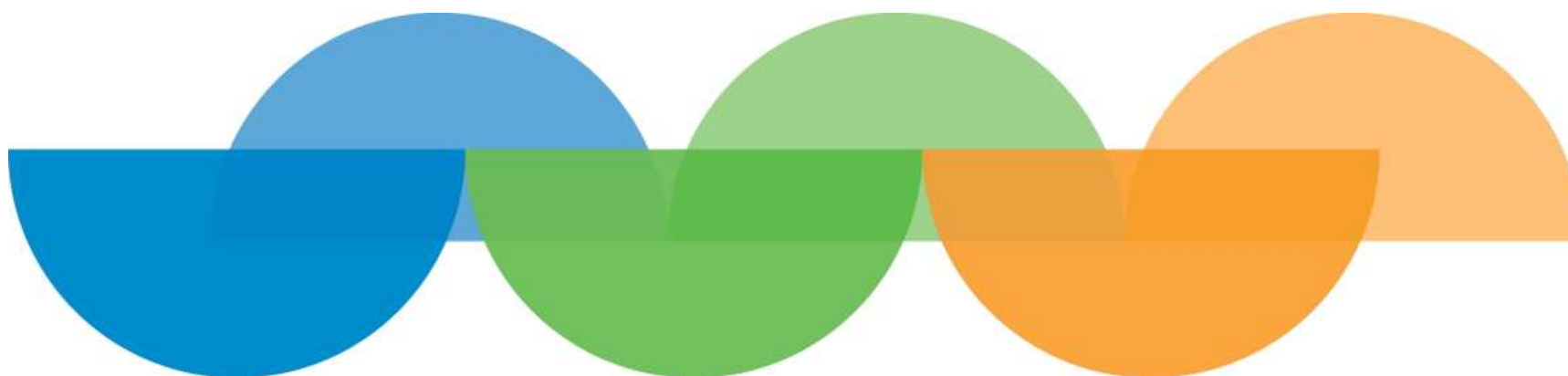




VISION ET PLAN D'ACTION DE SUIVI ET DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES POUR LES LAURENTIDES 2012 - 2015

**Direction régionale de la santé physique
Octobre 2012**

*Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides*

Québec 

Rédaction : Madame Isabelle Trépanier M.A., Direction régionale de la santé physique

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

ISBN 978-2-89547-173-8 (version imprimée)

ISBN 978-2-89547-174-5 (PDF)

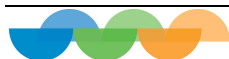
Reproduction ou téléchargement autorisé à des fins non commerciales avec mention de la source.

© Tous droits réservés

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2012



MISE EN CONTEXTE	4
LES ÉLÉMENTS THÉORIQUES.....	7
<i>L'ORGANISATION DU TRAVAIL POUR UNE GESTION OPTIMALE DES MALADIES CHRONIQUES.....</i>	7
<i>MODÈLE INTÉGRÉ DE LUTTE CONTRE LES MALADIES CHRONIQUES</i>	10
SCHÉMA D'ORGANISATION DES SERVICES DANS LE CONTINUUM.....	14
ÉTAT DE SITUATION DANS LES SEPT TERRITOIRES DE CSSS DES LAURENTIDES	16
LA VISION RÉGIONALE	19
LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL	21
STRUCTURE DE CONCERTATION.....	29
COMITÉ CLINIQUE LOCAL	29
CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXE I STATISTIQUES LAURENTIDES	33
ANNEXE II INTERVENANTS CLÉS ET MÉCANISMES DE LIAISON AU NIVEAU TERRITORIAL.....	36
ANNEXE III SCHÉMA DE PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES.....	37
ANNEXE IV QUESTIONNAIRE SUR LA GESTION ET LE SUIVI DES MALADIES CHRONIQUES.....	38



Mise en contexte

L'urgence d'agir

« Les maladies chroniques sont responsables de 65 % des coûts de santé des pays les plus industrialisés. »

« Plus de la moitié des Québécois souffrent d'au moins une maladie chronique et la plupart d'entre eux en ont plusieurs en même temps. »

« Environ 50 % des soins de santé sont consommés par 5 % des patients dont la majorité souffre de multiples maladies chroniques. »¹

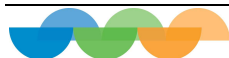
Avec de tels faits, inutile de redire que les maladies chroniques affligent un grand nombre de personnes au Québec. Certaines personnes font même face à plus d'une maladie chronique, ce qui résulte en une consommation de soins de santé plus fréquente. Dans les Laurentides, aucune vision et plan d'action quant au suivi et à la gestion des maladies chroniques existe. Pour remédier à cette situation, la Direction régionale de la santé physique a dans un premier temps effectué une recension des écrits sur le sujet afin de faire l'inventaire des meilleures approches cliniques pour les maladies chroniques. Dans un deuxième temps, a bâti un questionnaire afin d'établir un état de situation par territoire de CSSS sur plusieurs aspects liés aux maladies chroniques. En annexe vous trouverez le canevas de notre questionnaire. Dans un troisième temps nous avons rédigé un Plan d'action régional qui s'inspire des recommandations du commissaire à la santé et des services sociaux dans son rapport sur les maladies chroniques et qui intègre également les actions prioritaires proposées par le *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne* publié par le ministère dernièrement.

Soulignons que les directeurs des services professionnels et les directeurs des programmes de santé physique des établissements de notre région ont manifesté leur intérêt à faire avancer le dossier des maladies chroniques au sein de leur CSSS respectif au cours des prochaines années.

Au niveau ministériel, le souhait d'ici 2015 est «d'offrir un continuum de services pour la lutte contre le cancer et pour les personnes atteintes de maladies chroniques»².

¹ Claudette Samson Maladies chroniques: le Québec fait piètre figure, Le Soleil, 13 mai 2010

² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Planification stratégique 2010-2015*.



En regard de cette attente, qui fait partie de la planification stratégique ministérielle, soulignons que l'Agence étant dotée d'une stratégie spécifique pour la lutte contre le cancer³, nous tenons à spécifier que ce document se concentre uniquement sur le dossier des maladies chroniques.

Nous avons effectué une revue de littérature sur les modèles de prise en charge ainsi que de suivi de cette clientèle. Un consensus s'y dégage à l'égard du Chronic Care Model, modèle que nous allons privilégier dans la région.

Des chiffres qui parlent

La majorité de la population sait pertinemment qu'adopter de bonnes habitudes de vie permet d'éviter, sinon de retarder l'apparition de plusieurs maladies, dont les maladies chroniques. Ainsi bien s'alimenter, faire de l'exercice régulièrement, ne pas fumer, et réduire sa consommation d'alcool favorisent le maintien d'un corps en santé. Dans la région des Laurentides, la consommation quotidienne de cinq fruits et légumes est similaire à l'ensemble du Québec (50,6 % comparativement à 49,1 %), le niveau d'activité physique est légèrement inférieur à l'ensemble du Québec, soit 37,3 % comparativement à 39,1 %. Malheureusement on fume encore plus dans notre région qu'ailleurs qu'au Québec soit dans une proportion de 25,9 % comparativement à 22,9 %. En ce qui a trait à la consommation abusive d'alcool, les statistiques sont légèrement inférieures à l'ensemble du Québec (20,5 % pour les Laurentides et 21,9 % pour le reste du Québec).

Au niveau de la prévalence des maladies chroniques dans les Laurentides, mentionnons que l'hypertension, l'arthrite et l'asthme sont les plus fréquentes avec des pourcentages de 13,6 %, 11,5 % et 9,2 %. Concernant le diabète, les maladies cardiaques et la MPOC les prévalences se répartissent comme suit : 5,6 %, 4,9 %, et 3,4 %. Soulignons que 14,1 % de notre population combine deux maladies chroniques et 7,6 % en ont trois, ce qui n'est pas négligeable à considérer et mérite une attention particulière de notre système de santé pour la région⁴.

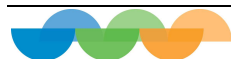
Voici en chiffre ce que cela représente pour les Laurentides⁵ :

Hypertension :	89 882 personnes
Obésité :	64 888 personnes
Arthrite :	41 431 personnes
Asthme :	40 752 personnes
MPOC :	17 847 personnes

³ Pour plus de détails consulter le Réseau intégré de lutte contre le cancer dans les Laurentides 2008-2015, une vision au service de notre population, publié en 2008 et le Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2012-2015 à paraître sous peu.

⁴ Pour plus de détails consultez l'Annexe I.

⁵ Statistique Canada, Profil de santé 2011.



Si vous souhaitez en connaître davantage sur les initiatives de santé publique dans les Laurentides, nous vous invitons à suivre ce lien Internet : http://www.santelaurentides.qc.ca/acces_reseau_et_partenaires/dossiers_de_sante_publique/plans_daction.html

La maladie chronique

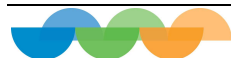
Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la maladie chronique est "un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies." Plus précisément les maladies chroniques sont définies par la présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive, une ancienneté de plusieurs mois, le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne (limitation fonctionnelle, des activités, de la participation à la vie sociale, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personnelle et le besoin de soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, d'éducation ou d'adaptation)⁶.

Les maladies chroniques se caractérisent par⁷ :

- o Origine non contagieuse (non transmissible)
- o Cumul et interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque tout au long de la vie
- o Manifestation d'une ou de plusieurs conditions pathologiques non réversibles
- o Longue période de latence
- o Cours prolongé
- o Compromet la qualité de vie par des incapacités et des pertes d'autonomie
- o Dérangements fonctionnels et incapacités
- o Souvent incurable
- o Requièrent que le patient s'implique dans un processus de réadaptation et soit suivi ou traité sur une longue période
- o Un même patient présente souvent un tableau clinique où se côtoient plus d'une maladie chronique : diabète avec maladie cardiovasculaire ou maladie rénale, etc.

⁶ Source : http://www.fondationroche.org/portal/eipffrance/fondation/fondationroche/definition_maladie_chronique

⁷ Léonard Aucoin, Les maladies chroniques : un problème aigu, dans PRIISME info, gestion optimale des maladies chroniques, mars 2005, pp.4-6.



Les principales maladies chroniques sont⁸:

- o Maladies cardiovasculaires: HTA, MC, AVC
- o Cancers
- o Diabète
- o MPOC, asthme
- o Obésité
- o Ostéoporose, arthrite
- o Maladie d'Alzheimer
- o Maladies mentales de nature sévère et persistante
- o Maladies dégénératives du système nerveux

Les éléments théoriques

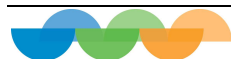
L'organisation du travail pour une gestion optimale des maladies chroniques⁹

Suite à une revue de littérature, nous avons privilégié de vous présenter les éléments entourant la mise en œuvre du *Chronic Care Model*, modèle qui semble faire unanimité dans la gestion des maladies chroniques. Le *Chronic Care Model* est un modèle de gestion intégrée des maladies chroniques articulé autour de six dimensions, soit :

1. Les ressources et politiques de soutien dans la communauté
 - Participation de la communauté à répondre aux besoins des patients
 - Partenariat avec le secteur communautaire pour développer des programmes complémentaires aux services existants
2. L'organisation du système de santé
 - Travailler en interdisciplinarité
 - Prioriser la gestion intégrée des maladies chroniques (gestionnaire de cas)
 - Effectuer un suivi proactif des patients
 - Développer une culture et des mécanismes qui favorisent la qualité et la sécurité des soins
 - Promouvoir les stratégies d'amélioration qui ciblent des changements d'ensemble du système de santé

⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*

⁹ Inspiré des documents produits en 2009 par Jean Mireault consultant pour l'Agence des Laurentides et Stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques et Plan d'action 2008-2013, Mieux soutenir les personnes atteintes, les milieux cliniques et les communautés, MSSS, Mars 2008.



- Encourager la participation directe des prestataires de services dans la gestion du système
- Développer des ententes pour faciliter la coordination des soins dans l'organisation et entre les organisations
- Se doter d'un système d'amélioration continue et de performance clinique

3. Le support à l'autogestion des soins

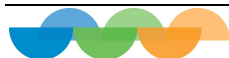
- Préparer le patient à gérer sa santé
- Le patient doit devenir un acteur principal de ses soins de santé (collaboration active clinicien - patient)
- Éduquer les patients
- Offrir un support psychosocial aux patients
- Mettre en place des stratégies efficaces de support à l'autogestion des soins
- Accéder, dans l'organisation et la communauté, à des ressources qui supportent l'autogestion

4. Production des soins

- Redessiner l'organisation de la pratique médicale et des autres professionnels dans le but d'améliorer l'efficacité, l'efficience et le soutien à l'autogestion des soins
- Définir les responsabilités et les tâches entre les membres de l'équipe de soins et avoir un partage clair des tâches du médecin responsable, principalement des épisodes aigus et le suivi par les membres de l'équipe
- Encourager les équipes à produire des soins fondés sur des données probantes
- Mettre en place une gestion clinique de cas pour les patients à profil clinique complexe

5. L'aide à la décision clinique

- Intégrer dans la pratique quotidienne les protocoles de soins fondés sur des données probantes
- Partager ces données probantes avec les patients spécialement pour le volet de l'utilisation appropriée des médicaments et les bonnes habitudes de vie
- Offrir de la formation continue aux prestataires de soins
- Intégrer l'expertise médicale des spécialistes avec celles des médecins de famille



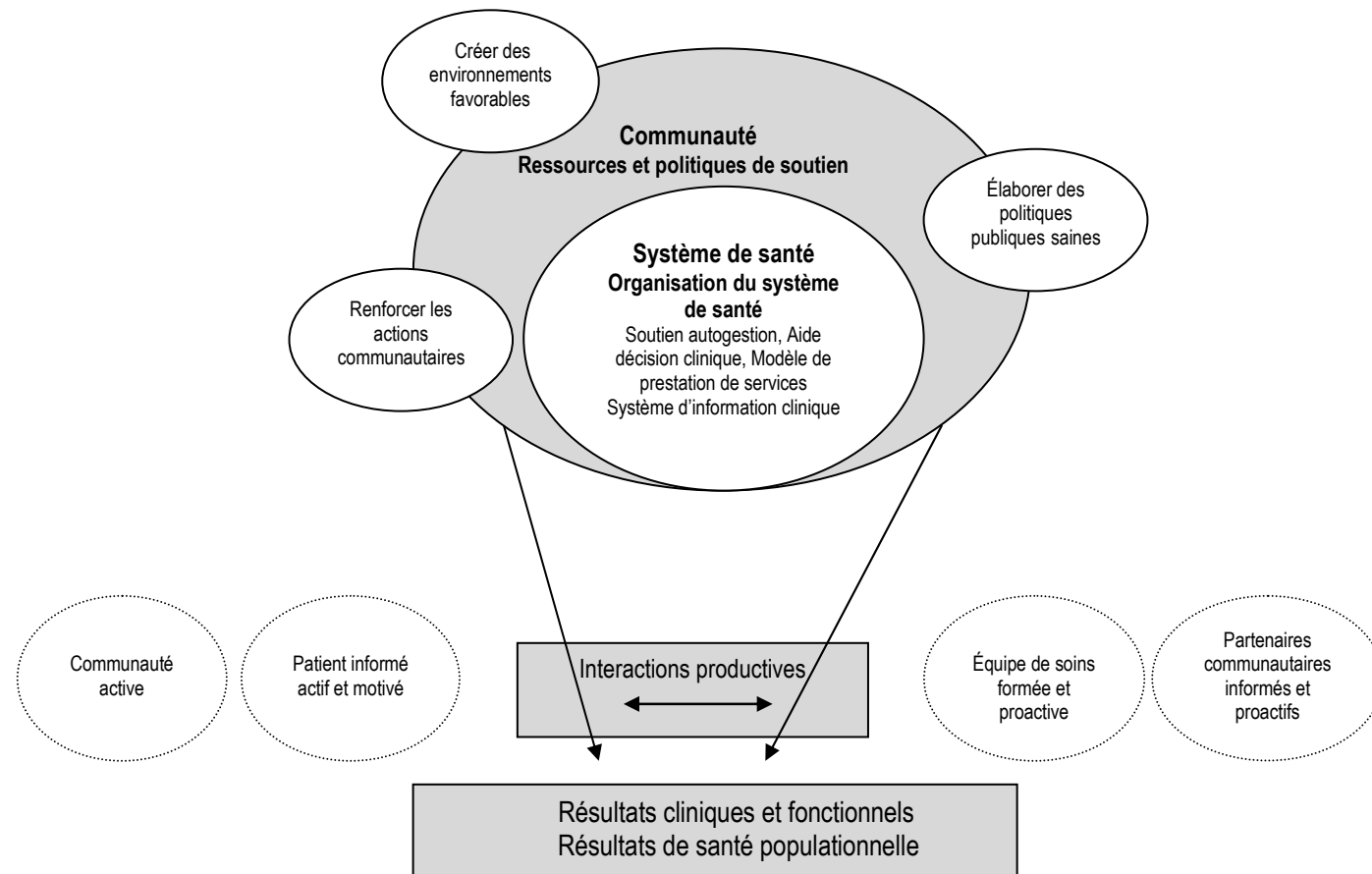
6. Les systèmes d'information clinique

- Avoir un dossier patient partageable
- Organiser les données cliniques et populationnelles pour favoriser la production de soins efficaces et efficients
- Identifier les populations cibles et agir de façon proactive
- Partager l'information avec les patients et les professionnels afin d'assurer une coordination des soins
- Évaluer la performance de l'équipe de soins et de l'organisation du système de soins
- Permettre au système d'information trois fonctions importantes, soit alerte ou rappel pour la mise en place de protocoles, retour d'information pour le suivi des paramètres des patients et le dossier informatisé pour la planification de la dispensation des soins



Modèle intégré de lutte contre les maladies chroniques¹⁰

Le Chronic Care Model



¹⁰ Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Réflexion sur l'organisation des soins et services pour les patients atteints de maladies chroniques et leurs proches. Cadre de référence : Module 1 sur l'organisation des services, 2005.

Comme le souligne, le MSSS en parlant du Chronic Care Model (CCM) dans sa Stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques et Plan d'action 2008-2013 :

La finalité de ce modèle est de créer des interactions productives entre des patients informés et actifs au regard de leur état de santé avec des équipes de soins préparées et proactives dans la gestion des effets des maladies chroniques. Ainsi les bases du CCM, comme celles du modèle québécois de santé, reposent sur une approche populationnelle d'amélioration de la santé de la population et sur l'importance des services de première ligne, appuyés par des services de deuxième et de troisième lignes, en matière de prise en charge et de suivi des personnes.

La présence d'un gestionnaire de cas facilite la mise en place du *Chronic Care Model*. Selon les travaux de Jean Mireault pour l'Agence des Laurentides en 2007, plusieurs tâches peuvent lui être allouées telles que :

- Gestion du registre des maladies chroniques et mesure des résultats
- Suivi téléphonique avec un outil clinique approprié
- Ajustement de la médication par suivi téléphonique à l'aide d'un outil clinique développé avec les équipes médicales locales et suivi avec le médecin de famille
- Communication avec les médecins de famille avec un format prédéterminé
- Organisation d'activités de formation, d'enseignement avec les soins à domicile ou avec des sessions de groupe
- Suivi et encouragement vers l'atteinte des résultats recherchés (diète, habitudes de vie, gestion thérapeutique)

La description de tâche du gestionnaire de cas fait référence "à un processus collaboratif, d'évaluation, de planification, de facilitation pour répondre aux besoins en matière de santé d'un individu par l'entremise d'une communication efficace et un recours aux ressources disponibles afin de promouvoir des résultats efficaces et de qualité".¹¹

Pour compléter, soulignons que le gestionnaire de cas évalue le contexte psychologique, économique, environnemental et culturel de la personne atteinte d'une maladie chronique de même que les autres facteurs pouvant influencer sur sa condition de santé.¹²

Parallèlement à tous les critères qui doivent d'être en place au sein de l'organisation du travail certain considère qu'actuellement plusieurs éléments sont absents ou sont encore à améliorer.

¹¹ Case Management Society of America's. Best practices in physician and case management collaboration to improve patient care. 2003.

¹² David A. Dorr, M.D., et al.. Implementing a Multidisease Chronic Care Model in Primary Care Using People and Technology. Disease Management, Volume 9, Number 1, 2006, © Mary Ann Liebert, Inc.

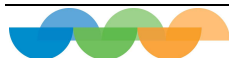
Un fort consensus a été retrouvé dans la consultation d'experts et la synthèse de la littérature en ce qui a trait aux modifications organisationnelles nécessaires à l'implantation des modèles à l'étude. La pratique de groupe, la présence de systèmes d'information clinique, la modification du paiement des médecins, la participation plus grande des patients et la création d'équipes multidisciplinaires demandent des organisations de soins capables de soutenir ces interventions. Les modèles actuels, composés de praticiens en solo, de groupes de médecins sans partage d'activités cliniques et de certains modèles émergents de pratiques de groupe organisé, ne peuvent répondre aux conditions de succès identifiées. Ces constats soulignent la nécessité de poursuivre les efforts d'organisation de la pratique de première ligne. Une réforme en profondeur permettrait de saturer les réseaux d'organisations dotées des caractéristiques permettant d'implanter efficacement les modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. Cette réorganisation importante de la première ligne pourrait aussi assurer des bases solides pour revoir les relations entre les lignes de soins. Le contexte actuel d'autonomie et de relatif *anonymat* de nombre de cliniques (découlant de leur fonctionnement autonome et inaperçu) n'est pas propice à l'établissement de corridors de services et de protocoles de soins partagés.¹³

Pour terminer, mentionnons que le CCM peut répondre aux cinq principales actions qui se dégagent dans le contexte québécois et selon lesquelles les changements à mettre en place devraient être orientés¹⁴ :

- o La responsabilité populationnelle avec pour assise l'accessibilité aux services de 1^e ligne
 - Rendre accessible un ensemble de services le plus complet possible à la population d'un territoire local, en assurant la prise en charge et l'accompagnement de la personne dans le système tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population
- o La hiérarchisation des services en misant sur leur continuité et leur complémentarité
 - Miser sur la continuité et la complémentarité des services. Le service doit être offert au bon moment par le bon intervenant.
- o La pratique interdisciplinaire
 - Chaque professionnel a son rôle à jouer et est complémentaire aux autres.

¹³ Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec « L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec – Barrières et éléments facilitants », décembre 2007, page 41

¹⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, 17 mai 2007, document de travail.



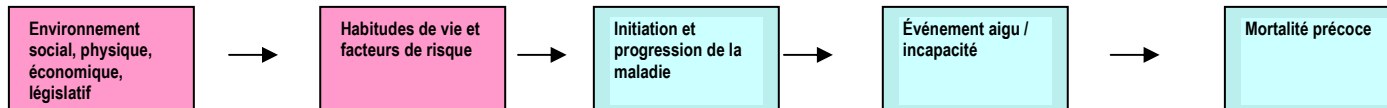
- o L'habilitation de la personne et de ses proches
 - Viser à maximiser l'autonomie de la personne face à sa santé et tout au long de l'évolution de sa maladie. Les composantes d'éducation, d'autogestion de la maladie par le patient et de réadaptation constituent des éléments essentiels d'une offre de service pour cette clientèle. Les proches doivent être impliqués et ont un rôle de maintien de l'autonomie de la personne atteinte.
- o Les pratiques guidées par les données probantes
 - Basées sur la recherche, font consensus auprès des experts, démontrent l'efficacité de l'intervention.

Selon le ministère de la santé, les orientations suivantes sont également à privilégier :

- o Agir sur les déterminants de la santé et les facteurs de risque les plus importants pour prévenir les maladies chroniques
 - Soutenir le déploiement du Plan d'action régional (PAR) de santé publique
- o Détecter précocement les personnes à risque ou atteintes de maladies chroniques et donner suite rapidement au diagnostic
 - Déployer un système efficace de détection en 1^e ligne, notamment au niveau des médecins de famille, tout en ayant un accès à l'expertise de spécialistes et des tests spécifiques le cas échéant
- o Ajuster le type et l'intensité des services selon les besoins de la personne
 - Les besoins peuvent varier en fonction du type de maladie, de son état d'avancement, de la présence de comorbidités et du milieu de vie de la personne
- o Mieux suivre les personnes tout au long de leur maladie et coordonner les services offerts
 - Mettre en place des cliniques d'enseignement et d'autogestion, des programmes de patients experts
 - Développer la télésurveillance
 - Déployer un système de suivi systématique par l'entremise d'une équipe interdisciplinaire bénéficiant d'un gestionnaire de cas
 - Assurer l'accès à cette clientèle aux médecins de famille et aux GMF
- o Susciter l'apport de la communauté auprès des personnes atteintes de maladies chroniques
 - Collaborer avec les organismes communautaires

Schéma d'organisation des services dans le continuum

P O P U L A T I O N	Des communautés, groupes vulnérables et individus sensibilisés, mobilisés, motivés. Un partenariat intersectoriel Une programmation unique et intégrée de prévention des maladies chroniques de type « 0 -5- 30 Combinaison Prévention »		
	Soutien aux politiques publiques (ex. : loi sur le tabac)	Interventions environnementales ➤ Rendre les milieux de vie propices à l'adoption de saines habitudes de vie : ○ Milieux scolaires ○ Milieux de travail ○ Milieux municipaux	Interventions éducationnelles ➤ Actions éducatives auprès des individus, groupes, populations ➤ Pratiques éducatives auprès des jeunes ➤ Counseling préventif en cabinets privés, GMF, pharmacies
	Soutien aux campagnes provinciales de communication		

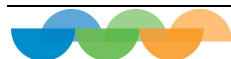


P O P U L A T I O N	Une gamme complète de services cliniques dans un continuum				
	Counseling sur les habitudes de vie : minimal, bref, complet et intensif	Dépistage Diagnostic Examens périodiques Contrôle des facteurs de risque : habitudes de vie, médication	Traitement (pharmacologique et non pharmacologique) Contrôle des épisodes aigus Prévention des complications	Réadaptation Adaptation et soutien Services en lien avec la perte d'autonomie liée au vieillissement	Soins palliatifs
	Organisation des services ➤ Prise en charge par les services médicaux de la première ligne (cabinet médicaux, GMF/CSSS) et accès aux services généraux nécessaires selon la condition de santé des personnes (incluant les services domicile, les services de soutien, l'évaluation globale des besoins et les PSI, etc.) ➤ Services préventifs offerts en interdisciplinarité sur les habitudes de vie (counseling individuel et en groupe en nutrition, activités physiques et tabagisme) ➤ Services de réadaptation offrant des services intégrés accessibles aux personnes atteintes de maladies chroniques (enseignement de base face aux maladies chroniques, autogestion, observance médicamenteuse, services psychosociaux, activités physiques, alimentation, cessation tabagique) ➤ Services spécifiques de première ligne en fonction de chacune des maladies prioritaires (enseignement, suivi, contrôle des exacerbations) ➤ Services spécialisés et surspécialisés pour les diagnostics, traitements, suivis et contrôles de chacune des maladies prioritaires				
	Mots clés ➤ Suivi systématique ➤ Guichet d'accès ➤ Travail interdisciplinaire ➤ Gestion de cas (selon l'état de santé et les besoins de la personne, etc) ➤ Trajectoire clinique claire de services, corridor de services, etc				

Volet Santé publique

Volet Santé physique

Source : Programme-services Santé-Physique : Prévention et gestion des maladies chroniques, Estrie 2007-2012, 2007.



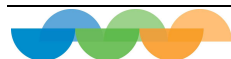
Cheminement des personnes dans le développement d'une maladie chronique¹⁵
(dès le diagnostic)

Développement d'une maladie chronique (MPOC, asthme, maladies cardiovasculaires, autres)		Contrôle de la maladie			Perte des capacités et fin de vie
Apparition des signes et symptômes ↓ → Visite / examen médical	Examens diagnostiques Consultations spécialisées Confirmation du diagnostic Référence au programme d'enseignement Suivi médical régulier ou systématique (selon besoins) Etc.	Traitement : Tx pharmacologique ou non pharmacologique Observance médicamenteuse Suivi médical régulier ou systématique (selon besoins) Mesures préventives particulières (vaccination, cessation tabagique, etc.)	Programmes d'enseignement et de réadaptation Plan d'action (autogestion, enseignement, exercices, nutrition, prise en charge psychosociale, ligne téléphonique, etc.) ↓	Services spécifiques, spécialisés et surspécialisés Contrôle des exacerbations Médication d'ajustement Soins d'urgence Hospitalisation Référence aux services spécialisés Suivi systématique par infirmière pivot Etc. ↓	Services de soutien à domicile OÉMC, PSI, etc. Services PALV Soins palliatifs

Cliniques d'enseignement et de réadaptation Services de réadaptation Enseignement individuel et de groupe (infirmière pivot et équipe interdisciplinaire)	Services spécifiques et spécialisés de « gestion de la maladie » Ex. : Réseau MPOC Clinique d'insuffisance cardiaque
--	---

Note : Selon la complexité des besoins et la sévérité de son état de santé, la personne aura besoin parfois de services de la 1^e ligne, à titre d'exemple, en réadaptation ou en insuffisance cardiaque et parfois de services spécialisés dans le champs d'activités offerts par les centres hospitaliers universitaires.

¹⁵ Ce cheminement est une adaptation de celui proposé par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

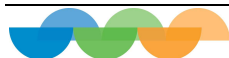


État de situation dans les sept territoires de CSSS des Laurentides

À l'automne 2011, nous avons acheminé un questionnaire sur la gestion et le suivi des maladies chroniques à toutes les directions de santé physique des Laurentides. L'objectif était d'évaluer la situation actuelle en regard de l'organisation de service, des outils d'intervention, du partenariat et de leurs priorités. Vous trouverez ci-dessous pour chacun de ces volets les principaux éléments présents dans nos établissements.

Volet organisation de services

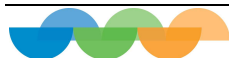
- Dans la majorité des établissements, c'est la direction de santé physique qui est responsable du dossier maladies chroniques
- C'est avec la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement qu'il y a plus de collaboration
- Les trois principales maladies chroniques pour lesquelles il y a eu des actions spécifiques sont :
 - o Diabète
 - o MPOC
 - o Insuffisance cardiaque
- Aucun établissement n'a rédigé de Plan d'action complet pour les maladies chroniques, mais 4 CSSS ont déjà entrepris des travaux
- Seul deux établissements ont un comité opérationnel fonctionnel
- La majorité possède une clinique d'enseignement sur l'asthme ou la MPOC
- Les délais pour avoir accès à cette clinique sont très variables allant de 3 mois à zéro délai
- Aucune équipe régionale n'est dédiée à la clientèle avec maladies chroniques
- Les services de 1^e ligne les plus fréquents sont les activités de prévention (0-5-30, SMASH, CAT, PCP) et les cliniques MPOC et diabète
- Le service de 2^e ligne le plus fréquent concerne la rééducation respiratoire



- Quant aux services de 3^e ligne il s'agit essentiellement de références aux spécialistes, notamment en pneumologie
- Presque tous les CSSS souhaitent la mise en place d'un comité clinique régional et quatre souhaitent également la présence d'un comité clinique local
- Le dépistage des grands consommateurs est présent dans quatre territoires de CSSS
- Six CSSS ont mis en place un mécanisme pour éviter le recours à l'urgence, l'autre est actuellement à l'élaborer
- Uniquement deux cliniques ambulatoires pour la MPOC et trois pour le diabète sont accessibles
- Quatre CSSS ont un mécanisme d'accueil centralisé alors que deux autres CSSS ont des projets d'en implanter un
- Seulement deux CSSS ont une équipe dédiée aux maladies chroniques
- L'accès au gestionnaire de cas est restreint pour certaines clientèles (SAD ou MPOC) dans trois territoires uniquement
- L'autogestion est encouragée par tous les établissements
- Quatre CSSS possèdent un programme de réadaptation pulmonaire et un en réadaptation cardiorespiratoire
- La formation initiale et continue est offerte aux intervenants dans cinq territoires de CSSS
- Les soins palliatifs de fin de vie sont accessibles partout pour la clientèle avec une maladie chronique
- La majorité des CSSS n'ont aucun corridor de services formellement établi

Volet outils d'intervention

- Un plan d'intervention individualisé n'est rédigé que dans trois territoires de CSSS (où il y a un gestionnaire de cas)
- Uniquement deux territoires ont élaboré une trajectoire de soins



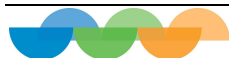
- L'utilisation des guides de pratiques cliniques se fait dans cinq territoires de CSSS
- Les protocoles de suivi systématique sont plutôt rares, seulement deux existent, l'un pour la MPOC et l'autre pour l'asthme
- La majorité, cinq CSSS, n'ont pas d'outil de communication électronique
- Tous souhaitent que les outils soient standardisés et qu'un inventaire régional des outils soit développé
- Le carnet de santé pour la personne atteinte d'une maladie chronique est disponible que dans trois CSSS

Volet partenariat

- La collaboration avec les GMF existe dans tous les territoires
- Seulement deux ententes avec les GMF ont été rédigées
- Plusieurs types de collaboration existent avec les pharmacies communautaires

Volet priorités identifiées par les CSSS

- Établir le cheminement clinique MPOC avec les GMF
- Le suivi de 1^{re} ligne pour la MPOC
- L'identification de la clientèle diabétique
- La rédaction d'un plan d'action (trois CSSS)
- La consolidation des services
- L'identification d'une personne responsable du dossier



La vision régionale

Les acteurs

Le Plan d'action qui suit immédiatement cette section interpellera l'ensemble des territoires de CSSS de la région des Laurentides et plus particulièrement les responsables et les intervenants de la santé physique de même que les acteurs de la première ligne, incluant les cliniques médicales et les groupes de médecine de famille (GMF). Chaque établissement, afin d'être en mesure de coordonner une organisation du travail dédiée à la gestion et au suivi des maladies chroniques devra identifier clairement au sein de son organisation un porteur de dossier imputable des avancements de ce dossier.

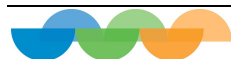
Outre le porteur de dossier, une structure de concertation locale doit être en place pour permettre un arrimage entre les diverses missions du CSSS, soit les volets CLSC, CHSLD et CH. L'implication des organismes communautaires n'est pas à négliger car ils peuvent contribuer à la promotion de messages de prévention, d'offrir du soutien psychologique aux personnes atteintes ainsi qu'à leurs proches et de fournir certains services d'ordre pratique comme la « popotte » roulante, l'entretien ménager, l'information sur les diverses maladies chroniques.

Une attention particulière devra être portée à l'identification, dans chaque territoire de CSSS des personnes atteintes d'un ou de plusieurs maladies chroniques. À cet égard la collaboration des médecins de famille s'avère un incontournable, de même qu'avec les infirmières cliniciennes oeuvrant dans les GMF. Cependant l'identification des personnes atteintes de maladies chroniques nécessite qu'un mécanisme de référence efficace, de la 1^e à la 2^e ligne, soit implanté pour qu'une prise en charge rapide soit possible.

Pour faciliter le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques, des équipes interdisciplinaires de 1^e ligne pourraient s'organiser et s'implanter localement. Chaque équipe devrait idéalement compter sur les services d'un ou d'une gestionnaire de cas qui répertorie notamment les grands consommateurs de services et de soins sur son territoire. Afin de supporter les équipes locales de 1^e ligne, une équipe régionale dédiée aux maladies chroniques comptant entre autres sur l'implication des médecins spécialistes en 2^e ligne doit évidemment être accessible et disponible dans la région. Cette équipe régionale pourrait contribuer à la promotion de guides de pratiques cliniques, à la rédaction d'ordonnance collective, à l'organisation de formations et à l'identification des trajectoires cliniques.

Les principes

Pour implanter le Plan d'action on doit inéluctablement compter sur la collaboration des acteurs interpellés et se baser sur l'interdisciplinarité afin que les actions déployées fassent consensus et s'appuient sur la meilleure expertise lors de la prestation des services. Le principe d'autogestion est aussi une des pierres angulaires de la gestion et du suivi des maladies chroniques où l'implication de la personne atteinte est un incontournable.



L'ensemble des interventions doit se baser sur des données probantes d'où l'importance d'utiliser des guides de pratiques cliniques standardisés pour la région. Finalement, la gestion des informations cliniques concernant le patient doit être optimale. Dans l'attente du dossier patient informatisé, les gestionnaires de cas devront utiliser un outil permettant non seulement l'identification des patients sur leur territoire respectif, mais un système de rappel périodique pour effectuer un suivi proactif de la clientèle et ainsi éviter le recours à l'urgence et à l'hospitalisation. Ces principes font partis du Chronic Care Model que nous avons décrit précédemment.

Les priorités

- Identification d'un porteur de dossier par CSSS
 - o 2^e objectif dans la section Coordination des services
- Implication des médecins de famille
 - o 2^e et 3^e objectifs dans la section Première ligne, 4^e objectif dans la section Coordination de services
- Mise en place d'équipes interdisciplinaires locales et d'une équipe régionale
 - o 2^e et 10^e objectifs dans la section Coordination des services
- Présence de gestionnaires de cas complexe
 - o 2^e et 5^e objectifs dans la section Coordination des services
- Arrimage 1^e et 2^e ligne
 - o 4^e objectif dans la section Première ligne, 1^e et 12^e objectifs dans la section Coordination des services
- Identification des grands utilisateurs
 - o 6^e objectif dans la section Coordination des services
- Utilisation des guides de pratiques cliniques
 - o 1^e objectif à la section Performance clinique
- Rédaction des trajectoires de soins
 - o 4^e objectif dans la section Coordination des services et 2^e et 6^e objectifs dans la section Performance clinique
- Formation des intervenants
 - o 1^e objectif dans la section Première ligne, 5^e et 6^e objectifs dans la section Enseignement et 7^e objectif dans la section Performance clinique
- Autonomisation des personnes atteintes notamment par des services de réadaptation
 - o 1^e et 2^e objectifs dans la section Suivi, 8^e objectif dans la section Coordination de services, 2^e, 3^e et 4^e objectifs dans la section Enseignement

Le plan d'action régional

Vous trouverez ci-dessous le Plan d'action régional. Les actions proposées sont en lien direct avec les recommandations du commissaire à la santé¹⁶. Pour chacune des actions, on propose un indicateur de suivi et un responsable de son application.

VOLETS	OBJECTIFS	INDICATEURS	RESPONSABLES
SUIVI	1. Implanter, dans chacun des centres de santé et de services sociaux (CSSS), des centres d'enseignement offrant de l'information à l'ensemble de la population, dont les services d'évaluation et d'intervention seraient accessibles, directement ou sur avis professionnel, aux personnes présentant des facteurs de risque à l'égard des maladies chroniques 2. Rendre disponible dans ces centres d'enseignement un carnet de santé, consistant en une fiche de suivi personnel, pour permettre à la personne de faire un suivi de ses propres actions vis-à-vis sa santé 3. Rendre accessible, dans tous les milieux cliniques de première ligne, des infirmières ayant pour mandat de réaliser les pratiques cliniques préventives (PCP)	➤ Présence, dans chaque territoire de CSSS, d'un centre d'enseignement sur les maladies chroniques ➤ Chaque centre d'enseignement offre un carnet de santé ➤ Présence d'une infirmière en PCP dans chaque CSSS	➤ Responsable local dossier maladies chroniques ➤ Idem ➤ Responsable local dossier santé publique

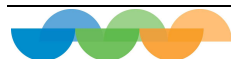
¹⁶ Commissaire à la santé et au bien-être, « Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications », Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, gouvernement du Québec,, 2010

VOLETS	OBJECTIFS	INDICATEURS	RESPONSABLES
SUIVI	4. Implanter dans les milieux cliniques des outils permettant la prestation de PCP dans le contexte de soins et services sur l'ensemble du continuum préventif (prévention primaire, secondaire, tertiaire)	➤ Disponibilité, localement, des outils de promotion des PCP	➤ Responsable local dossier santé publique
	1. Intégrer systématiquement aux programmes de formation initiale et continue, tant auprès des médecins qu'auprès d'autres professionnels de la santé, des volets concernant les PCP recommandées ainsi que les modalités et les approches les plus efficaces pour en assurer la mise en oeuvre	➤ Programme de formation de base et continue sur les PCP disponible dans chaque CSSS	➤ Idem
PREMIÈRE LIGNE	2. Poursuivre et intensifier le processus d'implantation des réseaux locaux de services permettant la collaboration avec les cliniques et les cabinets médicaux ainsi que les pharmacies, les organismes communautaires et les autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux du territoire et, le cas échéant, des réseaux universitaires intégrés de santé	➤ Information disponible sur les partenariats entre les partenaires du réseau local de services	➤ Responsable local dossier maladies chroniques
	3. Poursuivre l'implantation des groupes de médecine de famille et des autres modèles accrédités de soins de première ligne pour que les patients atteints de maladies chroniques aient accès à une équipe traitante pouvant agir à titre de pivot dans la prestation des soins et services dans l'ensemble du réseau	➤ Liste des GMF, par territoire de CSSS, qui prennent en charge la clientèle avec maladies chroniques	➤ Responsable à l'Agence du dossier GMF
	4. Élaborer des modalités d'affiliation entre les médecins spécialistes et les cliniques médicales de première ligne, afin d'assurer la couverture de la population des territoires locaux en ce qui a trait à ses besoins en services spécialisés pour les maladies chroniques	➤ Présence d'un mécanisme de référence de la 1 ^e à la 2 ^e ligne afin d'accéder aux services spécialisés	➤ Responsable local dossier maladies chroniques

VOLETS	OBJECTIFS	INDICATEURS	RESPONSABLES
COORDINATION DES SERVICES	1. Implanter des mécanismes d'accueil clinique et d'orientation des patients permettant de diriger les personnes et de coordonner leur trajectoire de soins au sein des CSSS et de l'ensemble des partenaires du réseau local de services 2. Déployer localement une équipe interdisciplinaire dédiée aux maladies chroniques comptant sur les services d'un gestionnaire de cas et d'un porteur de dossier clairement identifiés 3. Rendre accessibles les examens de dépistage et de diagnostic dans les urgences, les cliniques médicales et les GMF 4. Implanter, à l'échelle des CSSS et des autres établissements de santé, des mécanismes coordonnés d'orientation vers les spécialités qui intègrent des protocoles définis pour en assurer la pertinence 5. Introduire une fonction de gestion de cas complexes en première ligne de soins associée à l'établissement de critères de stratification des clientèles pour identifier qui devrait faire l'objet d'une gestion de cas 6. Convenir dans tous les CSSS de mécanismes d'identification des grands utilisateurs de services qui pourraient bénéficier d'une gestion de cas	➤ Présence d'un accueil clinique dans chaque CSSS ➤ Liste des membres de l'équipe dédiée, du gestionnaire de cas et du porteur de dossier ➤ Disponibilité du plateau technique pour chaque territoire de CSSS ➤ Identifier les trajectoires cliniques par type de maladies chroniques ➤ Accessibilité à un gestionnaire de cas, par territoire de CSSS ➤ Répertoire disponible localement des grands consommateurs de services	➤ Responsable local dossier maladies chroniques ➤ Responsable local dossier maladies chroniques ➤ Idem ➤ Idem ➤ Idem ➤ Idem

VOLETS	OBJECTIFS	INDICATEURS	RESPONSABLES
COORDINATION DES SERVICES	7. Mettre en place un mécanisme pour éviter le recours à l'urgence comme porte d'entrée au système de soins 8. Élaborer des protocoles de suivi systématique et promouvoir l'autogestion pour les patients présentant des conditions chroniques moins complexes 9. Avoir accès à une équipe interdisciplinaire régionale de suivis spécialisés¹⁷, des services d'enseignement et de réadaptation 10. Encourager la rédaction d'un Plan d'intervention individualisé pour chaque personne atteinte de maladies chroniques 11. Offrir des services de soins palliatifs de fin de vie dans chaque territoire de CSSS aux personnes atteintes de maladies chroniques	➤ Présence d'un mécanisme local pour éviter le recours l'urgence ➤ Utilisation de protocoles standardisés de suivi systématique ➤ Présence d'une équipe régionale constituée pour répondre aux diverses maladies chroniques ➤ Nombre de PII rédigé par territoire de CSSS ➤ Répertoire des interventions en soins palliatifs à domicile auprès des personnes atteintes de maladies chroniques et du nombre de jours présence en lit de soins palliatifs par cette clientèle	➤ Responsable local dossier maladies chroniques ➤ Idem ➤ Responsable du dossier maladies chroniques au CSSS de Saint-Jérôme ➤ Responsable local dossier maladies chroniques ➤ Idem

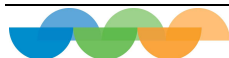
¹⁷ Notamment l'endocrinologie, la pneumologie, la cardiologie, la rhumatologie.



VOLETS	OBJECTIFS	INDICATEURS	RESPONSABLES
COORDINATION DES SERVICES	12. Mettre en place un Comité clinique local sur les maladies chroniques	➤ Liste des membres des comités locaux	➤ Responsable local dossier maladies chroniques
ENSEIGNEMENT	1. Intégrer des outils de développement des capacités, aux programmes des centres d'enseignement et des réseaux d'enseignement par maladie ou par facteur de risque spécifiques, aux activités d'équipes interdisciplinaires en première ligne et aux dossiers médicaux informatisés (à la suite de leur implantation) 2. Rendre disponibles, dans chacun des centres de santé et de services sociaux et ce, en collaboration avec les partenaires communautaire, des registres de programmes d'enseignement présents à l'échelle locale et d'autres ressources pertinentes au développement des capacités des personnes à l'auto-soin 3. Rendre accessible par territoire de CSSS des programmes de réadaptation (ex. pulmonaire ou cardiorespiratoire) 4. Élaborer des modalités permettant aux personnes d'accéder aux informations pertinentes et aux outils contenus dans leur dossier médical pour leur permettre de participer de manière active à leurs soins et au contrôle de leurs conditions chroniques	➤ Liste des outils standardisés de développement des capacités ➤ Répertoire des programmes d'enseignement standardisés disponibles ➤ Accessibilité à des programmes de réadaptation ➤ Présence d'un outil-patient intégrant des informations pertinentes et un résumé de son dossier médical	➤ Responsable local dossier maladies chroniques ➤ Responsable du dossier maladies chroniques à l'Agence ➤ Responsable local dossier maladies chroniques ➤ Idem

VOLETS	OBJECTIFS	INDICATEURS	RESPONSABLES
ENSEIGNEMENT	- Intégrer systématiquement aux programmes de formation initiale et continue, tant auprès des médecins qu'auprès d'autres professionnels de la santé, des volets concernant l'enseignement et le soutien à l'auto-soin ainsi que les modalités et les approches les plus efficaces pour en assurer la mise en œuvre - Offrir du soutien aux médecins de famille et aux spécialistes pour maximiser le suivi interdisciplinaire des personnes atteintes de maladies chroniques	- Programme de formation de base et continue sur l'enseignement et l'auto-soin disponible dans chaque CSSS - Programme de formation de base et continue sur l'interdisciplinarité	- Responsable local dossier maladies chroniques - Responsable local en collaboration avec la responsable régionale du dossier maladies chroniques à l'Agence
PERFORMANCE CLINIQUE	- Élaborer, promouvoir et évaluer l'application des guides de pratiques cliniques et des protocoles de soins et services afin de déterminer les actions à réaliser et les modalités de prestation les plus efficaces dans notre contexte et ce, dans une perspective plus globale des maladies chroniques - Définir et implanter des indicateurs de qualité clinique intégrés aux dossiers médicaux en première, deuxième et troisième lignes de soins - Élaborer un Tableau de bord régional afin de suivre les indicateurs de qualité clinique	- Disponibilité à des guides de pratiques standards pour chaque maladie chronique - Utilisation des indicateurs de l'INESSS - Disponibilité du Tableau de bord	- Responsable local en collaboration avec la responsable régionale du dossier maladies chroniques à l'Agence - Responsable local du dossier maladies chroniques - Responsable du dossier maladies chroniques à l'Agence

VOLETS	OBJECTIFS	INDICATEURS	RESPONSABLES
PERFORMANCE CLINIQUE	4. Intégrer des outils de gestion clinique aux dossiers médicaux sur l'ensemble du continuum de soins liés aux maladies chroniques	➤ Présence d'outils de gestion clinique (ex. des guides de pratiques ou des profils pharmacologiques intégrés au dossier du patient, des alertes automatisées concernant, par exemple, un résultat de laboratoire ou une interaction médicamenteuse possible, des modules graphiques permettant d'analyser des tendances temporelles à l'égard des résultats cliniques et l'automatisation du matériel d'information du patient.)	➤ Responsable local du dossier maladies chroniques
	5. Encourager la standardisation des outils d'enseignement ou d'évaluation initiale de la clientèle	➤ Répertoire des outils standards d'enseignement et d'évaluation des besoins de la clientèle	➤ Responsable du dossier maladies chroniques à l'Agence



VOLETS	OBJECTIFS	INDICATEURS	RESPONSABLES
PERFORMANCE CLINIQUE	6. Définir et implanter des indicateurs de besoins des patients et de résultats des soins et services rendus pour soutenir la planification et la gouverne clinique sur l'ensemble du continuum de soins et services liés aux maladies chroniques (trajectoire de soins) 7. Intégrer systématiquement aux programmes de formation initiale et continue, tant auprès des médecins qu'auprès d'autres professionnels de la santé, des volets sur l'utilisation des outils de gouverne clinique permettant le développement des compétences en analyse des informations cliniques et en amélioration continue de la qualité des soins.	➤ Répertoire des indicateurs sur les besoins des patients et les soins rendus et trajectoire de soins pour chaque continuum ➤ Programmes de formation de base et continue disponibles sur les indicateurs liés à la performance clinique	➤ Responsable local du dossier maladies chroniques ➤ Responsable local du dossier maladies chroniques

Structure de concertation

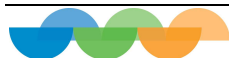
Comité clinique local

Composition

- o Représentant de la Direction de la santé physique du CSSS
- o Représentant de la Direction de santé publique du CSSS
- o Représentant du Comité local du DRMG sur l'organisation médicale des services de 1^e ligne
- o Représentant de la médecine spécialisée (le cas échéant)
- o Responsables locaux (clinique et administratif) du dossier maladies chroniques
- o Représentant des professionnels impliqués (infirmière, kinésiologue, inhalothérapeute, nutritionniste, pharmacien, etc)
- o Représentant des patients

Mandat

- o Favoriser la mise en œuvre du Plan d'action régional 2012-2015
- o Élaborer les trajectoires cliniques de la clientèle avec maladies chroniques
- o Identifier des stratégies pour impliquer les médecins de famille
- o Favoriser l'arrimage 1^e et 2^e lignes
- o Évaluer le matériel clinique existant
- o Favoriser l'harmonisation des pratiques et des outils cliniques utilisés
- o Développer des feuillets d'enseignement et des outils cliniques
- o Partager l'information et l'évolution de l'amélioration du suivi et de la gestion des maladies chroniques
- o Faire les liens pertinents avec les partenaires du réseau local de services
- o Mettre à jour les connaissances cliniques
- o Échanger sur les succès et difficultés rencontrées
- o Exécuter le processus clinique et la programmation clinique
- o Établir les critères d'évaluation de la programmation clinique



Conclusion

D'ici les trois prochaines années, nous travaillerons en collaboration avec les comités locaux pour nous permettre d'évaluer par territoire de CSSS l'avancement des initiatives en regard du suivi et de la prise en charge de la clientèle atteinte d'une ou de plusieurs maladies chroniques. Idéalement chaque établissement devrait mettre en place localement un comité clinique local dédié aux maladies chroniques avec un porteur de dossier clairement identifié.

Une attention particulière devra être apportée au mécanisme de collaboration avec les intervenants de la 1^{re} ligne (GMF, cliniques médicales) et de l'arrimage avec la médecine spécialisée dans chacun des territoires de CSSS.

Une des premières actions à entreprendre, dans chacun des territoires de CSSS, serait de dresser le cheminement clinique des personnes atteintes de maladies, notamment les hauts consommateurs et d'effectuer le portrait de leur consommation de soins et services. Plus particulièrement, l'identification des séjours sur civière à l'urgence, des jours d'hospitalisations et du nombre d'interventions à domicile.

Il serait également opportun d'harmoniser les pratiques et les outils de monitoring sur un plan régional. L'Agence pourrait à cet égard collaborer avec les établissements afin de répertorier les guides de pratiques cliniques et les divers outils de suivis cliniques utilisés.

Bien évidemment, la prise en charge et le suivi des personnes atteintes par une équipe interdisciplinaire dédiée aux maladies chroniques comptant sur les services d'un gestionnaire de cas complexe est l'une des stratégies à déployer dans chaque territoire de CSSS. Ce type de prise en charge auprès de la clientèle atteinte de cancer a déjà prouvé son efficacité, la gestionnaire de cas étant dans ce cas-ci une infirmière pivot en oncologie.

Bibliographie

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Réflexion sur l'organisation des soins et services pour les patients atteints de maladies chroniques et leurs proches. Cadre de référence : Module 1 sur l'organisation des services, 2005

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Programme-services Santé-Physique : Prévention et gestion des maladies chroniques, Estrie 2007-2012, 2007.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique , Institut national de santé publique du Québec « L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec – Barrières et éléments facilitants », décembre 2007, page 41

Aucouin, Léonard., Les maladies chroniques : un problème aigu, dans PRIISME info, gestion optimale des maladies chroniques, mars 2005, pp.4-6.

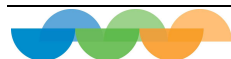
Case Management Society of America's. Best practices in physician and case management collaboration to improve patient care. 2003.

Commissaire à la santé et au bien-être, « *Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications* », Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, gouvernement du Québec,, 2010

David A. Dorr, M.D., et al.. Implementing a Multidisease Chronic Care Model in Primary Care Using People and Technology. Disease Management, Volume 9, Number 1, 2006, © Mary Ann Liebert, Inc.

http://www.fondationroche.org/portal/eipf/france/fondation/fondationroche/definition_maladie_chronique

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, sous la direction de Marie-Dominique Beaulieu, *Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne*, mai 2012.



Ministère de la Santé et des Services sociaux, Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, 17 mai 2007, document de travail.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Plan d'action 2008-2013, Mieux soutenir les personnes atteintes, les milieux cliniques et les communautés, , Mars 2008.

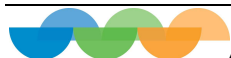
Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Planification stratégique 2010-2015*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des Services de santé et médecine universitaire, *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, 2012.

Samson, Claudette., Maladies chroniques: le Québec fait piètre figure, Le Soleil, 13 mai 2010

Statistique Canada, Profil de santé 2011



Annexe I Statistiques Laurentides

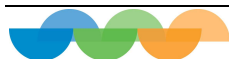
Répartition de la population adulte de 18 ans ou plus selon le niveau d'activité physique de loisir (comme étant actif), 2009-2011	
Région des Laurentides	37,3 %
Québec	39,1 %
Source : Statistique Canada, ESCC 2009-2010	

Proportion de la population consommant moins de cinq fois par jour des fruits et des légumes, 2009-2011	
Région des Laurentides	50,6 %
Québec	48,1 %
Source : Statistique Canada, ESCC 2009-2010	

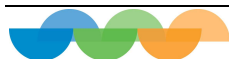
Proportion de la population de 18 ans ou plus présentant un surplus de poids, 2009-2011	
Région des Laurentides	51,4 %
Québec	50,5 %
Source : Statistique Canada, ESCC 2009-2010	

Proportion de la population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année, 2009-2011	
Région des Laurentides	20,5 %
Québec	21,9 %
Source : Statistique Canada, ESCC 2009-2010	

Proportion de fumeurs actuels, 2009-2011	
Région des Laurentides	25,9 %
Québec	22,9 %
Source : Statistique Canada, ESCC 2009-2010	

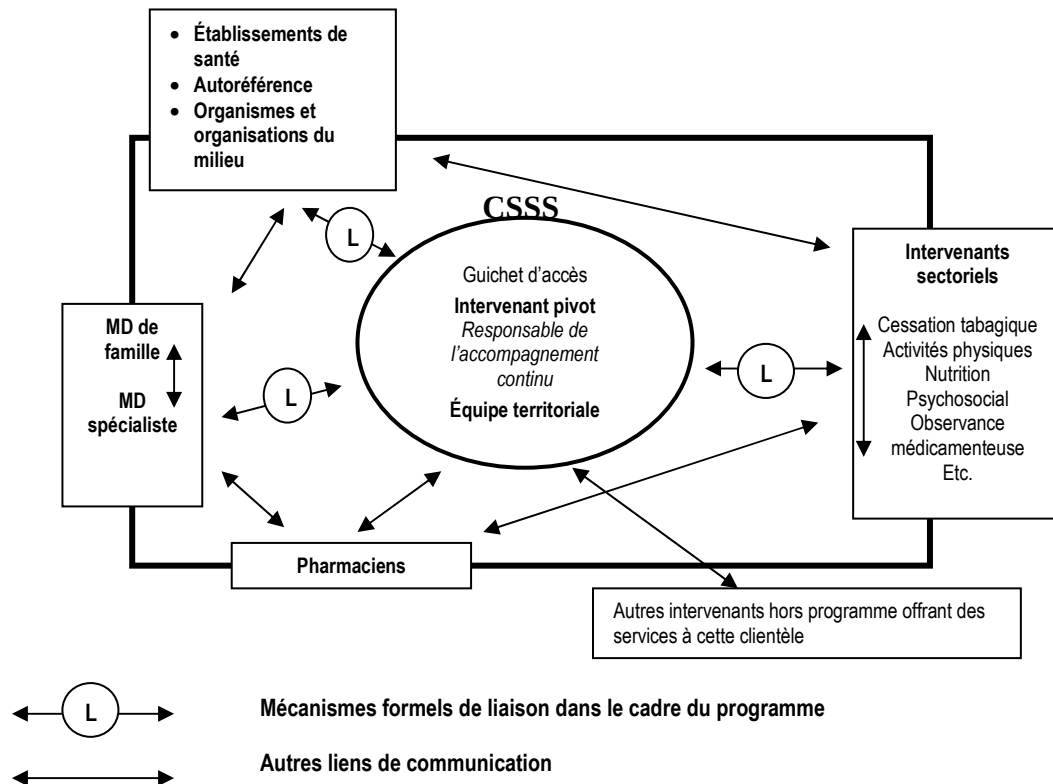


Prévalence de maladies chroniques en pourcentage (%) selon la région sociosanitaire, population de 12 ans ou plus, Québec, 2005									
	Allergie non alimentaire	Hypertension	Arthrite	Asthme	Problème de la thyroïde	Allergie alimentaire	Maladies cardiaques	Diabète	MPOC
Ensemble du Québec	24,7	15,1	14,1	8,6	6,7	5,8	5,1	5,1	3,4
Bas-St-Laurent	22,8	18,8	16,1	8,6	9,4	4,5	6,8	5,6	3,6
Saguenay – Lac Saint-Jean	27,0	17,2	14,1	10,5	7,7	4,2	4,3	4,1	3,3
Capitale nationale	26,6	15,4	15,7	7,2	7,2	5,8	5,4	5,4	2,4
Mauricie – Centre du Québec	19,3	15,0	15,5	7,5	6,3	4,6	6,8	5,0	3,9
Estrie	25,6	12,3	13,8	7,6	7,2	5,8	4,9	3,5	2,0
Montréal centre	25,9	14,4	14,6	7,9	5,9	7,0	4,5	5,2	3,6
Outaouais	27,7	17,0	16,8	10,7	7,7	6,9	5,9	4,6	4,9
Abitibi – Témiscamingue	23,3	15,6	16,8	10,9	6,0	5,2	4,6	4,8	4,6
Côte – Nord	23,3	20,2	15,9	8,8	6,4	5,6	5,2	6,3	3,2
Gaspésie – Îles de la Madeleine	21,5	21,0	19,8	9,8	6,7	6,8	6,7	8,3	4,7
Chaudière – Appalaches	22,0	15,8	12,0	6,2	8,4	5,3	5,1	6,4	3,8
Laval	25,7	14,9	13,2	8,3	6,1	5,2	5,9	5,6	2,4
Lanaudière	26,2	14,4	11,8	9,0	7,3	5,5	5,8	6,1	3,6
Laurentides	24,5	13,6	11,5	9,2	6,1	6,7	4,9	5,6	3,4
Montréal	23,4	15,1	12,5	8,5	6,5	5,0	4,7	4,4	3,1
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, fichier de microdonnées à grande diffusion. Compilation Institut de la statistique du Québec Les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James sont exclues									



Nombre de maladies chroniques selon la région sociosanitaire, population de 12 ans ou plus, Québec, 2005				
	0 maladie	1 maladie	2 maladies	3 maladies
	%			
Ensemble du Québec	47,4	29,7	13,7	9,3
Bas-St-Laurent	45,5	29,3	13,7	11,5
Saguenay – Lac Saint-Jean	45,8	28,6	15,7	9,9
Capitale nationale	43,7	33,7	13,7	8,9
Mauricie – Centre du Québec	51,2	26,2	12,9	9,6
Estrie	48,9	29,7	14,3	7,1
Montréal centre	46,6	30,0	13,6	9,8
Outaouais	43,9	28,1	16,2	11,8
Abitibi – Témiscamingue	49,1	25,3	15,1	10,4
Côte – Nord	47,3	27,1	14,1	11,5
Gaspésie – Îles de la Madeleine	44,9	25,4	17,3	12,3
Chaudière – Appalaches	49,4	29,4	12,2	9,0
Laval	46,7	30,9	13,4	9,0
Lanaudière	47,0	30,1	13,8	9,1
Laurentides	47,8	30,4	14,1	7,6
Montréal	49,5	29,3	12,7	8,5
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, fichier de microdonnées à grande diffusion. Compilation Institut de la statistique du Québec				
Les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James sont exclues				

ANNEXE II Intervenants clés et mécanismes de liaison au niveau territorial



ANNEXE III Schéma de prévention des maladies chroniques

Population en santé	À risque	Développement de la maladie	Contrôle de la maladie chronique
Prévention primaire	Prévention secondaire / dépistage précoce	Traitement / prévention tertiaire	
Promotion de saines habitudes de vie Promotion d'environnements sains Approche ciblée / populationnelle	Dépistage Triage Examens périodiques Interventions précoces Contrôle des facteurs de risque : habitudes de vie, médication	Traitement Traitement / contrôle des épisodes aigus Prévention des complications	Suivi systématique Réadaptation Autogestion de la maladie
Santé publique Soins de 1 ^{re} ligne Secteurs hors MSSS	Soins de 1 ^{re} ligne Santé publique	Services spécialisés Hospitalisations Soins de 1 ^{re} ligne	Soins de 1 ^{re} ligne Soutien à domicile
Promotion de la santé	Promotion de la santé	Promotion de la santé	Promotion de la santé

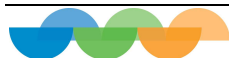

 Prévention de l'apparition
des facteurs de risque


 Prévention du développement
de la maladie et prévention
des hospitalisations


 Prévention ou retard de
l'apparition des
complications et
prévention des
réhospitalisations

Volet Santé publique Volet Santé physique

Source : National Public Health Partnership, Preventing Chronic Disease : A Strategic Framework Background Paper, October 2010, p. 6.



ANNEXE IV QUESTIONNAIRE SUR LA GESTION ET LE SUIVI DES MALADIES CHRONIQUES

Pour cocher, double cliquez sur la case
et sélectionnez dans la section Valeur par défaut : case activée

SECTION 1 ORGANISATION DES SERVICES

1. Quel est le nom de votre CSSS ?

Spécifiez :

2. Qui a complété ce questionnaire ?

Spécifiez (nom et coordonnées complètes) :

3. Quelle direction dans votre établissement est responsable du dossier maladies chroniques ?

Spécifiez :

4. Avec quelle(s) autre(s) direction(s) de votre établissement collaborez-vous ?

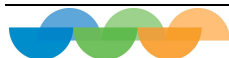
Spécifiez :

5. Quels sont les programmes de prévention que vous avez déployés ?

En dépistage :

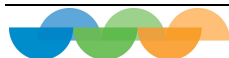
En saines habitudes de vie :

Autres :



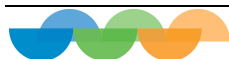
6. Quels sont les liens de collaboration entre les programmes de santé physique et de santé publique ? Spécifiez :
7. Qui est la personne responsable de ce dossier (nom, fonction et coordonnées) ? Spécifiez :
8. Quelles maladies chroniques avez-vous ciblées afin de déployer des actions spécifiques et pourquoi ? Spécifiez :
9. Avez-vous rédigé un plan d'action couvrant l'ensemble du continuum pour les maladies chroniques ou encore pour une maladie chronique en particulier ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, pouvons-nous en obtenir une copie ? Si non, vous le prévoyez pour quand ?
10. Y a-t-il un comité opérationnel interne qui assure le suivi de ce plan d'action ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, quelle est la composition?
11. Possédez-vous une clinique d'enseignement pour l'asthme et/ou la MPOC ? ☐ Oui Asthme et MPOC ☐ Oui Asthme ☐ Oui MPOC ☐ Non Quel type et combien d'intervenants y collaborent en ETC ? Spécifiez :
12. Y a-t-il des particularités quant à l'accès à cette clinique d'enseignement (délai moyen, liste d'attente) ? Spécifiez :

13. Quels sont les services que vous offrez en 1 ^{re} ligne ? Spécifiez :
14. Offrez-vous des services de 2 ^e ligne ? Si oui, spécifiez :
15. Pour quels services référez-vous votre clientèle en 3 ^e ligne ? Spécifiez le type de services et l'endroit de référence :
16. Souhaitez-vous la mise en place d'un comité de concertation clinique local ou un regroupement par exemple des CSSS du bassin sud, ceux du bassin centre et ceux du bassin nord ou encore une structure régionale ? Local ☐ Oui ☐ Non Regroupement bassin ☐ Oui ☐ Non Régional ☐ Oui ☐ Non
17. Avez-vous mis en place un système de dépistage qui vise les personnes à haut risque de maladie chronique et/ou les grands consommateurs de services ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez :
18. Avez-vous implanté un mécanisme afin d'éviter le recours à l'urgence ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez :
19. Y a-t-il une clinique ambulatoire pour la clientèle avec maladies chroniques ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez : Si non, souhaitez en développer une? ☐ Oui ☐ Non
20. Avez-vous implanté un mécanisme centralisé d'accueil et d'orientation des patients permettant de diriger les personnes et de coordonner leur trajectoire de soins au sein de votre CSSS et de l'ensemble des partenaires de votre réseau local de services ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez :



21. Avez-vous mis en place une équipe de professionnels dédiée à cette clientèle ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez
22. Un gestionnaire de cas* est-il membre de cette équipe (pour les personnes avec plus d'une maladie chronique) ? ☐ Oui ☐ Non
* Son rôle : Évaluer les besoins de la personne, déterminer les services et les actions à mettre en place en collaboration avec les autres intervenants, coordonner le Plan de services individualisé et s'assurer de sa diffusion auprès des intervenants impliqués, servir de personne de référence pour le patient et favoriser l'habilitation de la personne face à sa maladie.
SECTION 2 OUTILS D'INTERVENTION
23. Un plan d'intervention personnalisé est-il rédigé avec la participation de chaque patient ? ☐ Oui ☐ Non
24. Avez-vous élaboré le cheminement clinique (trajectoire de soins) de la clientèle avec une maladie chronique ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, pouvons-nous en obtenir une copie ?
25. Basez-vous vos interventions cliniques sur des guides de pratiques cliniques ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez quels guides :
26. Avez-vous élaboré des protocoles de suivi systématique pour clientèle maladie chronique ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez :
27. Disposez-vous d'outils de communication électroniques (évaluation des besoins, suivi personnalisé, relance) ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez

28. Souhaiteriez-vous que les outils d'information destinés aux intervenants et aux patients soient standardisés ?
☐ Oui ☐ Non
29. Aimerez-vous qu'un inventaire des outils disponibles soit mis en place régionalement et mis à jour régulièrement ?
☐ Oui ☐ Non
30. Un carnet de santé, consistant en une fiche de suivi personnel, est-il disponible pour permettre à la personne de faire un suivi de ses propres actions vis-à-vis de sa santé ?
☐ Oui ☐ Non Si oui, pouvons-nous en obtenir une copie ?
SECTION 3 PARTENARIAT
31. Comptez-vous sur les services d'une équipe régionale spécialisée en maladie chronique ?
☐ Oui ☐ Non Si non, y en a-t-il une où vous réferez votre clientèle ?
Spécifiez
32. Comment collaborez-vous avec les médecins en cliniques privées ou en GMF de votre territoire ?
Spécifiez :
33. Avez-vous déterminé les modalités d'entente entre les cabinets de médecins et les établissements désignés responsables pour offrir des services spécialisés et surspécialisés qui permettent :
▪ la référence des médecins de famille vers ces services spécialisés ▪ le suivi conjoint par les services spécialisés et les médecins de famille ▪ le retour du patient vers les intervenants de première ligne responsables de son suivi
☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez



34. Vous assurez-vous de l'apport des pharmacies communautaires ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, de quelle manière ?

35. Avec quels autres partenaires de votre réseau local collaborez-vous en regard à cette clientèle ?

Spécifiez :

SECTION 4 AUTRES

36. Favorisez-vous l'autogestion pour les patients présentant des conditions chroniques moins complexes ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, comment, en milieu de soins et/ou en milieu communautaire ?

37. Existe-t-il dans votre CSSS des programmes de réadaptation spécifiques aux maladies chroniques (ex. : réadaptation pulmonaire) ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, pour quelles maladies ?

38. Offrez-vous aux nouveaux intervenants de vos équipes de la formation initiale ?

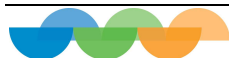
☐ Oui ☐ Non Si oui, quels sont les thèmes abordés :

39. Offrez-vous annuellement aux intervenants de vos équipes de la formation continue ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, quels sont les thèmes abordés :

40. Avez-vous intégré aux programmes de formation initiale et continue, tant auprès des médecins qu'auprès d'autres professionnels de la santé, des volets sur l'utilisation des outils de gouvernance clinique permettant le développement des compétences en analyse des informations cliniques et en amélioration continue de la qualité des soins ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez :



41. Les soins palliatifs de fin de vie sont-ils accessibles dans votre territoire pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez (type de ressource et type de pronostic accepté) :
42. Des corridors de services en 1re, 2e et 3e lignes sont-ils formellement établis ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez :
43. Quelles sont vos priorités en regard des maladies chroniques pour 2011-2012 ? Spécifiez :
44. Avez-vous des éléments ou commentaires dont vous souhaiteriez nous faire part en regard des maladies chroniques ?
45. Disposez-vous d'études, réalisées par votre établissement, sur la clientèle présentant une maladie chronique?

S.V.P. joindre toute documentation pertinente lors du retour de ce questionnaire à l'Agence

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

