et de thérapeute en réadaptation physique selon les besoins de l'utilisateur.
FRAIS
Aucun



TÉLÉCOPIER la demande de services professionnels en CLSC
(formulaire DT006B (ANNEXE 2) à **819 376-2381**)

L'utilisateur peut contacter l'accueil santé populationnel au **819 379-5650**
poste 25007 ou 25008

Services de deuxième ligne en gestion intégrée des maladies chroniques

Cliniques spécialisées du CHAUR

Les cliniques spécialisées situés au Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) offrent des services pour une clientèle ayant des besoins complexes nécessitant une expertise de pointe. L'implication d'un médecin spécialiste au sein de ces cliniques ainsi que des critères d'inclusion spécifiques différencient les cliniques spécialisées de celles du CIMC.

Dans un premier temps, les cliniques spécialisées ciblées par le projet sont les suivantes :

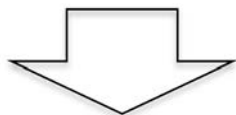
- ***Clinique spécialisée en diabète***
- ***Clinique MPOC spécialisée***
- ***Clinique d'hypertension spécialisée***

Les 3 cliniques spécialisées mentionnées précédemment permettent l'accès à des médecins spécialistes selon le type de maladie chronique :

- *Clinique spécialisée en diabète* : **Endocrinologues**
- *Clinique MPOC spécialisée* : **Pneumologues**
- *Clinique d'hypertension spécialisée* : **Néphrologues**

Les critères de références spécifiques pour chaque clinique spécialisée figurent dans les pages qui suivent. De plus, **seule une référence médicale** à l'aide du formulaire DT 9040 sera acceptée.

Clinique de diabète spécialisée



CLIENTÈLE VISÉE

Adulte présentant un diabète:

- Type I
- Type II débalancé, sous insuline
- Gestationnel
- Sous pompe à insuline
- Monogénique (MODY)
- Secondaire à un débalancement hormonal
- Avec IRC terminale (Sous hémodialyse ou DPAC)
- Non contrôlé, sous corticothérapie à long terme
- Non contrôlé sous chimiothérapie
- Non contrôlé avec multiples visites à l'urgence

DESCRIPTION DU SERVICE

Service d'enseignement et de suivi

- 4 rencontres de groupe de 6 heures sur 1 semaine basées sur le *PRIISME diabète Mauricie*
- Suivi ou enseignement individuel adapté aux besoins de l'utilisateur pour clientèle du CHAUR ou de l'externe
- Application d'ordonnances individuelles pour l'ajustement de la médication en partenariat avec médecin traitant pour clientèle du CHAUR de l'externe
- Ajustement des paramètres de pompe à insuline avec ordonnance du médecin traitant
- Installation d'un moniteur de glucose en continue et analyse selon ordonnance
- Enseignement insulinothérapie + ajustement d'insuline pour clientèle du CHAUR avant congé (Référence exclusive des endocrinologues)

OBJECTIFS DU SERVICE

Stabiliser les paramètres cliniques associés au diabète afin de prévenir les complications associées.

CRITÈRES DE PRIORITÉS

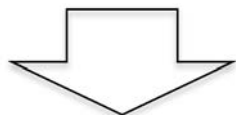
- Pompe à insuline avec un diabète débalancé
- Débalancement récent des glycémies
- Initiation à l'insuline
- HbA1c ayant une augmentation soudaine
- Diabétique type 1 débalancé
- Glycémie avec augmentation soudaine de 10 mmol/L
- Modification du type de traitement d'insuline
- Glycémies ≥ 15 mmol / L
- Hypoglycémies fréquentes
- Situations nécessitant une prise en charge rapide par l'infirmière clinicienne

PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS

Endocrinologue, infirmière clinicienne; nutritionniste, pharmacien et intervenant social

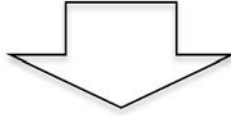
FRAIS

Aucun

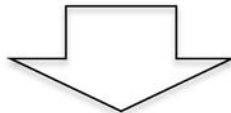


TÉLÉCOPIER le formulaire DT9040 au **819-371-5045**

Clinique MPOC spécialisée

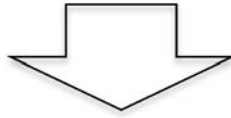


CLIENTÈLE VISÉE
Adulte MPOC référé au «Programme de prise en charge MPOC» et provenant de Trois-Rivières, Bécancour-Nicolet-Yamaska et Maskinongé.
DESCRIPTION DU SERVICE
Supporter le médecin traitant entre autre lors de : <ul style="list-style-type: none">• Diagnostic incertain• Dyspnée disproportionnée• Mauvaise réponse au traitement• Visites à l'urgence et/ou hospitalisations fréquentes (plusieurs exacerbations)• Toute interrogation concernant la condition de santé de l'utilisateur
OBJECTIFS DU SERVICE
Optimiser le suivi de la clientèle MPOC en visant à stabiliser les paramètres cliniques associés à la MPOC afin de prévenir les complications associées.
CRITÈRES DE RÉFÉRENCE
Usager <i>faisant partie du «Programme Prise en charge MPOC»</i> , et dont l'état clinique nécessite une consultation en pneumologie dans un délai de 24 à 48 heures (selon l'évaluation du médecin référent) . Demande de consultation non urgente en pneumologie dont le délai sera évalué par le pneumologue selon les notes cliniques du médecin référent.
PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS
Pneumologues Infirmière clinicienne Inhalothérapeute
FRAIS
Aucun

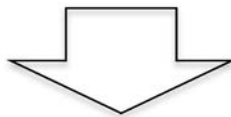


TÉLÉCOPIER le formulaire DT9040 au **819-694-4100**

Clinique d'hypertension spécialisée



CLIENTÈLE VISÉE
Adulte présentant: <ul style="list-style-type: none">• Détérioration progressive de la fonction rénale• HTA réfractaire ou avec de nombreux effets secondaires à la thérapie• HTA reliée à la grossesse• HTA secondaire avérée, suspectée ou compliquée• HTA chez le jeune adulte (18-30 ans) ou pré-HTA<ul style="list-style-type: none">• T.A. > que la cible malgré la prise de 3 médicaments anti- hypertenseurs à doses optimisées dont l'un est un diurétique
DESCRIPTION DU SERVICE
Clinique spécialisée visant à améliorer la prise en charge des patients souffrant d'hypertension secondaire ou réfractaire en conformité avec les recommandations du programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH).
OBJECTIFS DU SERVICE
Stabiliser les paramètres cliniques associés à l'HTA afin de prévenir les complications associées.
CRITÈRES DE PRIORITÉS
Sur réception de la demande de consultation, le néphrologue attribuera la priorité, à l'aide des renseignements cliniques fournis.
PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS
Infirmière clinicienne Néphrologue Nutritionniste
FRAIS
Aucun



TÉLÉCOPIER le formulaire DT9040 au **819-372-3506**

Résumé du guide du référent

Première ligne : Services préventifs

Choisir de maigrir?	CAT	Alcochoix +	Prévention des chutes	
			PIED	IMP
<i>Femmes de 18 à 65 ans préoccupées par leur poids ou leur relation avec la nourriture</i>	<i>Fumeurs ou ex-fumeurs, ayant besoin d'aide et de soutien pour l'arrêt tabagique</i>	<i>Adultes préoccupés par leur consommation d'alcool désirant modifier leurs habitudes</i>	<i>Adultes autonomes de 65 ans et + à risque de chute sans aide à la marche</i>	<i>Adultes en perte d'autonomie de 65 ans et + avec histoire de chute</i>
↓	↓	↓	↓	↓
L'utilisateur remplit le questionnaire disponible au : - Site St-Joseph - Site Cloutier - www.cssstr.qc.ca	Télécopier le formulaire CSSSTR 220 à 819-373-7726	Télécopier le formulaire CSSSTR 220 à 819-373-7726	Télécopier le formulaire CSSSTR 220 à 819-373-7726	Télécopier le formulaire CSSSTR 220 à 819-373-7726

Première ligne : Centre intégré en maladies chroniques (CIMC)

Service aux personnes diabétiques	Clinique MPOC	Programme ma santé à vie
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adulte diabétique type II</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adulte avec symptômes pour spirométrie</i> • <i>Adulte avec diagnostic de MPOC</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adulte avec facteurs de risque cardiovasculaire (1 ou plus)</i>
↓	↓	↓
Pour les 3 cliniques du CIMC : Télécopier le formulaire CSSSTR 220 à 819-373-7726		

Deuxième ligne : Cliniques spécialisées du CHAUR

Clinique de diabète spécialisée	Clinique MPOC spécialisée	Clinique d'hypertension spécialisée
<i>Adulte diabétique :</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Type I</i> • <i>Type II débalancé, sous insuline</i> • <i>Gestationnel</i> • <i>Sous pompe à insuline</i> • <i>Monogénique (MODY)</i> • <i>Secondaire à un déséquilibre hormonal</i> • <i>Avec IRC terminale (Sous hémodialyse ou DPAC)</i> • <i>Non contrôlé, sous corticothérapie à long terme ou chimiothérapie</i> • <i>Non contrôlé avec multiples visites à l'urgence</i> 	<i>Adulte avec:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Diagnostic incertain</i> • <i>Dyspnée disproportionnée</i> • <i>Mauvaise réponse au traitement</i> • <i>Visites à l'urgence et/ou hospitalisations fréquentes (plusieurs exacerbations)</i> • <i>Toute interrogation concernant la condition de santé de l'utilisateur</i> 	<i>Adulte avec:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>HTA et détérioration progressive de la fonction rénale</i> • <i>HTA réfractaire ou avec de nombreux effets secondaires à la thérapie</i> • <i>HTA reliée à la grossesse</i> • <i>HTA secondaire avérée, suspectée ou compliquée</i> • <i>HTA chez le jeune adulte (18-30 ans) ou pré-HTA</i>
↓	↓	↓
TÉLÉCOPIER le formulaire DT9040 à 819-371-5045	TÉLÉCOPIER le formulaire DT9040 à 819-694-4100	TÉLÉCOPIER le formulaire DT9040 à 819-372-3506

Soutien à domicile (SAD)

Usagé **confiné à domicile** en raison de son état ou à qui il est plus pertinent, sur le plan clinique, d'offrir le SAD

↓
TÉLÉCOPIER le formulaire DT006B à **819 376-2381**

Annexes

Annexe 1 : fiche de référence en maladies chroniques formulaire CSSSTR220 (page 1 de 2)



CSSSTR220

Dossier : _____
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Téléphone : _____
 DDN : _____

FICHE DE RÉFÉRENCE PRÉVENTION ET GESTION DES MALADIES CHRONIQUES RLS DE TROIS-RIVIÈRES

ACCUEIL SANTÉ POPULATIONNEL
 TÉLÉCOPIEUR : 819 373-7726
 ☎ : 819 370-2200 POSTE 42150
 Site Internet : www.cssstr.qc.ca

Clientèle orpheline acceptée

Ne constitue pas une prise en charge médicale

ORIGINE DE LA DEMANDE : Médecin Pharmacien Professionnel de la santé : _____

CENTRE INTÉGRÉ EN MALADIES CHRONIQUES - CENTRE ST-JOSEPH

PROGRAMMES OFFERTS	CRITÈRES DE RÉFÉRENCE	CRITÈRES DE PRIORITÉ <i>SUIVI RAPIDE ET INDIVIDUEL AU PRÉALABLE</i>
<input type="checkbox"/> Ma santé à vie Comprend : - 2 rencontres éducatives de groupe - Suivi individuel au besoin	Adulte atteint d'au moins un facteur de risque parmi les suivants : <input type="checkbox"/> Embonpoint/Obésité <input type="checkbox"/> Pré-HTA ou HTA <input type="checkbox"/> Prédiabète <input type="checkbox"/> Dyslipidémie (DLP) <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique	<input type="checkbox"/> HTA avec symptômes <input type="checkbox"/> HTA non contrôlée ($\geq 140/90$) <input type="checkbox"/> Ordonnance collective HTA ou DLP <input type="checkbox"/> Dépistage hypotension orthostatique <input type="checkbox"/> Effets secondaires de la médication
<input type="checkbox"/> Service aux personnes diabétiques Comprend : - 5 rencontres éducatives de groupe - Suivi individuel au besoin	<input type="checkbox"/> Adulte atteint de diabète de type II (connu de l'utilisateur)	<input type="checkbox"/> Glycémies ≥ 15 mmol / L <input type="checkbox"/> Initiation à l'insuline <input type="checkbox"/> Hypoglycémies fréquentes <input type="checkbox"/> Débalancement récent des glycémies <input type="checkbox"/> Ordonnance collective ou individuelle
<input type="checkbox"/> Clinique MPOC Comprend : - Spirométrie de dépistage - Suivi individuel - 4 rencontres éducatives de groupe au besoin	<input type="checkbox"/> Dépistage : - Fumeur ou Ex-fumeur ≥ 40 ans - Toux persistante - Expectorations - Respiration sifflante - Dyspnée - Infections récurrentes	<input type="checkbox"/> MPOC (connu de l'utilisateur) <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Très sévère
<input type="checkbox"/> Réseau intégré régional de suivi et de traitement de l'hépatite C Comprend : - Suivi individuel	<input type="checkbox"/> Adulte positif au anti-VHC ou VHC-RNA qualitatif <input type="checkbox"/> Adulte avec hépatite C non traitée <input type="checkbox"/> Prise en charge par le réseau intégré régional de suivi et de traitement de l'hépatite C <input type="checkbox"/> Prise en charge par le référent	<input type="checkbox"/> Toute clientèle référée au réseau intégré d'hépatite C (1 ^{er} contact : < 7jours)
NOTES		

Suivi infirmier assuré par : CIMC GMF Pharmacie Autre _____

Nom du référent : _____

Signature du référent : _____ N°permis : _____ Date : _____

Annexe 1 : fiche de référence en maladies chroniques formulaire CSSSTR220 (page 2 de 2)



CSSSTR220

Dossier : _____
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Téléphone : _____
 DDN : _____

**FICHE DE RÉFÉRENCE
PRÉVENTION ET GESTION DES MALADIES CHRONIQUES
RLS DE TROIS-RIVIÈRES**

ACCUEIL SANTÉ POPULATIONNEL
 TÉLÉCOPIEUR : 819 373-7726
 ☎ : 819 370-2200 POSTE 42150
 Site Internet : www.cssstr.qc.ca
 Clientèle orpheline acceptée

Ne constitue pas une prise en charge médicale

ORIGINE DE LA DEMANDE : Médecin Pharmacien Professionnel de la santé : _____

SERVICES OFFERTS	CRITÈRES DE RÉFÉRENCE
<input type="checkbox"/> Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.) Programme d'une durée de 12 semaines, incluant : -Évaluation pré et post programme -Exercices en groupe deux fois par semaine -Capsules de prévention Offert dans la communauté.	<input type="checkbox"/> Personne de 65 ans et plus <input type="checkbox"/> À risque de chute <input type="checkbox"/> Préoccupation à l'égard de son équilibre <u>Exclusion</u> - Besoin d'un auxiliaire de marche en permanence - Perte d'autonomie - Chutes à répétition - Déficit cognitif
<input type="checkbox"/> Interventions multifactorielles personnalisées (I.M.P.) Programme d'une durée de 12 à 18 mois permettant d'améliorer et maintenir l'autonomie des aînés à domicile, comprenant : -Dépistage des facteurs de risque de chute -Évaluation de la capacité motrice, de l'environnement, de la gestion de la médication et autres aspects -Mise en place d'un plan d'intervention -Réévaluation et suivi au 6 mois Offert au domicile de l'utilisateur.	<input type="checkbox"/> Personne de 65 ans et plus <input type="checkbox"/> Présentant une perte d'autonomie <input type="checkbox"/> Histoire antérieure de chutes <input type="checkbox"/> Vivant à domicile <u>Exclusion</u> - Déficit cognitif significatif - Soins palliatifs
<input type="checkbox"/> Centre d'abandon du tabac (C.A.T.) Aide individuelle permettant à la personne de cesser de fumer, tout en respectant son rythme et ses besoins : -Counseling -Ordonnance collective pour la thérapie de remplacement à la nicotine -Suivi(s) ponctuel(s) Offert aux Centres Cloutier-du Rivage et St-Joseph.	<input type="checkbox"/> Fumeur (adulte) <input type="checkbox"/> Ex-fumeur (adulte) <input type="checkbox"/> 17 ans et moins (services de counseling seulement)
<input type="checkbox"/> Programme Alcochoix + Programme permettant à la personne de modifier ses habitudes face à sa consommation d'alcool comprenant une formule autonome ou guidée en partenariat avec un intervenant psychosocial. Offert au Centre St-Joseph.	<input type="checkbox"/> 10 à 35 consommations/semaine (adulte)

Nom du référant : _____

Signature du référant : _____ N° permis : _____ Date : _____

Annexe 2 : Demande de services professionnels en CLSC formulaire DT006B

Centre de santé et de services sociaux
de Trois-Rivières
Centre hospitalier universitaire régional



DT006B

Demande de services professionnels en C.L.S.C.

(24 heures avant le départ)

Organisme demandeur : _____

Appel fait par : _____ date : ____ / ____ / ____ hre : _____

Organisme destinataire : _____

Reçu par : _____ date : ____ / ____ / ____ hre : _____

Adresse temporaire

Tél. : _____

Données préliminaires

Milieu de vie :	<input type="checkbox"/> Vit seul	<input type="checkbox"/> Avec conjoint	<input type="checkbox"/> Avec famille	<input type="checkbox"/> Résidence d'accueil
État mental :	<input type="checkbox"/> Alerté	<input type="checkbox"/> Confus	<input type="checkbox"/> Troubles du comportement	
Hygiène personnelle :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide		
Mobilité :	<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Alité (e)	
Alimentation :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Gavage	
Élimination :	<input type="checkbox"/> Inc. urinaire	<input type="checkbox"/> Inc. fécale	<input type="checkbox"/> Stomie	<input type="checkbox"/> Sonde
Handicap :	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Physique	<input type="checkbox"/> Intellectuel	

Spécifiez, s'il y lieu : _____

Médecin responsable du suivi : _____ Tél. : _____

Diagnostic et conditions associées

Diagnostic connu du client	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Connu de la famille	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pronostic : <input type="checkbox"/> Guérison <input type="checkbox"/> Amélioration probable <input type="checkbox"/> Condition irréversible <input type="checkbox"/> Phase terminale					

Traitements et/ou services demandés

Signature (s) : _____ Date : ____ / ____ / ____ hre : _____

Date : ____ / ____ / ____ hre : _____


DT006B
3015-00-0016

Juin 2005

Annexe 3 : Demande de consultation médicale formulaire DT9040

URGENT : Oui Non

CONSULTATION MÉDICALE

Nom de l'établissement <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	 DT9040	
Consultant/service <input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/>		
Requérant <input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/>		
Service demandé <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Consultation et soins simultanés <input type="checkbox"/> Consultation et prise en charge <input type="checkbox"/> Consultation Pré-op		
Renseignements cliniques et motifs de la demande <input style="width: 98%; height: 40px;" type="text"/>		
Date Année Mois Jour Heure :	Médecin traitant Signature	N° permis Année Mois Jour Heure :
Avis transmis à :	par :	Date :
RÉPONSE DU MÉDECIN CONSULTANT		
Si la réponse est dictée, le médecin consultant doit consigner, dans les notes d'évolution, son opinion diagnostique et les recommandations qui sont nécessaires, de façon immédiate, pour le médecin traitant.		
<input style="width: 98%; height: 95%;" type="text"/>		
Année Mois Jour Heure :	SI L'ESPACE EST INSUFFISANT, utiliser le formulaire AH-600 ou AH-601 « Suite de rapport ».	
Date :	Signature du médecin consultant et n° permis	