



UNIS
dans TOUS les
SENS

Ma santé à vie 2009-2012

Projet de prévention et de gestion intégrée des maladies chroniques en Mauricie et au Centre-du-Québec

RÉSUMÉ

pour S'ALIMENTER

pour S'ÉPAULER

pour VOIR LOIN

pour TENDRE L'OREILLE

pour AVOIR DU FLAIR

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec

Promoteur
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Direction des services de santé et des affaires médicales
M. Gilles Hudon, directeur

Rédigé par : M^{me} Josée Massicotte, chargée de projet régionale

Secrétariat
Suzanne Blais
Élaine Savard

Dépôt légal - 2011
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN 978-2-89340-234-5 (version imprimée)
ISBN 978-2-89340-235-2 (PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est
autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Internet de l'Agence
WWW.AGENCESSS04.QC.CA

**AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC**

**RÉSUMÉ DU PROJET DE PRÉVENTION ET GESTION INTÉGRÉE
DES MALADIES CHRONIQUES « MA SANTÉ À VIE »
2009 - 2012**

18 AOÛT 2011

TABLE DES MATIÈRES

1. HISTORIQUE	5
2. OBJECTIFS GLOBAUX DU PROJET	5
3. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	5
4. CLIENTÈLE VISÉE	6
5. MISE EN CONTEXTE	7
6. MODÈLES THÉORIQUES	7
7. PLANIFICATION DE LA DÉMARCHÉ	7
8. LES ORIENTATIONS	8
9. PARTENAIRES À CONSIDÉRER	8
10. ÉTAPES RÉALISÉES	9
11. RÉSULTATS ATTENDUS	10
12. LES LIVRABLES DU PROJET	11
13. CONCLUSION	11
ANNEXE 1	13
ANNEXE 2	14
ANNEXE 3	15
ANNEXE 4	16
ANNEXE 5	17

1. Historique

Les maladies chroniques sont devenues des enjeux prioritaires des systèmes de santé dans un grand nombre de pays. Rien d'étonnant donc, à ce que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de plus en plus de pays s'intéressent de près au développement et à l'implantation d'approches et de modèles intégrés dans la gestion des maladies chroniques. Le fardeau économique des maladies chroniques au Québec basé sur les données canadiennes serait de 23 milliards de dollars annuellement. L'Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec en a fait sa priorité régionale en 2008. Les approches favorisées comprennent souvent deux stratégies :

- La prévention primaire, afin de réduire l'impact des maladies chroniques à long terme.
- La gestion optimale des maladies chroniques, afin de réduire leurs impacts à court et moyen terme tant sur la qualité de vie des patients que sur le plan économique.

De manière générale, de telles approches misent sur une forte organisation des services de santé au niveau de la première ligne. Elles favorisent le travail en équipe interdisciplinaire de même que la responsabilisation du patient dans la gestion de sa maladie. Enfin, elles privilégient également des partenariats avec les organismes communautaires et socio-économiques présents dans la collectivité.¹

2. Objectifs globaux du projet

- Favoriser les activités de promotion de la santé, de prévention de la maladie, les activités de dépistage et diagnostics des personnes à risque de développer ou atteintes de maladies chroniques.
- Implanter un réseau intégré de services sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, à partir des services existants, afin d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique et afin d'éviter ou de retarder l'apparition des complications qui y sont associées.

3. Objectifs spécifiques

- Améliorer le repérage et le dépistage des patients présentant les facteurs de risques de développer une maladie chronique; syndrome métabolique, hypertension, diabète ou intolérance au glucose, insuffisance rénale et problèmes respiratoires.
- Permettre l'accès au patient et à ses proches, à proximité de son milieu de vie, à l'éducation et à l'accompagnement nécessaire à l'adoption de saines habitudes de vie et au maintien de sa santé à travers l'apprentissage de l'autogestion de sa santé ou de sa maladie.
- Assurer que les intervenants ont été formés et utilisent une approche basée sur la motivation et la confiance du client à effectuer un changement de comportement et cela en interdisciplinarité.
- Réduire les coûts sociaux du système de santé en diminuant le recours à l'urgence et le nombre d'hospitalisations.
- Diminuer les risques de mortalité prématurée.

¹ Léonard Aucoin, «Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois», mars 2005

- Coordonner les services et utiliser les ressources de façon optimale.
- Promouvoir une trajectoire clinique compatible avec les lignes directrices basées sur les données scientifiques probantes.
- Assurer que la continuité des services est adaptée au besoin de la clientèle; la bonne personne au bon endroit et au bon moment.

4. Clientèle visée

La maladie chronique telle que définie dans le programme national de santé publique 2003-2012 regroupe :

« Toutes ces maladies qui se caractérisent par une origine non contagieuse, par le cumul et l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque tout au long de la vie d'une personne, par une longue période de latence et un cours prolongé, par des dérangements fonctionnels ou des incapacités et, souvent, par l'incurabilité. »

Nous retrouvons les fondements de ce projet dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* et dans le *Rapport du directeur de santé publique de la Mauricie* réalisé en 2003 sur les habitudes de vie et les maladies chroniques en Mauricie et au Centre-du-Québec. Le choix d'investir sur la gestion intégrée des maladies chroniques a été fait suite à l'analyse des impacts importants qu'ont ces maladies sur la mortalité, la morbidité et la qualité de vie des patients touchés dans notre région.

Les patients présentant les **facteurs de risques** de développer et souffrant de **diabète, de maladie pulmonaire obstructive chronique, d'insuffisance rénale, et de maladie cardiovasculaire incluant l'hypertension ont été ainsi ciblés**, car il est démontré que d'agir en prévention et dès l'apparition de la maladie ainsi que tout au long de son évolution de façon concertée retarde l'apparition des complications. En effet, en 2003 il a été évalué que plus de 250 décès et 2 700 hospitalisations par année seraient évitables dans notre région.²

À la lumière de la littérature consultée, la définition suivante est suggérée : *« Un réseau intégré de services est un ensemble d'organisations interreliées et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie »*.³

Un réseau intégré devrait donc assurer une continuité de la prise en charge du client par la mise en place d'une gamme complète de services disponibles, accessibles et adaptés aux besoins du client et de ses proches, offerts aux niveaux local et régional. Le tout dans un souci de gestion optimal des ressources.

Ce projet vise donc la clientèle à risque de développer ou atteinte de maladie(s) chronique(s) ainsi que tous les partenaires impliqués dans son évaluation, son soutien et son suivi. Les médecins omnipraticiens sont des acteurs importants, car ils ont un rôle à jouer au niveau des pratiques cliniques préventives et du dépistage précoce de la clientèle atteinte ainsi que de son orientation vers les équipes interdisciplinaires.

² Rapport du directeur de santé publique de la Mauricie, 2003

* «Orientations régionales relatives à la répartition des crédits de développement et de réallocation 2008-2009» Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie

Les partenaires de la communauté tels les pharmaciens, les établissements d'enseignement et les associations de malades, sont également à impliquer dans ce projet afin d'optimiser les services à offrir à la clientèle atteinte de maladie(s) chronique(s). Les professionnels des équipes interdisciplinaires (nutritionnistes, infirmières, kinésiothérapeutes et autres) doivent agir afin que les services soient harmonisés et respectent les dernières lignes directrices en vigueur pour chaque maladie.

5. Mise en contexte

2008-2009 — La prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques deviennent les priorités régionales et suite à la revue de la littérature, les modèles théoriques sont choisis. Une équipe inter-direction est formée à l'Agence. Un budget est alloué aux CSSS et au CHRT pour l'embauche de chargées de projet (7,4, ETC), aux CSSS pour l'embauche de nutritionnistes (6, ETC) et de conseillers en pratiques cliniques préventives. En effet, la direction de la santé publique priorise cinq pratiques cliniques préventives à promouvoir en première ligne dans les cliniques médicales et les pharmacies : l'adoption d'une saine alimentation, la pratique de l'activité physique, la modération face à la consommation d'alcool, la cessation tabagique et le dépistage de l'hypertension artérielle.

6. Modèles théoriques

Deux modèles de lutte aux maladies chroniques ont été choisis par l'équipe de l'Agence : le modèle d'ED Wagner (annexe 1) et le modèle de Kaiser (annexe 2) afin de réaliser le modèle régional (annexe 3).

Dans un contexte de vieillissement de la population et de pénurie de ressources professionnelles, des actions intensives et concertées axées sur l'autogestion et une meilleure gestion de la maladie, appuyées sur une solide base d'actions de prévention/promotion, permettront de retarder la progression de la maladie et éventuellement même de réduire l'intensité des services requis lors de l'évolution de celle-ci. Il s'agit donc d'une approche proactive et préventive plutôt que réactive et non planifiée selon les épisodes de soins aigus causés par l'exacerbation de la maladie.

7. Planification de la démarche

Une structure d'implantation (annexe 5) a été adoptée par les équipes et les directeurs d'établissements afin d'assurer une communication fluide durant le processus de planification et d'implantation du projet. Un portrait de l'offre de services a été réalisé par les chargées de projet et à partir des résultats obtenus, quatre orientations ont été priorisées.

8. Les orientations

Au niveau régional, plusieurs aspects sont à travailler pour atteindre les objectifs de base du modèle intégré de lutte aux maladies chroniques de Wagner (annexe 1), modèle maintes fois prouvé efficace pour la gestion des maladies chroniques. Les orientations régionales proposées comprennent donc 4 volets à implanter :

Volet 1 Programme d'éducation à la santé « Ma santé à vie » (annexe 2)

- Programme d'éducation, basé sur l'approche motivationnelle et l'accompagnement, visant la réduction des facteurs de risques cardiovasculaires et le maintien de la santé par l'adoption de saines habitudes de vie et l'apprentissage de l'autogestion de sa santé. (nutrition, suivi infirmier et kinésiologie).
- Repérage et prise en charge des patients présentant de multiples facteurs de risque cardiovasculaires (syndrome métabolique) en première ligne.
- Mise en place d'équipe interdisciplinaire (nutrition, soins infirmiers, kinésiologie et intervention psychosociale) en lien avec les programmes de soutien existant (centre d'abandon du tabac, alcochoix + et autres).

Volet 2 Suivi intégré des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et autres maladies chroniques

- Accès à la spirométrie pour le dépistage précoce des maladies pulmonaires.
- Développement de cliniques d'enseignement et de suivi interdisciplinaire basé également sur l'autosoin et l'autogestion de la maladie dans chaque RLS.
- Continuum de soins fluide entre la première et la deuxième ligne.
- Accès à la réadaptation cardio-respiratoire.
- Prise en charge en soins palliatifs des personnes en phase terminale de MPOC. (En lien avec le comité régional en soin palliatif).

Volet 3 Système de gestion de base de données

- Harmonisation de nos travaux en lien avec l'évolution du dossier-patient électronique.
- Réalisation de tableaux de bord pour le suivi des indicateurs concernant les services offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques et ainsi mesurer la performance de notre réseau pour en assurer l'efficience.
- Identification des grands consommateurs de soins (urgence et hospitalisation) afin d'améliorer la coordination de leur suivi.

Volet 4 Autogestion de la maladie

- Intégrer l'aspect d'autogestion de la maladie dans le plan d'enseignement au patient atteint de maladie chronique par le biais de plans d'action, d'outils d'apprentissages (CD, DVD, journal de suivi) ou d'ateliers de groupe touchant les aspects influençant la condition du patient; activité physique, gestion du stress, communication avec les soignants, alimentation et autres sujets.

9. Partenaires à considérer

- L'équipe de la direction des services de santé et des affaires médicales à l'Agence,
- L'équipe de la direction santé publique à l'Agence,
- Les centres de santé et des services sociaux et tables de projet clinique sous leur responsabilité,
- Le CHRTR,
- Les cliniques médicales et les GMF,
- Les associations et organisations communautaires,
- L'UQTR en lien avec le pavillon de la santé et des projets de recherche,
- Autres.

10. Étapes réalisées

Juin 2008	Allocation de crédit pour le projet de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques : 6,4, ETC chargés de projet, 6 ETC nutritionnistes et 6 ETC conseillers en pratiques cliniques préventives.
Janvier 2009	Nomination de la chargée de projet régionale et formation d'une équipe inter direction à l'Agence. Choix des modèles théoriques de lutte aux maladies chroniques. (Annexe 1).
Février 2009	Embauche des 9 chargées de projet local par les CSSS et le CHRTR.
Juin 2009	Les chargées de projet local présentent le portrait complété de l'offre de services en prévention et gestion intégrée des maladies chroniques ciblées de leur RLS. Plusieurs volets de la prévention et gestion des maladies chroniques ont été évalués soit : 1. La promotion-prévention; 2. Le dépistage; 3. L'accès, la prise en charge, le suivi et l'enseignement à l'autogestion de la maladie; 4. La qualité des services et des soins; 5. La gestion intégrée des services.
Septembre 2009	L'exécutif du DRMG a été informé de l'avancement des travaux.
Décembre 2009	Les orientations du projet précisées par les équipes sont adoptées par l'Agence et les directeurs d'établissements.
Janvier 2010	Collaboration établie avec l'UQTR pour l'organisation de stages en CSSS en kinésiologie.
Février 2010	Finalisation du manuel d'organisation de projet en collaboration avec les directeurs de santé physique des CSSS. Début de la diffusion du projet auprès des partenaires et gestionnaires.
Mars 2010	Formation d'un comité MPOC pour Trois-Rivières et ses environs.

Avril 2010	Formation des conseillers en pratique clinique préventive et mise sur pied des comités locaux dans les CSSS pour planifier la mise en œuvre du projet. Début de la tournée des tables médicales territoriales pour présentation du projet.
Mai 2010	Mise en place d'un comité d'experts et d'un comité de travail pour le programme d'éducation à la santé.
Juin 2010	Crédits de développement pour volet 1; éducation à la santé (ajout de 6 ETC en kinésiologie et 4 ETC en nutrition) et volet 2; trajectoire MPOC (un ETC infirmière pivot au CHRTR et un ETC inhalothérapeute au CSSSTR). Plans de mise en œuvre du projet réalisés par chaque CSSS et par le CHRTR. Démarrage des cliniques d'insuffisance rénale précoces (stade 3 et 4) dans 3 CSSS.
Novembre 2010	Formation des intervenants aux dernières lignes directrices en MPOC et à l'interdisciplinarité.
Février 2011	Démarrage de la clinique ambulatoire MPOC du CSSS de Trois-Rivières et de la trajectoire de suivi du CHRTR, accès au dossier patient électronique de cette clientèle par les partenaires impliqués.
Avril 2011	Lancement de l'outil d'enseignement Priisme diabète révisé selon les dernières lignes directrices de l'Association canadienne du Diabète.
Juin 2011	Implantation du programme d'éducation à la santé réalisée dans 7 CSSS. Bilan des travaux. Crédits de développement régionaux de 6 ETC pour consolider les équipes.

11. Résultats attendus

- Un réseau de services intégrés regroupant les personnes présentant des facteurs de risques et ayant reçu un diagnostic des maladies chroniques ciblées à partir d'un portrait régional : diabète, maladies cardiovasculaires et pulmonaires obstructives chroniques.
- L'implication des médecins traitants avec des équipes interdisciplinaires locales.
- L'accès pour le patient et ses proches, à proximité de son milieu de vie, au traitement, au suivi, à l'éducation et à l'accompagnement nécessaires au maintien de sa santé à travers l'apprentissage de l'autogestion et l'adoption de saines habitudes de vie.
- Une continuité de service incluant la prévention primaire et secondaire, le dépistage, le traitement, la réadaptation, le maintien à domicile et les soins palliatifs.
- Une diminution des consultations à l'urgence de la clientèle ciblée.
- Une diminution des hospitalisations de la clientèle ciblée.

12. Les livrables du projet

- Un état de situation sur l'offre de services actuelle et les activités de promotion-prévention pour personnes à risque et celles atteintes de maladie chronique pour la région 04.
- Un document présentant le projet régional sur la prévention et gestion intégrée des maladies chroniques.
- La mise sur pied de comités locaux afin d'implanter le projet régional, l'adapter aux besoins et à la réalité de chaque réseau local de services ainsi qu'en assurer le suivi.
- Un plan de mise en œuvre du projet pour chaque établissement, intégrant le plan d'action en santé publique et les projets cliniques.
- Des projets locaux bien définis en lien avec les orientations régionales et un processus d'amélioration continue.
- L'identification et le suivi des indicateurs permettant d'évaluer les actions entreprises dans chaque établissement.
- Un système d'information permettant le repérage et le suivi des personnes présentant des facteurs de risque ou atteintes de maladies chroniques.
- Une augmentation du dépistage des facteurs de risque et de prise en charge précoce des patients présentant des facteurs de risques (ex. : syndrome métabolique) et atteints de maladie chronique par des équipes interdisciplinaires.
- Des services d'éducation à la santé, pour la personne et ses proches, basés sur l'approche motivationnelle et sur l'autogestion pour soutenir la modification de comportement vers de saines habitudes de vie.
- Des cliniques d'enseignement et de suivi des maladies chroniques ciblées en première ligne en lien avec la deuxième ligne, avec des critères de référence bien définis.
- Des intervenants formés et respectant les dernières lignes directrices pour chaque maladie.

13. Conclusion

En Mauricie et au Centre-du-Québec, ce projet, devenant le modèle de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques est une voie incontournable pour affronter le défi déjà très actuel du vieillissement de notre population dans un contexte de pénurie de ressources. Les différents réseaux locaux de services ont déjà amorcé le développement et l'organisation de services plus ou moins intégrés pour cette clientèle. Il faut maintenant réunir les acteurs du réseau au niveau régional et concerter nos actions, à partir d'un portrait précis de la situation, afin d'atteindre une réelle intégration des services sur tout le continuum de soin. De plus, les ressources servent actuellement à répondre en deuxième ligne à une demande toujours croissante provenant de la clientèle atteinte de plusieurs maladies chroniques et à un stade avancé de la maladie.

Dans un premier temps (2009-2012), l'implantation de ce projet permettra d'agir en prévention dès l'apparition des facteurs de risque et au début de la maladie en misant sur la capacité des clients d'autogérer leur santé en modifiant leurs habitudes de vie avec le soutien approprié d'équipes interdisciplinaires et ainsi obtenir un réel impact sur l'incidence des maladies chroniques. Par la suite (2012-2015), le modèle régional intégré de prévention et gestion des maladies chroniques pourra être complété par le volet évaluation et suivi des indicateurs, autogestion de la santé et réadaptation cardio-respiratoire pour les clients atteints de maladies chroniques.

Annexe 1 Modèle théorique

Le Modèle intégré de lutte aux maladies chroniques (Chronic Care Model, Ed Wagner)

Le « **Chronic Care Model** » définit six domaines devant faire l'objet d'une action structurée pour en venir à une amélioration des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

L'organisation de l'offre et de la prestation de services :

- Le travail en équipe interdisciplinaire;
- La coordination dans la prestation des services;
- Le suivi proactif des patients;
- La conception d'une fonction de gestion de cas.

Les systèmes d'information clinique :

- Le dossier patient partageable;
- La disponibilité de l'information clinique pour la gestion de cas;
- La rétroaction sur la base de la performance clinique.

L'aide à la décision clinique :

- L'institutionnalisation de guides et de protocoles cliniques;
- La formation continue aux prestataires de soins;
- Les mécanismes de consultation des spécialistes pour les intervenants de première ligne.

L'autogestion des soins :

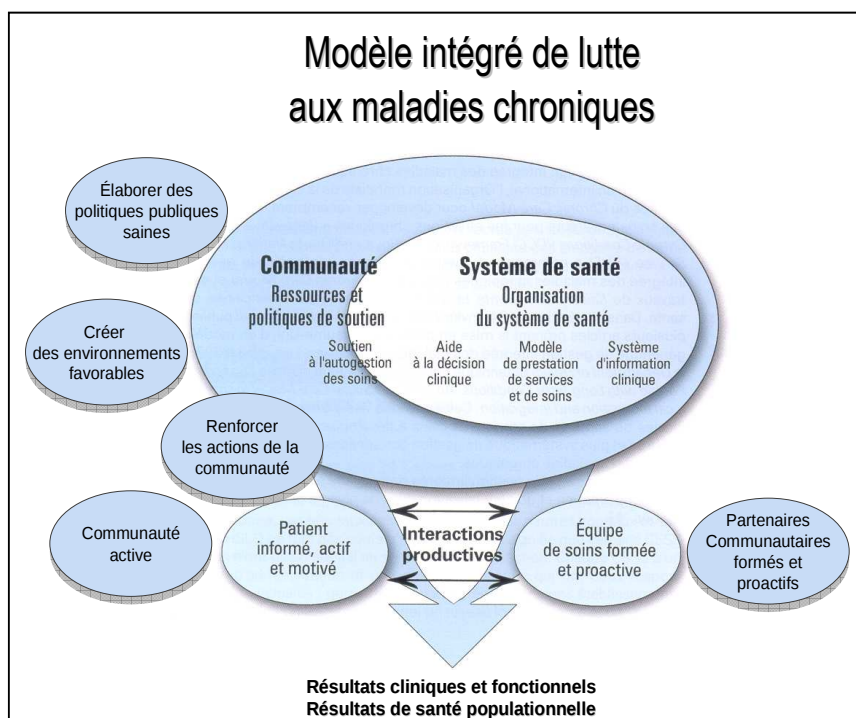
- L'éducation des patients;
- Le support psychosocial aux patients;
- L'évaluation des capacités de la personne à autogérer sa maladie;
- Le développement d'outils et de ressources favorisant l'autogestion de la maladie;
- La prise de décision reposant sur une collaboration active entre le clinicien et la personne;
- La disponibilité pour la personne de directives et de points de repère sur sa maladie.

Les ressources de la communauté :

- L'établissement de liens étroits avec les autres ressources.

La culture et les modes de fonctionnement du système de santé :

- Le support et le leadership exercé par les autorités;
- La participation directe des prestataires de services dans la gestion du système;
- Un système d'amélioration continue et de performance clinique.

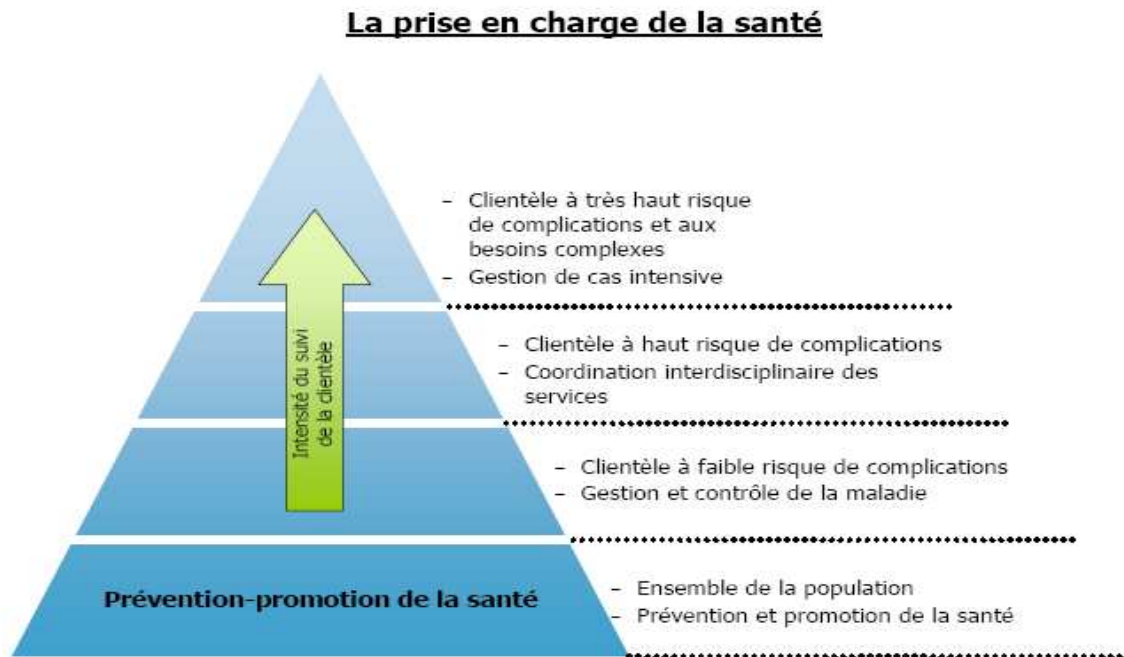


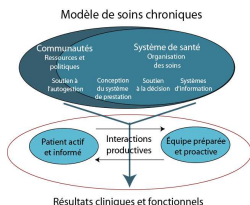
Source : Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. 2005. *Réflexion sur l'organisation des soins et services pour les patients atteints de maladies chroniques et leurs proches*. Cadre de référence : Module 1 sur l'organisation des services.

Annexe 2

La pyramide de Kaiser

Kaiser Permanente propose un modèle complémentaire qui permet de définir une approche structurée selon les différents degrés d'atteinte de la maladie et les besoins de la personne. L'objectif de ce modèle est de bien identifier les besoins des patients pour déterminer la cible prioritaire permettant un maximum d'impact et ainsi donner les soins les plus intensifs possible dans une structure la moins intensive possible.

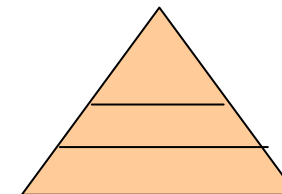




Annexe 3

Projet de prévention et gestion des maladies chroniques de la Mauricie et du Centre-du-Québec

« Ma santé à vie »



Objectif général : améliorer la prévention, le dépistage, l'accessibilité et la qualité des services aux personnes atteintes de maladies chroniques en Mauricie/Centre-du-Québec en optimisant l'utilisation des ressources existantes.

Objectifs et population cible

Population générale	Personnes à risques et atteintes (diabète, MCAS, MPOC, IR)	Personnes atteintes – cas complexes (comorbidités, consultations fréquentes, polypharmacie, problématique psychosociale) Idem à personnes atteintes (emphasis sur coordination des soins et efficience)
Prévenir l'incidence de nouveaux cas de diabète, MVAS, MPOC, cancer, obésité, dyslipidémie	Réduire la morbidité et mortalité, améliorer la qualité de vie, améliorer efficience, efficacité et accessibilité de l'offre de service	

Gouvernance

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et partenaires
1) Équipe de planification inter directions et chargés de projet locaux; 2) Comité régional Planification, coordination, formation, support, évaluation et rétroaction auprès des instances concernées.

Organisation des services

Intégration organisationnelle des services	
Groupe de travail régional volets cliniques communs	Comités locaux d'implantation et partenaires de la communauté
Intégration clinique de services de prévention et gestion des maladies chroniques	
Équipe 0-5-30 et conseiller en PCP 1) Répondant tabac, activité physique et alimentation, 2) liens avec équipes de soins (échange d'expertise), GMF 3) liens municipal, scolaire, travail, communautaire	Comité local d'implantation 1)Partage de l'information clinique et administrative; 2)Rôles des intervenants et parcours de soins définis; 3)Continuum de collaboration professionnelle selon niveau de complexité; 4)Aide à la décision clinique fondée sur les données probantes;

Activités cliniques et santé publique

Promotion d'environnement favorable et politique publiques saines	Prévention/promotion de la santé Pratiques cliniques préventives Éducation à la santé	Soutien à l'autosoins et autogestion	Gestion de la maladie, réadaptation et suivi systématique	Gestion de cas complexes . Identification d'un intervenant pivot/équipe interdisciplinaire de soin . Plan d'intervention individuel (incluant dimension clinique et administrative)
---	---	--------------------------------------	---	---

Résultats Court terme

Environnement et politiques publiques favorables	Pratiques préventives, meilleure connaissance, motivation et saines habitudes de vies	Meilleure connaissance, motivation et autogestion	Accessibilité, continuité, qualité et pertinence des soins offerts	Offre de service de l'urgence/hospit vers 1 ^{ère} ligne
--	---	---	--	--

Moyen terme

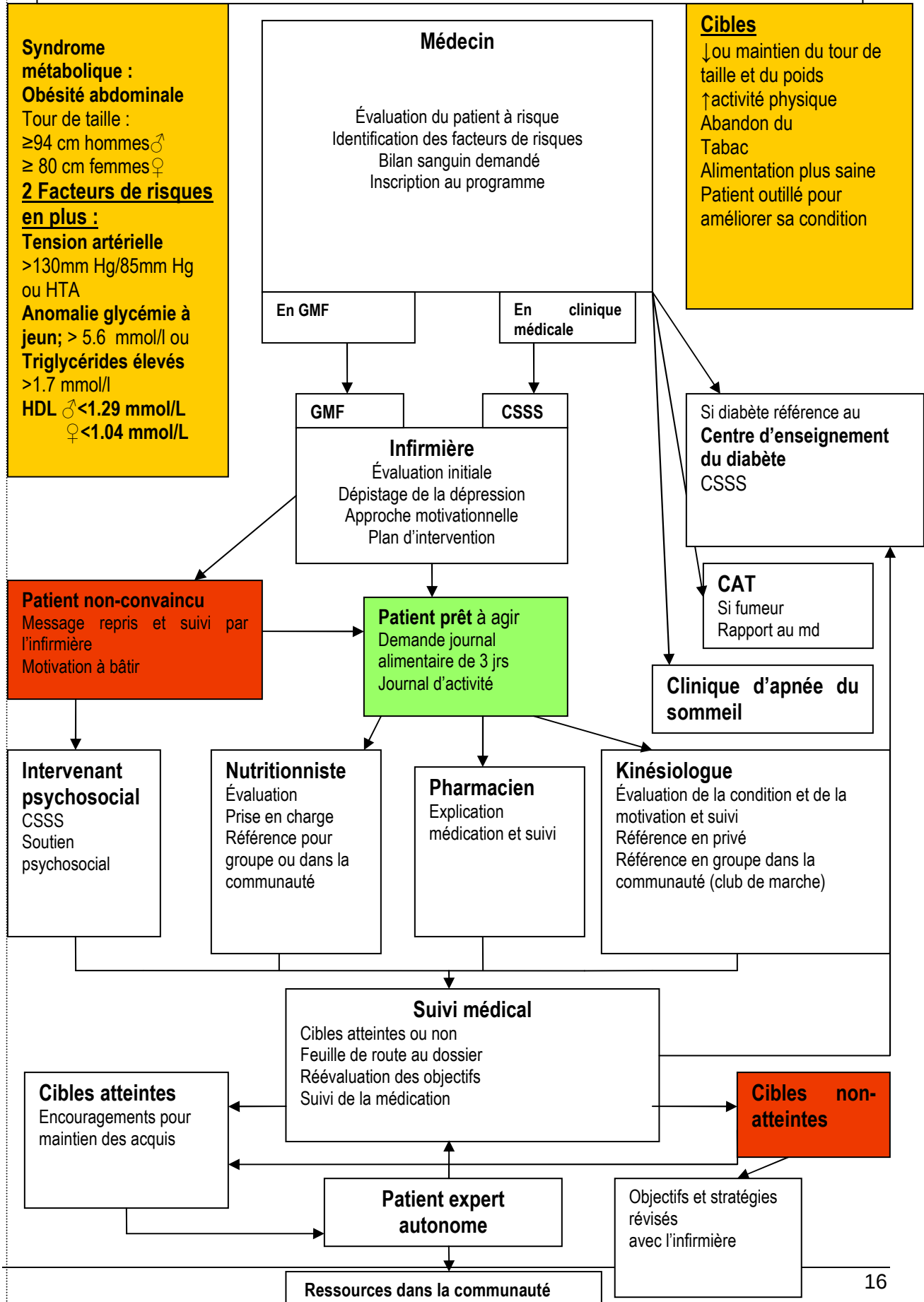
(>) Habitudes de vies saines (tabac, alimentation, activité physique); augmentation de l'utilisation de pratiques préventives	Réduction des épisodes de décompensation aiguë (<) du risque de progression de la maladie. Gain d'efficience et d'efficacité, impact + sur la qualité de vie
---	--

Long terme

Diminution de l'incidence de nouveaux cas de diabète, MVAS, MPOC, obésité, insuffisance rénale	Réduction de la morbidité et de la mortalité liée au diabète, MVAS, MPOC. Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes. Amélioration de l'efficience, accessibilité et efficacité des services offerts.
--	--

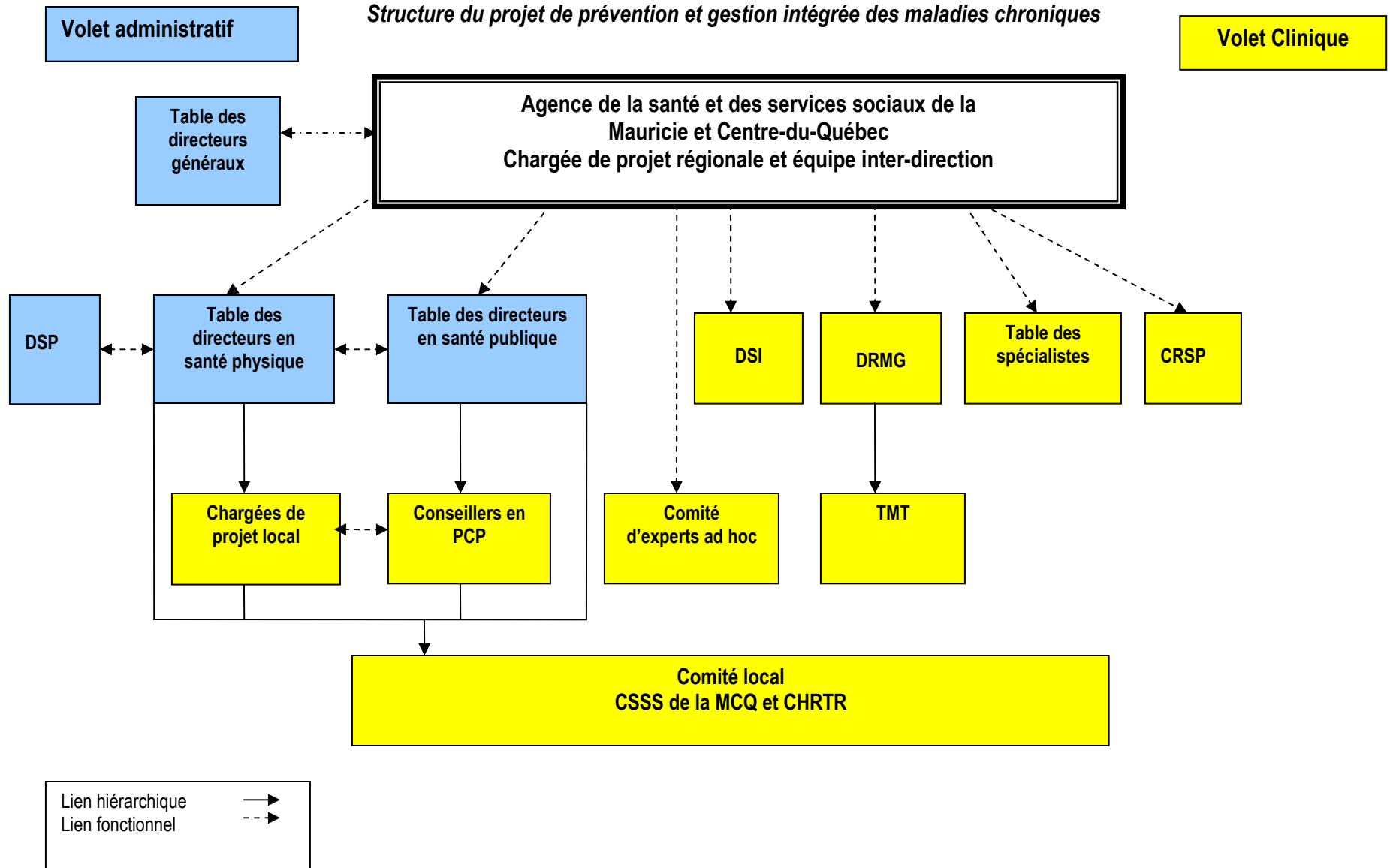
Annexe 4

Volet 1- Programme d'éducation à la santé



Annexe 5

Structure du projet de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques





CENTRE ADMINISTRATIF

550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU

570, rue Heriot, Drummondville (Québec) J2B 1C1
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec**

Québec 

www.agencesss04.qc.ca