



La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais

Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015



La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais

Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015

Septembre 2012

Ce document est une réalisation conjointe de

la Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires
et de la Direction de santé publique de
l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

3725, rue St-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
514 286-6500
www.santemontreal.qc.ca

Supervision de la rédaction

Christiane Barbeau
Mylène Drouin, MD

Équipe de rédaction

André Bélanger, MD
Natalie Cliche, MD
Valérie Lemieux
Marie-Josée Paquet

Révision

Isabelle Rioux

Graphisme

Paul Cloutier

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2012)
Tous droits réservés

ISBN-978-2-89673-227-2 (version imprimée)
ISBN-978-2-89673-228-9 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2012

Prix: 12\$

Mot de la Présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Le réseau de la santé montréalais est confronté à de nombreux défis. Parmi les plus importants, celui de répondre aux besoins grandissants d'une population qui vieillit et est aux prises avec des maladies chroniques. C'est pourquoi, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, en fait une priorité de son Plan stratégique 2010-2015 et entend y consacrer des efforts substantiels au cours des prochaines années.

La santé des Montréalais s'est améliorée au cours des dernières décennies : ils vivent plus longtemps et en meilleure santé. Cependant, l'impact des maladies chroniques sur la mortalité prématurée demeure préoccupant. Dans bien des cas, les maladies chroniques ne sont pas étrangères aux inégalités sociales : leur prévalence s'avère généralement plus élevée chez les personnes disposant d'un faible revenu ou peu scolarisées.

La prise en charge des maladies chroniques par le réseau montréalais nécessite de modifier l'organisation des soins et services afin d'améliorer l'accès, la

continuité et la qualité, dans une région qui regroupe un grand nombre d'intervenants et d'établissements. Nous pouvons toutefois nous appuyer sur les succès des projets-pilotes démarrés en 2008 qui visaient l'implantation de programmes cliniques de gestion des maladies chroniques.

Ces expériences ont démontré que, pour atteindre nos objectifs, il faut poursuivre la mobilisation vers un réseau intégré de services. De même, un partenariat fort et engagé entre les acteurs de différents réseaux (communautaire, économique, santé, scolaire, municipal, environnementaux, etc.) s'avère essentiel au succès d'une telle démarche.

Je profite donc de l'occasion pour réitérer ma confiance envers les professionnels de notre réseau qui, chaque jour, travaillent ensemble à garder notre monde en santé. Pour moi, il est clair que nous disposons à Montréal des atouts, de la force, de la volonté et de l'imagination nécessaires pour accomplir notre mandat avec succès.



Danielle McCann

Mot du Directeur de santé publique et du Directeur des affaires cliniques, médicales et universitaires

C'est avec plaisir que la Direction de santé publique (DSP) et la Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires (DACMU) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (l'Agence) présentent leur Modèle montréalais et Plan d'action 2011-2015 en prévention et gestion des maladies chroniques.

Ce plan convie les acteurs de la santé et des services sociaux impliqués en maladies chroniques et leurs partenaires à unir leurs efforts, en vue de réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies chroniques. Il se veut également un outil de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle des CSSS.

En raison de leur prévalence croissante et du fardeau qui y est associé, les maladies chroniques figurent au nombre des priorités du Plan stratégique 2010-2015 de l'Agence et du Plan d'action régional en santé publique 2011-2015. Il s'agit en effet d'une priorité régionale à laquelle la DSP et la DACMU entendent consacrer, au cours des prochaines années, des efforts explicites et concertés, d'un bout à l'autre du continuum de services de santé.

D'une part, l'intervention de santé publique privilégie l'action intersectorielle et vise à la fois les environnements, les politiques publiques et les pratiques préventives en milieu clinique en vue de :

- Réduire la prévalence des facteurs de risque intermédiaire, c'est-à-dire les précurseurs de la maladie chronique (obésité, hypertension, dyslipidémie, syndrome métabolique, etc.);
- Réduire la prévalence des comportements de santé associés aux précurseurs de la maladie (alimentation déséquilibrée, sédentarité, tabagisme);
- Influencer les déterminants environnementaux (environnement bâti, politiques publiques, qualité de l'air), et réduire les inégalités de santé liées aux déterminants sociaux (revenu, scolarité, etc.).



Richard Massé, MD
Directeur de santé publique

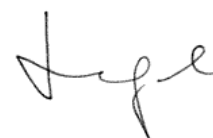
D'autre part, les programmes cliniques de gestion des maladies chroniques et la coordination des services de 1^{re} et de 2^e ou 3^e lignes ont pour objectifs de :

- Influencer le cours de la maladie afin d'en retarder l'évolution, de prévenir les complications et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.
- Soutenir l'autogestion et développer l'autonomie des personnes atteintes de maladies chroniques
- Soutenir les médecins omnipraticiens de 1^{re} ligne dans le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques, par le biais de programmes interdisciplinaires et intégrés de gestion des maladies chroniques.
- Optimiser l'utilisation des services en 2^e ligne médicale :

Par ailleurs, les données de santé des Montréalais(es) montrent que les maladies chroniques n'affectent pas de manière égale l'ensemble de la population : les personnes plus défavorisées sur le plan socioéconomique sont aussi plus nombreuses à souffrir de problèmes de santé chroniques. Une attention particulière sera donc accordée à ces écarts et plusieurs des interventions préconisées pour réduire les maladies chroniques visent également à réduire les inégalités sociales de santé.

Ce Plan d'action présente une vision commune du continuum de prévention et de gestion des maladies chroniques et souhaite orienter les activités régionales et locales, afin d'actualiser cette vision commune sur l'ensemble du territoire montréalais.

Nous espérons donc que ce document permettra de créer une synergie d'actions pour arriver à prévenir et gérer efficacement les maladies chroniques.



Frédéric Abergel
Directeur des affaires cliniques,
médicales et universitaires par intérim

Résumé

Au cours des deux dernières décennies, on observe une nette augmentation de la prévalence de l'obésité, du fardeau associé aux maladies chroniques et de leurs principaux facteurs de risque (alimentation déséquilibrée, tabagisme et sédentarité). On observe également une augmentation du nombre de personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques à la fois, ce qui complexifie la coordination des soins et le jumelage des différents plans de traitements.

Les montréalais(es) atteints des maladies chroniques les plus courantes sont de très forts utilisateurs de services de santé, avec une moyenne de 10 à 16 visites médicales annuelles. Un grand nombre d'entre eux font au moins une visite à l'urgence au cours d'une année.

Les maladies chroniques et leurs déterminants ne se distribuent pas également à travers la population. Le taux de mortalité par maladies chroniques demeure une à deux fois plus élevé au sein des groupes défavorisés par rapport aux mieux nantis. L'environnement des villes peut également influencer de manière significative la santé des personnes qui y vivent, notamment par le niveau de pollution atmosphérique et sonore, l'accès à des produits alimentaires de qualité, l'offre de services en loisirs, et l'état des infrastructures de transports actifs ou collectifs.

Selon les orientations ministérielles 2008-2011, le MSSS fait des maladies chroniques une priorité d'intervention; il mise sur le développement d'un continuum de services intégré, fondé sur la responsabilité populationnelle et sur la hiérarchisation des services en prévention et gestion des maladies chroniques. Pour mieux structurer et actualiser cette vision d'un continuum de services hiérarchisés et intégrés, l'Agence s'inspire de deux modèles d'organisation de soins reconnus: la pyramide des services du Kaiser Permanente ainsi que le Modèle étendu des soins chroniques (CCM-E) adapté du modèle de soins développé par Edward Wagner, le *Chronic Care Model*.

Le continuum montréalais de prévention et de gestion des maladies chroniques met l'accent sur l'action intersectorielle pour la création d'environnements

sains et la réduction des inégalités sociales de santé, sur la consolidation d'une 1^{re} ligne forte intégrant pratiques préventives et curatives, et sur l'utilisation optimale des services spécialisés de 2^e et 3^e lignes.

À Montréal, les 12 CSSS constituent la pierre angulaire du réseau de santé et de services sociaux. Il leur revient la responsabilité de développer des liens avec les milieux cliniques de 1^{re} ligne et les établissements de 2^e et 3^e lignes afin d'offrir une gamme complète de services généraux, spécialisés et surspécialisés. Ils doivent en outre assurer le suivi des clientèles vulnérables, dont les personnes atteintes de maladies chroniques. Les CSSS ont aussi la responsabilité de coordonner une action intersectorielle et d'interpeller les décideurs municipaux locaux pour créer des environnements favorables à la santé.

L'Agence assure le leadership régional du déploiement du continuum des services en prévention et gestion des maladies chroniques. Par le biais de la Direction de la santé publique, elle assure la surveillance de l'état de santé de la population et elle développe et coordonne des programmes de promotion et de prévention. Par le biais de la Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires, elle développe et coordonne la mise en place des programmes cliniques de gestion des maladies chroniques.

Diverses instances sont impliquées dans la planification et la mise en œuvre des programmes de prévention et gestion des maladies chroniques. Certains agissent en outre à titre d'interface ou de courroie de transmission entre les acteurs régionaux et locaux. Par son Modèle montréalais et Plan d'action, l'Agence souhaite mettre en lumière les points d'arrimages et les mécanismes de coordination des services en prévention et gestion des maladies chroniques.

Le Plan d'action montréalais conjugue les meilleures pratiques en prévention et gestion des maladies chroniques. Il s'articule autour de cinq grandes orientations. Le succès de ce plan d'action dépend largement de la mise en place d'un partenariat étroit entre les responsables régionaux, les CSSS, les milieux cliniques et les partenaires communautaires de même que les

Les 5 grandes orientations

1. Promouvoir de saines habitudes de vie dès la naissance et créer des environnements favorables à la santé

Agir sur l'obésité, l'embonpoint et maladies respiratoires chez les enfants de 0-5 ans

Promouvoir le développement moteur, cognitif et socio-affectif des enfants de 0-5 ans

Développer des quartiers sécuritaires et favorables au transport actif

Augmenter la proportion de la population ayant accès à des fruits et légumes frais

Agir en faveur d'une réglementation favorisant une bonne qualité d'air de même que des logements salubres

Augmenter le nombre de milieux de travail qui œuvrent en prévention des troubles musculosquelettiques et protègent leurs employés contre l'exposition à ces agents cancérigènes

2. Améliorer la couverture populationnelle aux pratiques cliniques préventives

Favoriser l'intégration des interventions de counseling en matière d'habitudes de vie dans les pratiques des professionnels des milieux cliniques

Arrimer les services préventifs aux services de détection et gestion des maladies chroniques

Améliorer la détection précoce des cancers (sein, col, colorectal)

Améliorer la couverture vaccinale (VPH, VHB, Influenza)

3. Assurer l'accès à des programmes intégrés et harmonisés de gestion des maladies chroniques et favoriser l'autogestion de la personne par rapport à sa maladie

Consolider les programmes cliniques existants (Diabète-HTA/MPOC/Dépression)

Développer de nouveaux programmes en 1^{re} ligne en fonction des données de surveillance, des orientations ministérielles, des recommandations d'experts et des besoins exprimés par les médecins omnipraticiens (rétinopathie et neuropathie diabétique/santé cardiovasculaire/asthme/ santé osseuse et musculosquelettique/douleur chronique/santé mentale)

Agir pour favoriser l'autogestion de la maladie

4. Assurer l'accès à des services spécialisés de 1^{re}, 2^e et de 3^e ligne

Établir des corridors de services bidirectionnels entre la 1^{re} et la 2^e ligne pour tous les projets de prévention et gestion des maladies chroniques implantés dans les CSSS montréalais.

5. Mettre en place un système de surveillance, de monitoring et d'évaluation

Suivre de façon continue l'état de santé des Montréalais(es) ainsi que ses principaux déterminants (environnementaux et comportementaux)

Mettre en place des mécanismes de suivi de l'implantation des programmes en prévention et en gestion des maladies chroniques

Évaluer les effets des programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques

Mettre en place et maintenir un Registre clinico-administratif sur les maladies chroniques à Montréal

acteurs intersectoriels (municipaux, scolaires, entreprises, environnementaux, etc.). Son déploiement passe également par un leadership fort et mobilisateur de l'Agence, une définition claire du champ d'action de chacun des acteurs, ainsi que par la mise en place de canaux de communication efficaces.

Table des matières

Mot de la Présidente et directrice générale	i
Mot du Directeur de santé publique et du Directeur des affaires cliniques, médicales et universitaires	iii
Résumé	v
Introduction	1
Section 1. Portrait montréalais des maladies chroniques et de leurs déterminants	3
Fardeau des maladies chroniques à Montréal	3
Prévalence et distribution des principaux facteurs de risque	4
Le vieillissement et l'hérédité	4
Les habitudes de vie	4
Des environnements qui influencent les modes de vie	5
Accessibilité à la 1 ^{re} ligne et aux services cliniques préventifs	5
Utilisation des services et coûts de santé	5
Section 2. Modèle montréalais et ses fondements	7
Les maladies chroniques au cœur des priorités ministérielles	7
La pyramide de Kaiser pour mieux hiérarchiser les programmes et services	8
Une programmation régionale fondée sur le Extended-Chronic Care Model	9
Des programmes et services à travers le continuum en prévention et gestion des maladies chroniques	10
Agir en amont	10
Agir précocement et efficacement sur la maladie	10
Acteurs de la prévention et de la gestion des maladies chroniques et instances décisionnelles	12
Organisations de santé impliquées dans le continuum	12
Instances de gouverne et de coordination du continuum	13
Section 3. Plan d'action 2011-2015	17
Orientation 1: Promouvoir de saines habitudes de vie dès la naissance et créer des environnements favorables à la santé.	17
Orientation 2 : Améliorer la couverture populationnelle aux pratiques cliniques préventives	22
Orientation 3: Assurer l'accès à des programmes harmonisés de gestion des maladies chroniques et favoriser l'autogestion de la personne par rapport à sa maladie.	28
Orientation 4 : Assurer l'accès à des services de 1 ^{re} , 2 ^e et 3 ^e lignes dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services.	34
Orientation 5 : Mettre en place un système de surveillance, de monitoring et d'évaluation	36

Conclusion	39
Références	41
Annexe I Actualisation du Modèle de soins des maladies chroniques étendu (CCM-E)	45
Annexe II Actions de la Direction de santé publique pour la prévention des maladies chroniques	48
Annexe III Planification et mise en œuvre d'un programme de gestion des maladies chroniques	49
Annexe IV Recommandations d'experts relativement à la mise sur pied de nouveaux programmes cliniques en gestion des maladies chroniques	52

Liste des figures et tableaux

Figure 1 - Proportion d'utilisation des services selon le diagnostic principal 2005-2006 (%)	6
Figure 2 - Pyramide de Kaiser adapté au modèle montréalais	8
Figure 3 - Le Extended Chronic Care Model (CCM-E)	9
Figure 4 - Continuum montréalais de services en prévention et gestion des maladies chroniques	11
Figure 5 - Structure de gouverne régionale et locale en prévention et gestion des maladies chroniques	14
Figure 6 - Structure de planification des projets en maladies chroniques	28
Figure 7 - Programmes de gestion des maladies chroniques en développement	30

Listes des acronymes

INESS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
AMOM	Association des médecins omnipraticiens de Montréal
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CAU	Centre affilié universitaire
CDD	Centre de dépistage désigné
CES	Centre d'éducation pour la santé
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CCM	Chronic Care Model
CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CCM-E	Expanded Chronic Care Model
CoP	Communauté de pratique
CR	Clinique-réseau
CRI	Clinique-réseau intégrée
CRID	Centre de référence pour investigation diagnostique
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DAMU	Direction des affaires médicales et universitaires
DACMU	Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires
DRMG	Département régional de médecine générale
DLSP	Directeur local de santé publique
DSP	Direction de santé publique
EMP	Examen médical périodique
EPS	Éducateur pour la santé
ETP	Équivalent temps plein
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
HPS	Hôpital promoteur de santé
HTA	Hypertension artérielle
ICPC	Infirmière-conseil en prévention clinique
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
I-PQDCS	Infirmière assignée au PQDCS
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IU	Institut universitaire
MAMROT	Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
MCAS	Maladie cardiaque athérosclérotique

MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère du transport du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAG	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : investir pour l'avenir
PAL	Plan d'action local en santé publique
PAR	Plan d'action régional en santé publique
PCP	Pratiques cliniques préventives
PNSP	Programme national de santé publique
PSMA	Produits, services et moyens amaigrissants
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLT	Programme québécois de lutte au tabagisme
RLS	Réseau local de services
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SPC	Système de prévention clinique
SPMC	Secteur Services préventifs en milieu clinique

Introduction

Le fardeau croissant des maladies chroniques et leurs répercussions sur le système de santé ne sont plus à démontrer. Les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète provoquent chaque année plus de 36 millions de décès, soit près du deux-tiers de l'ensemble de la mortalité à l'échelle mondiale.

Le MSSS définit les maladies chroniques comme des maladies non contagieuses, qui se développent lentement, qui conduisent à des incapacités, qui peuvent se prolonger dans le temps et qui sont souvent incurables, mais dont un grand nombre sont évitables. Ces maladies résultent à la fois de processus normaux liés à la génétique ou au vieillissement, ainsi qu'au cumul d'un ensemble de facteurs qui interagissent tout au long de la vie. On y inclut les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, le diabète, les maladies de l'appareil musculosquelettique, les maladies neurodégénératives, ainsi que les problèmes de santé mentale ^[1].

Montréal n'échappe pas à cette tendance. De 2005 à 2009, les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète ont causé plus de 72 % des décès chez les 20 ans et plus à Montréal ^[2]. Pour certaines maladies chroniques, les tendances sont à la hausse : environ 25 000 personnes de plus souffrent aujourd'hui d'hypertension qu'en l'an 2000 et le diabète s'est accru de 40 %, de façon régulière, entre 1999 et 2006 ^[3]. De plus, les maladies chroniques et leurs déterminants ne se distribuent pas également à travers la population. Ainsi, le taux de mortalité par maladies chroniques demeure une à deux fois plus élevé au sein des groupes défavorisés par rapport aux mieux nantis.

Le vieillissement de la population et les changements dans nos modes de vie, en particulier au regard des habitudes alimentaires et de l'activité physique, en sont en grande partie responsables. En effet, jusqu'à 80 % des maladies cardiovasculaires, des accidents vasculaires cérébraux et du diabète de type 2, et plus d'un tiers des cancers pourraient être évités par l'élimination des principaux

facteurs de risque que sont le tabagisme, la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool ^[4].

Devant l'ampleur du phénomène, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ci-après l'Agence) reconnaît la nécessité d'agir par des actions s'inscrivant dans une vision globale du continuum de services en prévention et gestion des maladies chroniques. Au chapitre de la prévention, des efforts devront s'intensifier pour développer des politiques publiques et créer des environnements propices à des choix santé, pour intégrer la prévention dans les pratiques cliniques en 1^{re} ligne, et pour améliorer la capacité de la personne d'agir en vue de prévenir l'apparition de la maladie ou en éviter les complications. Du côté de la gestion des maladies chroniques, le développement de programmes cliniques, la mise sur pied d'équipes interdisciplinaires en 1^{re} ligne, le soutien à l'autogestion et l'optimisation des liens avec la 2^e ligne seront au cœur de la révision de l'organisation des services, pour les personnes touchées par une ou plusieurs maladies chroniques.

L'élaboration d'un Plan d'action montréalais pour la prévention et la gestion des maladies chroniques s'inscrit donc dans les priorités stratégiques 2010-2015 de l'Agence ^[5]. Ce plan d'action se veut un document d'orientation et de soutien aux CSSS, ainsi qu'à leurs partenaires, dans la mise en œuvre et l'arrimage des programmes régionaux et locaux de prévention et de gestion des maladies chroniques. Il fait par ailleurs écho au plan d'action régional en santé publique 2010-2015, dont les axes prioritaires d'activité touchent la prévention des maladies chroniques et la réduction des inégalités sociales de santé ^[6].

Le présent document se divise en trois grandes sections :

- un portrait montréalais des maladies chroniques et de leurs déterminants;
- le modèle montréalais et ses fondements théoriques;
- le plan d'action montréalais 2011-2015 en prévention et gestion des maladies chroniques.

Nous souhaitons donc que ce document donne sens à l'ensemble des actions déployées à travers le continuum de prévention et gestion des maladies chroniques, qu'il soit mobilisant et permette de concrétiser une vision commune de l'action du réseau montréalais au regard du fardeau croissant des maladies chroniques.

Portrait montréalais des maladies chroniques et de leurs déterminants

La présente section fait état des principaux faits saillants au regard des maladies chroniques et de leurs déterminants. Elle démontre l'urgence d'agir et révèle des inégalités sociales de santé se traduisant par des écarts significatifs entre territoires de CSSS et entre groupes de population.

En effet, à travers les données présentées, on constate que certaines variables sociodémographiques, particulièrement celles en lien avec le statut socioéconomique, ont des répercussions sur l'état de santé, de même que sur les comportements de santé des individus. On remarque ainsi que la plupart des maladies chroniques et leurs facteurs de risque sont plus répandus parmi les populations défavorisées. De plus, leur incidence y augmente plus rapidement, creusant davantage d'écarts entre les groupes de population. Ceci présuppose qu'une attention particulière doit être portée aux clientèles vulnérables dans la planification des actions de promotion de la santé et des services en prévention et gestion des maladies chroniques.

Fardeau des maladies chroniques à Montréal

Embonpoint et obésité

- L'embonpoint et l'obésité juvénile ont augmenté de façon importante au cours des dernières décennies. Des données de recherche montrent qu'il y aurait plus de jeunes montréalais âgés de sept ans avec un surplus de poids (21 %) que dans les autres régions urbaines de 10 000 habitants et plus du Québec (13 %) [7].
- En 2005, chez les jeunes montréalais âgés de 12 à 17 ans, 18 % présentent un surplus de poids [8].
- Au sein de la population adulte, en 2010, plus de 49 % présentent un surplus de poids, une proportion qui grimpe à 58 % chez les hommes et 63 % chez les personnes sans diplôme d'études secondaires. L'obésité (IMC supérieur à 30) se chiffre quant à elle à 16% [3].

- En 2003, on estimait qu'une personne diabétique sur trois ignorait sa condition [9].
- En 2008-2009, la prévalence du diabète était de 8,1 % chez les 20 ans et plus, soit 127 000 personnes diabétiques. Cette prévalence est plus élevée que pour l'ensemble de la province, qui s'est accrue de 42 % depuis 2000. Chaque année près de 11 000 nouveaux cas sont diagnostiqués [10].
- En 2010, la prévalence de l'hypertension artérielle a grimpé à 31 % chez les 45 ans et plus, ce qui représente plus de 205 000 personnes hypertendues à Montréal [3].
- Le taux de mortalité pour le diabète et les MCV chez les 20 ans et plus est supérieur à celui du reste du Québec [2].

Asthme et MPOC

- La prévalence de l'asthme, une maladie chronique fortement associée à la qualité de l'air intérieur et extérieur, est aussi en hausse depuis 20 ans. En 2009, elle touchait 6 % de la population de 12 ans et plus. Chez les 12-17 ans, elle atteignait 15 % [3;8].
- La prévalence des MPOC chez les 45 ans et plus est de 7 % et près de 600 personnes décèdent chaque année d'une MPOC. Le taux de mortalité ajusté pour les MPOC est significativement inférieur au reste du Québec [2;3].

Cancer

Les cancers, à eux seuls, sont responsables de 34 % des années potentielles de vie perdues. Le cancer du poumon demeure au premier rang comme cause de mortalité par cancer. Chez les femmes, le cancer du sein figure au second rang des causes de mortalité par cancer. Chez l'ensemble des québécois (hommes et femmes), c'est le cancer colorectal qui occupe la deuxième position [2].

Santé mentale

- En 2007-2008, 4,1 % de la population montréalaise de 12 ans et plus déclarait avoir un état de santé mentale passable ou mauvais, comparativement à 3,2 % ailleurs au Québec ^[3].

Multi morbidités

- La multimorbidité pose un défi de taille pour les systèmes de soins en matière de coordination des soins, de jumelage de traitements et d'application de lignes directrices parfois contradictoires. À titre d'exemple, en 2008, 7 % de la population de 45 ans et plus de Montréal présentait à la fois un diabète de type 2 et une hypertension, soit plus de 40 500 montréalais ^[3].
- Une étude québécoise a révélé que près de 90 % des patients suivis en 1^{re} ligne, pour une maladie chronique, présente au moins une autre comorbidité ^[11].

Prévalence et distribution des principaux facteurs de risque

Le vieillissement et l'hérédité

Alors que la majorité des facteurs de risque pour les principales maladies chroniques touchent les habitudes de vie et sont modifiables, l'âge et l'hérédité demeurent des déterminants immuables qui influencent le visage des maladies chroniques à Montréal.

À ce titre, Montréal se démarque à deux égards. D'une part, Montréal devrait passer de la région dont le pourcentage de personnes âgées était le plus élevé en 2001 à celle où ce pourcentage sera le plus faible d'ici 2026 ^[12]. Ce phénomène est en partie attribuable à la présence de communautés issues de l'immigration, dont la moyenne d'âge est moins élevée ^[13]. C'est cette forte présence de communautés issues de l'immigration qui distingue d'autre part Montréal, puisque l'on sait que certaines de ces communautés présentent un risque plus élevé de développer des maladies chroniques, en plus de constituer un groupe souvent plus difficile à rejoindre ^[14].

Les habitudes de vie

Tabagisme

- Au Québec, en 2008, on estime qu'un élève sur cinq du secondaire (22 %) fume soit la cigarette (4 %), le cigarillo (7 %) ou les deux (11 %) ^[15]. En outre, le Québec est la province où les jeunes sont les plus exposés à la fumée secondaire du tabac ^[16].
- En 2010, au sein de la population adulte, Montréal compte près de 400 000 fumeurs réguliers ou occasionnels, soit plus du quart de la population adulte (22 %). Cette proportion est plus élevée chez les hommes (25 %) et les personnes nées au Canada (25 %) ^[3].

Alimentation

- L'allaitement maternel est reconnu comme un facteur de protection contre l'obésité et l'asthme pédiatrique. En 2005-2006, près de 88 % des bébés recevaient du lait maternel à la naissance et 61 % après 6 mois ^[17].
- L'alimentation des jeunes québécois de 6 à 16 ans est préoccupante, seulement 6 % à 11 % d'entre eux consomment les quantités minimales requises dans chacun des quatre groupes du Guide alimentaire canadien ^[17]. En 2008, environ 40 % des jeunes montréalais de 12 à 17 ans mangeaient moins de cinq portions de fruits et légumes par jour.
- Près d'un adulte montréalais sur deux (48 %) ne consomme pas assez de fruits et légumes. Cette proportion grimpe à 55 % chez les hommes et 61 % chez les personnes sans diplôme ^[3].
- En 2008, 10,4 % des ménages se sont inquiétés d'un manque de nourriture et 8 % en ont parfois ou souvent manqué au cours de l'année ^[18].

Sédentarité

- Au Québec, en 2004, plus d'un garçon sur quatre (26 %) et près d'une fille sur deux (49 %) chez les 6 à 11 ans fait moins de sept heures d'activité physique par semaine. Chez les 12 à 17 ans, cette proportion passe à 48 % chez les garçons et à 65 % chez les filles ^[8].
- Chez les 12-17 ans, à Montréal comme dans le reste du Québec, plus de la moitié des jeunes (54 %) ne sont pas actifs durant leurs loisirs; plus de 37 % passent 25 heures ou plus par semaine devant l'ordinateur, les jeux vidéo ou la télévision, par rapport à 26 % des jeunes du reste du Québec ^[19].

- Chez les adultes, la proportion d'inactifs durant leurs loisirs grimpe à 44 % et à 51 % chez les personnes issues de l'immigration récente (moins de dix ans). Si l'on considère les déplacements actifs, la proportion de Montréalais sédentaires descend toutefois à 37,5 contre 43,3 % ailleurs dans la province^[3].

Des environnements qui influencent les modes de vie

L'environnement des villes joue un rôle déterminant sur la santé des personnes qui y vivent. Par exemple, plusieurs quartiers montréalais offrent un très faible approvisionnement de fruits et de légumes frais à distance de marche. Or, l'accès à des aliments sains, comme des fruits et des légumes abordables, facilite l'adoption de saines habitudes alimentaires. Par ailleurs, on estime que l'utilisation du transport collectif entraîne près de 20 minutes de marche par jour et peut contribuer à réduire plusieurs facteurs de risque pour les maladies chroniques (ex. sédentarité, surpoids). Cependant, on constate que la voiture occupe une part prédominante dans les déplacements. En 2008, en période de pointe du matin, 53 % des déplacements se faisaient en voiture, 30 % en transport collectif et 15 % en transport actif (marche, vélo)^[20]. De plus, le pourcentage d'enfants qui vont à l'école à pied ou à vélo a diminué de 10 % entre 1993 et 2003. En contexte urbain, des enjeux de sécurité ont pu contribuer à cette diminution. D'importants investissements dans le transport collectif ont toutefois eu des effets positifs avec une augmentation de 14 % de son utilisation^[20;21].

Enfin, la pollution atmosphérique et l'insalubrité de certains logements constituent un enjeu de santé publique en raison de leurs impacts négatifs sur la santé : Santé Canada estime que la pollution de l'air à Montréal serait responsable de 1540 décès prématurés par année^[21]. Une étude récente publiée par la Direction de santé publique de Montréal estimait que 36 % des enfants montréalais vivaient dans des logements présentant des conditions d'humidité excessive et des moisissures; près de 15 % des cas d'asthme pédiatrique y sont directement associés^[22].

Accessibilité à la 1^{re} ligne et aux services cliniques préventifs

En 2009-2010, près du tiers des Montréalais n'avaient toujours pas de médecin de famille et cette proportion grimpe à 42 % chez les personnes à faible revenu et à 66 % chez les immigrants récents¹. Du côté de l'exposition aux pratiques cliniques préventives, plus du trois quarts (77 %) des montréalais de 15 ans et plus indiquent qu'un professionnel a mesuré leur tension artérielle, au cours de la dernière année. Moins de la moitié (45 %) des Montréalaises de 50-69 ans ont eu une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années et seulement 56 % des 60 ans et plus ont reçu leur vaccin contre la grippe saisonnière en 2007^[19].

Utilisation des services et coûts de santé

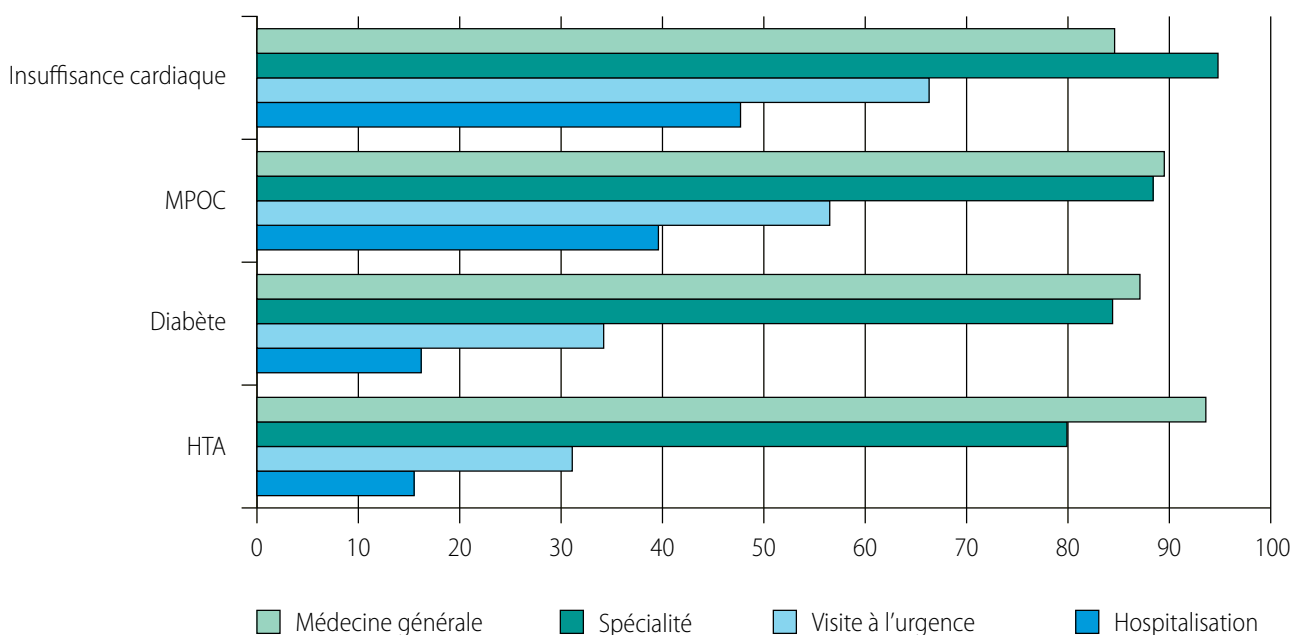
La Figure 1 présente l'utilisation de services de santé pour quatre des maladies chroniques les plus répandues à Montréal^[23]. On observe que les individus atteints de l'une de ces quatre maladies sont généralement de forts utilisateurs de services, avec une moyenne de 10 à 16 visites médicales au cours de l'année 2005-2006. Ce sont les personnes vivant avec un diagnostic d'insuffisance cardiaque et/ou une MPOC qui sont les plus forts utilisateurs de services institutionnels (hospitalisation² et visite à l'urgence). L'insuffisance cardiaque se démarque également par une proportion de consultations en spécialité plus élevée qu'en médecine générale.

Enfin, ces données montrent que plus de la moitié (56 %) des personnes vivant avec une MPOC ont effectué au moins une visite à l'urgence, alors que 40 % ont été hospitalisées. Chez les personnes atteintes d'HTA ou de diabète, ces proportions sont également élevées, oscillant autour de 30 % et de 15 %, respectivement.

1 Personne vivant depuis neuf ans et moins au Canada

2 Une hospitalisation est définie par une date d'admission et une date de sortie. Pour l'insuffisance cardiaque, ne comprennent que les hospitalisations ayant l'insuffisance cardiaque comme diagnostic principal.

Figure 1.
Proportion d'utilisation des services selon le diagnostic principal 2005-2006 (%)



Source : Espace montréalais d'information sur la santé <http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/etat-de-sante/sante-physique>

Au Canada, déjà en 1998, les maladies chroniques représentaient 42 % des dépenses canadiennes de santé, soit 38,9 milliards de dollars. À cela s'ajoutent les coûts dits indirects de la maladie (productivité perdue et décès prématurés), estimés à 54,4 milliards de dollars additionnels. Une grande partie de ces coûts sont, en outre, attribuables aux sept maladies chroniques les plus répandues (maladies cardiovasculaires, cancers, MPOC, diabète, troubles musculosquelettiques, troubles du système nerveux et problèmes de santé mentale) et correspondent à 9 % du PIB annuel canadien^[24]. La santé mentale, dont le poids économique est passé de 12,3 à 34,0 milliards de dollars entre 1998 et 2003, retient particulièrement l'attention^[25].

De même, les médicaments, dont bon nombre sont utilisés pour la gestion de maladies chroniques, représentaient en 2011 des dépenses s'élevant à 32 millions de dollars^[26].

Modèle montréalais et ses fondements

Cette section présente les orientations ministérielles, ainsi que les modèles d'organisation de services ayant encadré le développement d'une vision montréalaise de prévention et gestion des maladies chroniques dans une approche globale et intégrée.

Les lignes directrices du MSSS, en lien avec la prévention et la gestion des maladies chroniques, reflètent donc à la fois les orientations ministérielles de prise en charge des maladies chroniques et les grands principes de promotion/prévention:

- **Un continuum de services intégré et appuyé sur la responsabilité populationnelle, ainsi que la hiérarchisation des services;**
- **La poursuite des efforts pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention sur une base populationnelle :**
 - politiques publiques et environnements favorables;
 - le renforcement des pratiques préventives en milieu clinique;
 - la détection précoce et l'intervention rapide auprès des personnes à risque;
- **L'accent sur la personne et sa capacité d'action :**
 - soutien à l'adoption et au maintien d'un mode de vie sain;
 - réadaptation active et autogestion de la maladie;
- **Des services adaptés aux besoins des personnes atteintes et de leurs proches :**
 - des services dédiés en maladies chroniques, avec une trajectoire de services uniformisée;
 - des équipes de soins interdisciplinaires de 1^{re} ligne;
 - un accès rapide aux services diagnostiques et spécialisés de 2^e ligne;
- **L'implication de la communauté et des autres secteurs d'activités;**
- **Une perspective d'amélioration continue de la qualité;**
- **Des pratiques qui évoluent en s'appuyant sur les données probantes.**

Les maladies chroniques au cœur des priorités ministérielles

Dans ses orientations ministérielles 2008-2011, le MSSS fait des maladies chroniques une priorité d'intervention. Il mise en outre sur la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des soins, qui constituent les principes fondateurs de la mise en œuvre des RLS, pour développer un continuum intégré de services en prévention et gestion des maladies chroniques.

Il réitère également l'importance d'établir le point d'ancrage en 1^{re} ligne, c'est-à-dire en CSSS, GMF, CR, CRI, cabinets privés, et pharmacies. Ceci implique le développement d'autres modalités d'accès à la 1^{re} ligne, par exemple par le biais d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de 1^{re} ligne, par l'élargissement du rôle infirmier et du rôle du pharmacien, ainsi que par le déploiement de nouveaux modèles organisationnels.

Le MSSS préconise enfin de mettre en application des modalités organisationnelles qui facilitent une prise en charge globale des maladies chroniques, à travers l'ensemble du continuum^[1]. Pour ce faire, les CSSS doivent prévoir, en collaboration avec d'autres acteurs, une gamme complète de services incluant la prévention, la détection précoce, l'évaluation, le diagnostic, le traitement, la réadaptation, l'adaptation et l'intégration, l'hébergement et le soutien en fin de vie.

À l'intérieur du « Programme national de santé publique 2003-2012 » (PNSP)^[27] et des grands programmes-cadres en promotion des saines habitudes de vie ou en dépistage (PQLT, PAG, PQDCS)³, le MSSS affirme aussi la place importante que doivent occuper la promotion et la prévention à l'intérieur d'un continuum intégré de services en prévention

3 PQLT : Plan québécois de lutte au tabagisme

PAG : Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012

PQDCS : Programme québécois de dépistage du cancer du sein

et gestion des maladies chroniques^[28-30]. Il met également l'accent sur la complémentarité de deux grandes stratégies d'intervention : les interventions de type environnemental, qui ciblent le développement de politiques publiques et la création d'environnements favorables à des choix santé, et les interventions de type individuel, qui soutiennent l'individu dans sa capacité d'adopter un mode de vie sain.

Enfin, pour mieux structurer et actualiser cette vision d'un continuum de services hiérarchisé, intégrant la prévention et la gestion des maladies chroniques, l'Agence s'inspire de deux modèles d'organisation de soins reconnus : la pyramide des services du Kaiser Permanente, ainsi que le Modèle de soins chroniques (CCM) de Wagner.

La pyramide de Kaiser pour mieux hiérarchiser les programmes et services

Le modèle proposé par Kaiser Permanent prône une approche planifiée et proactive plutôt qu'une intervention réactive, telle que celle fréquemment appliquée aux

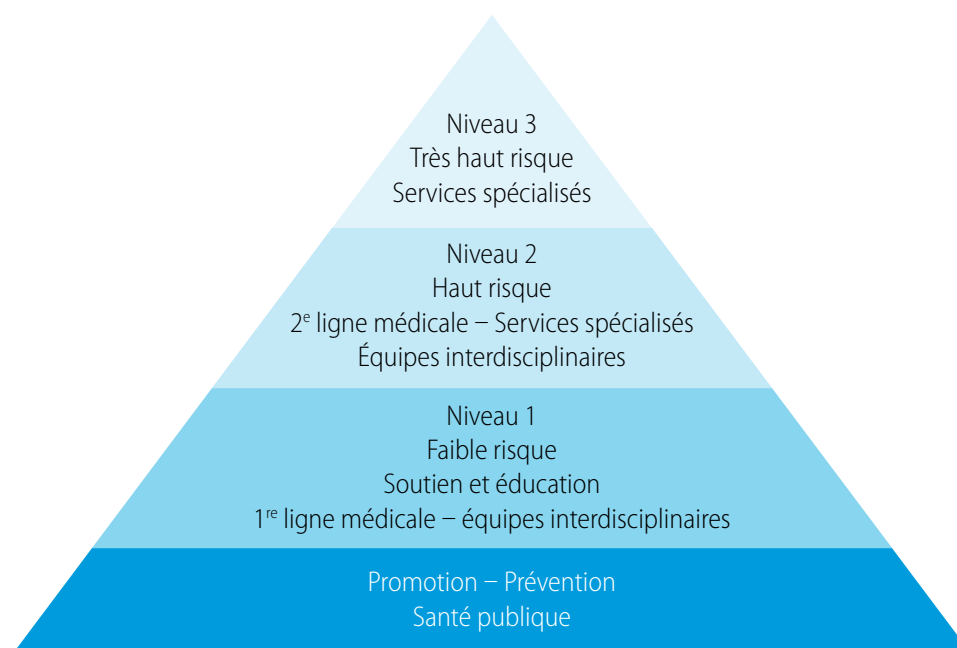
épisodes de soins aigus^[31,32]. Cette approche positionne à la base de la pyramide les activités de prévention et de promotion, ciblant l'ensemble de la population, de même que les individus présentant des facteurs de risque. On y propose une intervention graduée en fonction d'une hiérarchisation des besoins en soins, ainsi qu'une classification des patients selon trois niveaux d'atteinte :

- Promotion-prévention : ensemble de la population
- Niveau 1 : faible risque de complications – 75 % des patients avec maladies chroniques
- Niveau 2 : haut risque de complications – 20 % des patients avec maladies chroniques
- Niveau 3 : très haut risque de complications – 5 % des patients avec maladies chroniques

Alors que dans ce modèle, les équipes interdisciplinaires commencent à intervenir à partir du second niveau, le modèle de soins montréalais privilégie plutôt une intervention interdisciplinaire à tous les niveaux de la pratique médicale (1^{re}, 2^e et 3^e lignes).

En 1^{re} ligne, les personnes sont suivies par un médecin de famille, et les soins, le soutien et l'éducation des

Figure 2.
Pyramide de Kaiser adaptée au modèle montréalais



Adapté de : Rosen, R. (2006)

patients sont assurés par une équipe interdisciplinaire (médecin, infirmière, nutritionniste, travailleur social, ergothérapeute, pharmacien, etc.). Plusieurs des services de 2^e ligne sont actuellement disponibles dans les centres hospitaliers des CSSS et dans les hôpitaux de première instance. Quant aux services de 3^e ligne, ils sont fournis par les centres hospitaliers universitaires (CHU).

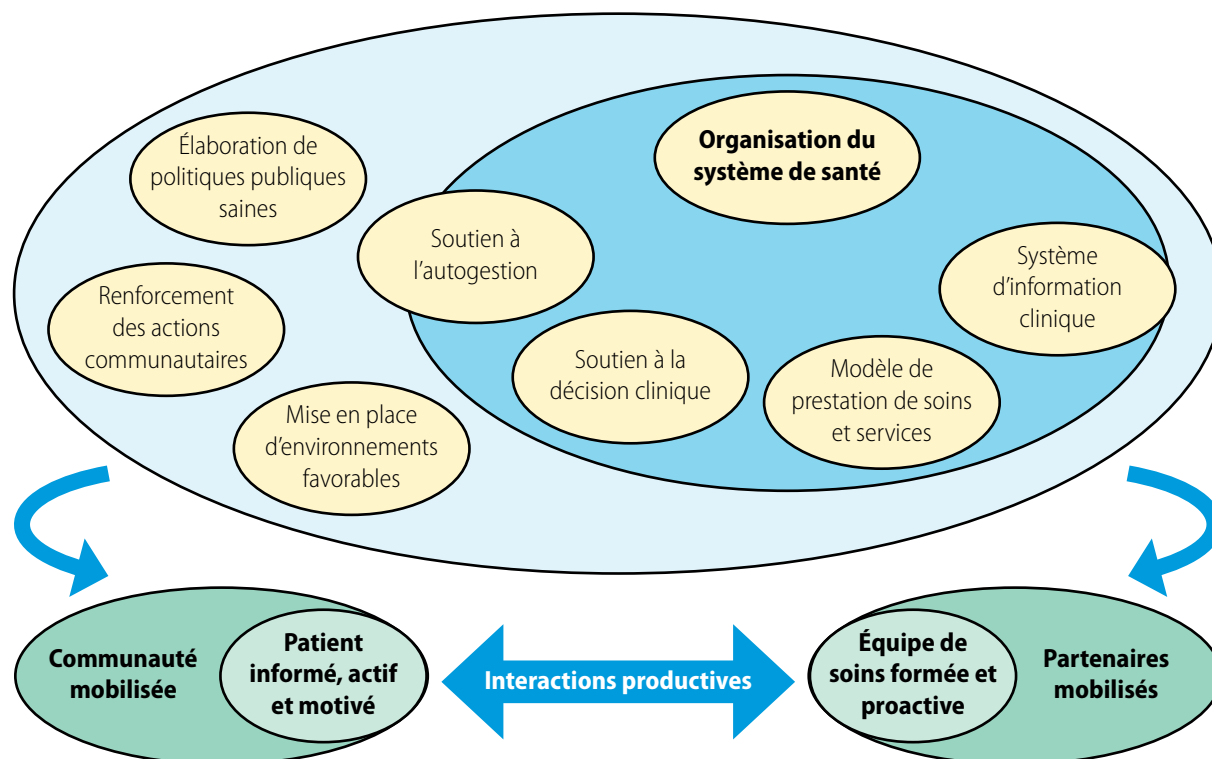
Une programmation régionale fondée sur le Extended-Chronic Care Model (CCM-E)

Afin d'asseoir son action sur des bases conceptuelles solides et de se conformer aux orientations ministérielles, l'Agence a choisi d'organiser ses programmes cliniques selon le modèle de soins des maladies chroniques, développé par Edward Wagner et ses collaborateurs, le Chronic Care Model (CCM) ^[33].

Aujourd'hui largement répandu, le CCM repose sur l'intégration des services aux différents niveaux du système de soins et s'articule autour de six éléments inter reliés, portant sur des aspects tant spécifiques que globaux de l'organisation des soins.

Dans sa stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques, l'Agence souhaite toutefois arrimer ses programmes de gestion avec l'approche populationnelle, en intégrant des actions sur certains déterminants de la santé. C'est dans cette optique qu'elle s'intéresse particulièrement à l'approche préconisée par le modèle étendu des soins des maladies chroniques (CCM-E) ^[34;35]. Le CCM étendu est une adaptation canadienne du modèle original, mettant en synergie le système de santé et les actions collectives de santé publique (politiques publiques, environnements favorables, action communautaire) dans la prévention et la gestion des maladies chroniques à l'échelle populationnelle ^[36]. Une description des actions réalisées ou planifiées par l'Agence pour actualiser les éléments du modèle est présentée à l'Annexe 1.

Figure 3.
Le Extended Chronic Care Model (CCM-E)



Adapté de : Barr, VJ. et al. 2003

Des programmes et services à travers le continuum en prévention et gestion des maladies chroniques

L'Agence articule ses programmes et ses services à travers le continuum intégrant la prévention et la gestion des maladies chroniques. À une extrémité du continuum se retrouvent un ensemble d'actions préventives axées sur les habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme, etc.) et la création d'environnements favorables, le tout arrimé à une gamme de services de gestion et de soutien à l'autogestion de la maladie chronique. Ces services sont axés sur l'intégration et l'uniformisation des trajectoires de soins et la consolidation des liens entre la 1^{re} et 2^e ligne médicale.

Le schéma de la Figure 4 illustre le continuum que l'Agence désire actualiser. Le développement d'un tel continuum de services implique une hiérarchisation des services (modèle de Kaiser) et une organisation à la fois structurée et harmonisée des services, impliquant des partenaires intersectoriels (CCM-E).

Ce continuum met en relief les rôles et finalités de tous ces acteurs, en fonction des besoins de chaque groupe de population. À travers ce continuum, l'action intersectorielle pour la création de conditions favorables à la santé occupe une place importante.

De plus, la 1^{re} ligne est centrale, car elle constitue la porte d'entrée du système de soins et assure le suivi des personnes à long terme. C'est pourquoi le plan d'action montréalais en maladies chroniques met l'accent sur le développement et la consolidation d'une 1^{re} ligne forte associant les pratiques préventives et curatives, incluant une variété de points d'accès (CSSS, GMF, CR, CRI, polycliniques, médecins solo, pharmacies), et laissant place aux innovations telles que l'intégration d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de 1^{re} ligne.

Agir en amont

Les actions de promotion de la santé et de prévention incluent deux approches. D'une part, des actions collectives qui ont pour objectifs la mise en place d'environnements et de politiques publiques favorables à la santé. Ces actions

ciblent les facteurs qui influencent les décisions individuelles (disponibilité des produits, structures physiques, structures sociales et politiques, messages culturels et médiatiques). D'autre part, des interventions à l'échelle individuelle visent plus directement à changer les comportements, en agissant sur les connaissances, les croyances, les habiletés et les attitudes. Elles incluent les campagnes d'éducation grand public, ainsi que les pratiques cliniques préventives réalisées en milieu clinique (counseling et dépistage précoce). Le Plan d'action régional en santé publique 2010-2015 (PRSP) est complémentaire au présent plan d'action en ce qui a trait aux stratégies intersectorielles pour la création d'environnements favorables et au renforcement des actions préventives en milieux cliniques de 1^{re} ligne.

Bien que des interventions en promotion de saines habitudes de vie demeurent importantes tout au long de la trajectoire de soins, on distingue la prévention primaire, qui vise à éviter ou à retarder l'apparition de facteurs de risque, de la détection précoce, qui caractérise plutôt les interventions réalisées auprès des personnes présentant les premiers signes d'altération de leur condition de santé. Pour ces personnes, il importe de prévenir la progression vers des changements physiologiques non réversibles.

Agir précocement et efficacement sur la maladie

Lorsque la maladie est diagnostiquée, il importe d'intervenir le plus rapidement possible, en vue de ralentir son évolution et d'en freiner les complications (prévention secondaire et tertiaire). Il importe aussi d'adopter une approche centrée sur la personne et de faire en sorte que le patient devienne un partenaire de l'équipe de soins. Bien que la 1^{re} ligne demeure au centre du système de soins, la pratique collaborative des professionnels de la santé de 1^{re} ligne du RLS et l'accès à des services spécialisés, en temps opportun, deviennent primordiaux pour répondre aux besoins des individus présentant une situation plus complexe. La mise en place de corridors de soins et services, entre la 1^{re} ligne et la 2^e ligne médicale, est donc fondamentale pour éviter un bris dans la trajectoire de soins, pour ce groupe de population.

La 2^e ligne fournit une gamme étendue de services spécialisés. On y retrouve, par exemple, les centres de jour pour les personnes diabétiques nécessitant une évaluation en médecine spécialisée, les programmes de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires chroniques, les cliniques spécialisées, telles que l'hémodialyse, etc.

Figure 4.
Continuum montréalais de services en prévention
et gestion des maladies chroniques

Promotion 				
Continuum	Promotion	Prévention primaire		Prévention secondaire et tertiaire
Population cible	Ensemble de la population	Individus en santé avec ou sans facteur de risque	Individus à risque – stade pré clinique de la maladie	Individus présentant une maladie diagnostiquée
Cible de l'intervention	Déterminants socioéconomiques, culturels, politiques et environnementaux - transport actif - logement - accès aliments sains	Tabagisme Sédentarité Mauvaise alimentation Embonpoint	Obésité Pré-diabète Dyslipidémies Pré-HTA Cancers – stade préclinique	Hypertension Maladie cardiovasculaire Diabète MPOC – Asthme Asthme Ostéoporose Cancers Dépression
Objectifs d'intervention	Mettre en place des environnements sains et réduire les inégalités de santé	Prévenir le mouvement vers « groupes à risques »	Détecter précocement et prévenir la progression vers la maladie	Prévenir les complications, les ré-hospitalisations et améliorer la qualité de vie
Milieux d'intervention	Santé publique et ressources de milieu (municipal, scolaire, communautaire, etc.)			
	Services de 1 ^{re} ligne			
	Services de 2 ^e et 3 ^e ligne			
Exemples de programmes et services	Quartier 21 Programmes accès aux fruits et légumes dans les quartiers Écoles et milieux en santé Politique alimentaire dans les écoles et les établissements de santé Programme infosmog	Services de soutien à l'adoption de saines habitudes de vie : - Centre d'éducation à la santé - Atelier de sensibilisation et d'éducation en saines habitudes de vie - Centre d'abandon du tabagisme - Groupes d'aide en cessation tabagique et groupes de maintien - Journées santé en pharmacies - Services en saine gestion du poids - Campagnes populationnelles	Programmes de dépistage (HTA, cancer du sein et cancer colorectal) Programmes interdisciplinaires de gestion des maladies chroniques - Volet modification des habitudes de vie en 1 ^{re} ligne - Volet évaluation en médecine spécialisée (2 ^e et 3 ^e lignes)	Programmes cliniques en maladies chroniques

Acteurs de la prévention et de la gestion des maladies chroniques et instances décisionnelles

Organisations de santé impliquées dans le continuum

Les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) : chefs d'orchestre du continuum de services

Ce sont les 12 CSSS de Montréal qui constituent la pierre angulaire du réseau montréalais de santé et de services sociaux. Pour les CSSS, qui ont une mission populationnelle, l'actualisation du continuum implique non seulement de hiérarchiser les services en fonction de différents niveaux, mais également d'agir en partenariat avec des acteurs de tous les secteurs, afin de couvrir l'ensemble des besoins de la population vivant sur leur territoire. C'est en effet à ces derniers que revient la responsabilité de créer, avec des partenaires de leur territoire, un réseau local de services (RLS) permettant l'accès, la continuité et la globalité des services de santé offerts à sa population. Les CSSS ont aussi la responsabilité de coordonner des actions intersectorielles et d'interpeller les décideurs locaux pour créer des environnements favorables à la santé.

Pour les acteurs du RLS, l'exercice collectif de la responsabilité populationnelle se traduit par :

- Le développement d'une vision commune du réseau de services et de la réalité territoriale
- Le déploiement d'une offre de services intégrés et de qualité qui répond à l'ensemble des besoins de la population locale
- Le renforcement de l'action sur les déterminants de la santé, notamment les déterminants sociaux, de manière à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population locale
- L'instauration d'une culture d'amélioration continue de la qualité.

Les milieux cliniques de 1^{re} ligne : une porte d'entrée dans le continuum de services

Les CSSS développent des liens avec les milieux cliniques de leur territoire, notamment avec les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques-réseau (CR), afin d'offrir des services de 1^{re} ligne de 8 heures à 22 heures, 7 jours par semaine. En plus d'assurer le suivi de la clientèle (notamment les clientèles vulnérables), la gestion du guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille (GACO), et la liaison avec les autres milieux cliniques de leur territoire, les CSSS ont aussi la responsabilité de garantir l'accès à des services spécialisés et sur spécialisés.

À Montréal, une nouvelle forme d'organisation de services de 1^{re} ligne, la clinique-réseau intégrée (CRI), est en émergence et favorise le suivi des clientèles vulnérables, notamment celles atteintes de maladies chroniques. Ce nouveau modèle d'organisation regroupe des médecins omnipraticiens avec d'autres professionnels de la santé, une équipe administrative et de soutien, et possiblement certains médecins spécialistes. C'est le CSSS qui, en collaboration avec la CRI, lui assigne les professionnels requis selon le profil de la clientèle, l'expertise déjà en place, et les services de santé existant sur le territoire du CSSS. L'offre de services du CSSS et celle des CRI du territoire doivent s'ajuster pour être complémentaires.

Au niveau des programmes de gestion des maladies chroniques, la CRI s'engage à harmoniser les protocoles et processus cliniques avec ceux du CSSS et avec ceux qui ont été développés régionalement (programmes de gestion du risque cardiométabolique, des MPOC, etc.).

Le CSSS conjointement avec l'Agence assure le suivi et l'évaluation de la performance du CRI.

De plus, la région de Montréal compte 1500 pharmaciens œuvrant dans 430 pharmacies, et la population consulte un pharmacien en moyenne 9.6 fois/année^[37]. À ce titre, les pharmaciens constituent des partenaires stratégiques du RLS, et les CSSS en sont à mettre en place des moyens efficaces de communication tels que des tables locales de pharmaciens afin d'agir de manière concertée.

L'offre de services en pharmacie inclut : la promotion des saines habitudes de vie (ex. identification du statut tabagique, counseling et recommandation d'une

thérapie de remplacement à la nicotine), le suivi des maladies chroniques (ex. ordonnances collectives pour le suivi et l'ajustement de la pharmacothérapie, opinion pharmaceutique au MD traitant) ainsi que des activités de dépistage et d'immunisation (ex. clinique de vaccination anti-grippale par une infirmière en pharmacie/dépistage du statut vaccinal et recommandation de la vaccination anti-grippale auprès des personnes atteintes de maladie chronique lors du renouvellement d'une ordonnance/promotion en pharmacie des cliniques de vaccination en CSSS).

Établissements de 2^e ligne et RUIS : un appui indispensable

Pour une prise en charge globale et intégrée des maladies chroniques, il importe que les CSSS et les organisations de 1^{re} ligne établissent des ententes de services avec les établissements offrant des soins spécialisés et ultra spécialisés, c'est-à-dire de 2^e et 3^e lignes. Ceci inclut, notamment, les centres hospitaliers et les cliniques médicales offrant des services de santé en spécialité, ainsi que les deux réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) de la région de Montréal, qui ont pour mission de coordonner les soins de santé tertiaire et d'établir une offre de soins et services sur spécialisés, en complémentarité avec les autres organisations de santé du territoire qu'ils desservent.

Agence de santé et de services sociaux de Montréal : un leader régional

L'Agence assure le leadership régional du déploiement du continuum des services en prévention et gestion des maladies chroniques autour duquel s'articule le présent plan d'action. Elle s'applique à fournir des lignes directrices claires à l'endroit des gestionnaires des CSSS, à qui revient la responsabilité d'actualiser le continuum au niveau local. Elle assure également un suivi auprès des acteurs locaux dans une perspective d'évaluation et d'amélioration continue des modèles d'organisation de services.

Pour soutenir les instances locales dans leur mandat en promotion et en prévention, la DSP développe, coordonne et évalue l'efficacité des programmes de promotion et de prévention des maladies chroniques. La DSP intervient aussi au niveau des instances intersectorielles régionales et parfois provinciales pour l'établissement de politiques favorables à la santé

et ayant un impact sur la problématique des maladies chroniques. Elle agit notamment en matière d'aménagement urbain, de transport, de salubrité des logements, et de qualité de l'air.

De son côté, DACMU développe et coordonne régionalement la mise en place de programmes cliniques de gestion des maladies chroniques dans les CSSS, les milieux cliniques (GMF et CRI) et les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Le milieu communautaire et les partenaires intersectoriels : pour une synergie d'action

Les instances régionales et locales du réseau montréalais de santé travaillent aussi avec des organismes à but non lucratif œuvrant en maladie chronique, des associations de personnes atteintes, et des partenaires intersectoriels (commissions scolaires, municipalités, milieu de l'habitation, entreprises d'économie sociale, ressources non institutionnelles, organismes en environnement, milieu universitaire et centres de recherche), pour assurer l'accès à une gamme complète de services de santé et de services sociaux.

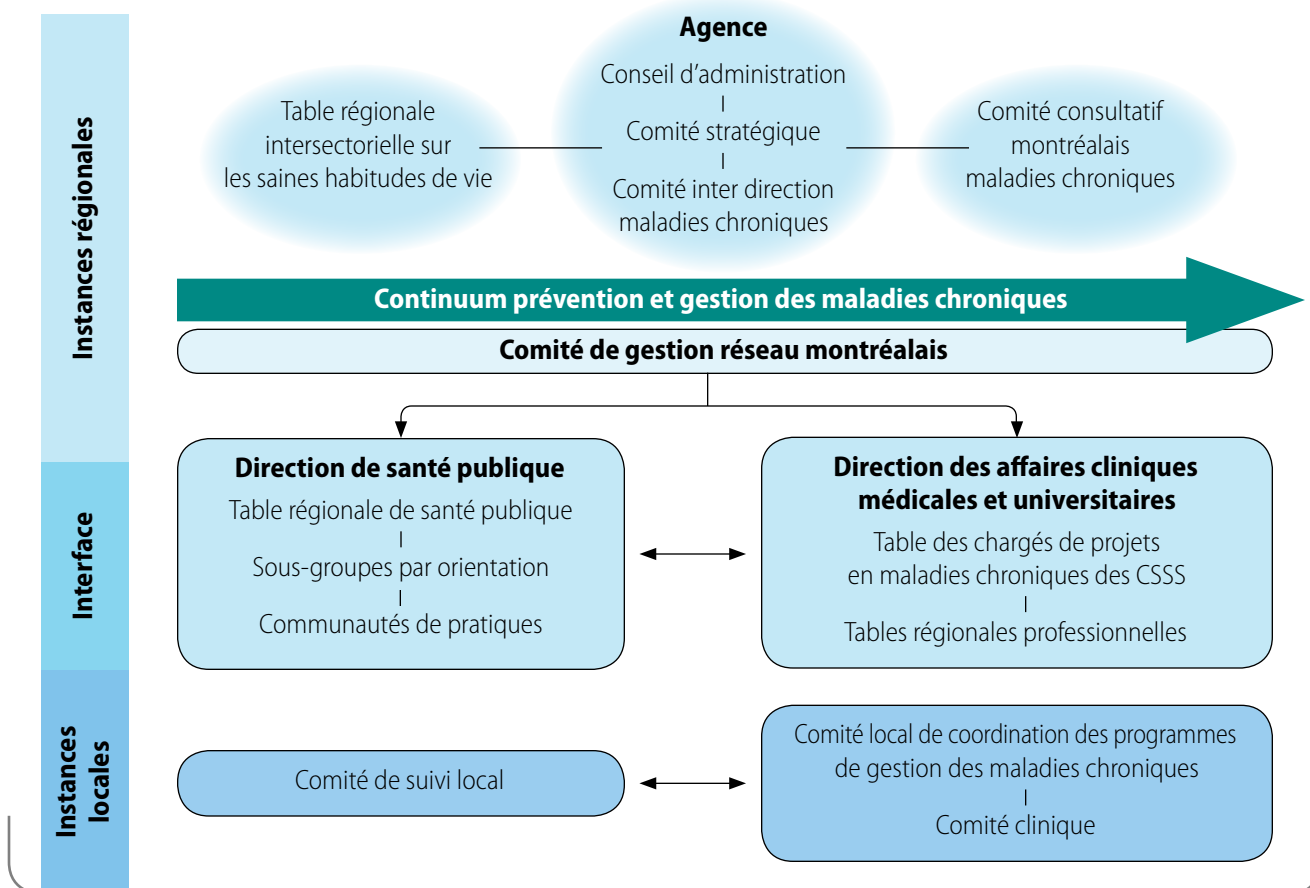
Par ces collaborations intersectorielles, les CSSS opérationnalisent une vision cohérente et coordonnée de leurs actions à travers le continuum, afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Instances de gouverne et de coordination du continuum

Afin de guider la mise en place de ces actions et programmes, l'Agence a mis sur pied différentes structures de gouverne régionale, mais aussi en interface avec le local. De plus, les CSSS sont aussi appelés à mettre sur pied une structure de gouverne locale leur permettant d'actualiser les différents programmes de prévention et gestion des maladies chroniques inscrits à l'intérieur du continuum.

La Figure 5 schématise les principales instances impliquées dans la planification et la mise en œuvre des programmes de prévention et gestion des maladies chroniques.

Figure 5.
Structure de gouverne régionale et locale en prévention et gestion
des maladies chroniques



Instances décisionnelles au niveau régional

Le Comité consultatif montréalais sur les maladies chroniques

Mis en place en 2008, ce comité a pour mandat de conseiller l'Agence sur les meilleures pratiques pour la gestion des maladies chroniques en 1^{re} ligne et de développer une planification concertée avec l'ensemble des acteurs du réseau montréalais de la santé, de même qu'avec les organisations externes engagées dans la prévention et/ou la gestion des maladies chroniques. Ce comité est présidé par la DACMU et est constitué d'un membre de la DSP, du DRMG⁴, du CRSP⁵, de la table des chefs de médecine spécialisée, de la Commission infirmière régionale, de la commission multidisciplinaire régionale, de Diabète Québec et de médecins spécialistes désignés par le CHUM et le CUSM.

4 Département régional de médecine générale

5 Comité régional sur les services pharmaceutiques

La Table régionale intersectorielle sur les saines habitudes de vie

Afin d'actualiser au niveau régional le Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : investir pour l'avenir (PAG), une Table régionale sur les saines habitudes de vie a été créée. Elle a pour but de contribuer à créer des milieux de vie montréalais favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie. Elle est actuellement composée des représentants de l'Agence, des directions régionales de différents ministères (MELS⁶, du MFA⁷, du MAMROT⁸, du MTQ⁹ et du MAPAQ¹⁰, de

6 Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

7 Ministère de la Famille et des Aînés

8 Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire

9 Ministère du transport du Québec

10 Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation

la Conférence régionale des élus, de la Ville de Montréal, de Québec en forme, du Sport et Loisir de l'Île de Montréal, de la Commission scolaire de la Pointe de l'Île et du CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent. Elle est co-animée par le directeur de santé publique et la directrice adjointe du MELS.

Le Comité inter direction pour la priorité « maladies chroniques »

Mis en place par l'Agence, le Comité inter direction a pour mandat de faciliter les arrimages entre les acteurs des différents programmes du continuum (CSSS, CHSGS, cabinets médicaux, pharmacies communautaires, etc.) et les partenaires intersectoriels (milieu scolaire, municipalité). Il a aussi la responsabilité de travailler sur les enjeux d'implantation et d'assurer le suivi du présent plan d'action en prévention et gestion des maladies chroniques. Il est constitué de représentants des diverses directions de l'Agence impliquées en maladies chroniques (DACMU/DSP/Direction programmes et services).

Le Comité de liaison pour le Plan de développement durable pour la collectivité montréalaise

Ce comité regroupe des experts ou des leaders œuvrant dans divers secteurs et impliqués en développement durable. Son rôle est d'élaborer une vision du développement durable pour Montréal, de participer activement aux grandes étapes liées à la mise en œuvre du Plan 2010-2015 et de relayer les préoccupations de leur milieu respectif.

Interface avec les CSSS et les responsables locaux

Direction de la santé publique

La Table régionale de santé publique (TRSP) est composée des directeurs locaux de santé publique des 12 CSSS et des membres du comité de direction de la DSP. La TRSP décide des actions communes nécessaires au déploiement du Plan d'action régional (PRSP) et des Plans d'action locaux (PAL) en santé publique, de la position de la santé publique dans le réseau de la santé, ainsi que des modalités de collaboration entre la DSP, les CSSS et leurs grands partenaires en santé publique. La TRSP convient d'un plan d'action annuel faisant l'objet d'un suivi, dans le cadre de ces rencontres⁴, et des sous-groupes thématiques, composés des gestionnaires des CSSS responsables de l'implantation des divers programmes de santé publique, ont été créés pour chacune des orientations du PRSP.

Pour certains programmes spécifiques en prévention, des communautés de pratique ont été mises sur pied et constituent des espaces de partage et de réflexion pour les professionnels engagés dans leur mise en œuvre. À l'heure actuelle, il existe trois communautés de pratique, soit celle des infirmières-conseils en prévention clinique, des éducateurs pour la santé, et des conseillers en abandon du tabagisme.

Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires

La Table régionale des chargés de projet, créée en 2008, est composée des gestionnaires responsables de l'implantation des programmes de gestion des maladies chroniques des 12 CSSS et de membres de la DACMU. La Table décide des actions communes nécessaires à la mise en œuvre des programmes cliniques de gestion des maladies chroniques en CSSS et assure le suivi de l'implantation de ces programmes.

En réponse aux besoins exprimés par les professionnels des équipes cliniques locales voulant partager leurs expériences afin d'harmoniser leurs pratiques, l'Agence a initié un projet de Tables régionales professionnelles. Une table des kinésiologues a été mise en place en 2010, suivie d'une seconde regroupant les infirmières et d'une troisième représentant les nutritionnistes. Chaque table, animée par la DACMU, est composée de professionnels représentant les CRI et les 12 CSSS, chacun désigné par le gestionnaire responsable de projet de maladies chroniques dans le CSSS. Le mandat de ces tables est d'assurer le partage et l'échange des connaissances, expériences et outils de travail pour les professionnels en CSSS et CRI impliqués dans les programmes de gestion des maladies chroniques, en plus de favoriser le développement de l'expertise professionnelle de ses membres.

Par ailleurs, l'Agence entretient des contacts réguliers avec le Département régional de médecine générale (DRMG) et son chef, quant à l'évolution de l'implantation des programmes. Il en est de même avec le Comité régional des services pharmaceutiques de l'Agence (CRSPM), la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et ses associations affiliées, ainsi qu'avec l'Université de Montréal. L'Agence s'est aussi assurée du soutien de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) dans le déploiement de ses projets.

Instances décisionnelles locales

Comités de suivi locaux en prévention

Plusieurs CSSS ont mis sur pied un comité local de suivi en prévention clinique. Ce comité a pour mandat de réfléchir aux stratégies de promotion des pratiques cliniques préventives auprès des milieux cliniques de 1^{re} ligne, incluant les pharmacies, et d'assurer le lien avec les ressources du CSSS et du RLS.

Comités de coordination locaux des programmes de gestion des maladies chroniques

La mise en œuvre locale des programmes en maladies chroniques implique la création de comités qui ont pour mandat d'orienter, de planifier, d'assurer la mise en œuvre des programmes.

La création d'un comité de coordination local constitue aussi la première étape de mise en place d'un programme de gestion en maladie chronique puisque c'est ce comité qui doit piloter le dépôt du projet à l'Agence.

Comités de travail cliniques des programmes de gestion des maladies chroniques

En plus du comité de coordination, un comité de travail clinique est mis sur pied dans chaque CSSS. Ce comité permet aux différents membres de l'équipe interdisciplinaire d'échanger sur le plan clinique et d'élaborer ou mettre à jour des outils cliniques (matériel d'enseignement aux patients, notes évolutives, rapport de suivi au médecin traitant, etc.).

Plan d'action 2011-2015

Le plan d'action montréalais conjugue les meilleures pratiques de prévention et gestion des maladies chroniques et s'appuie sur les fondements présentés à la section 2. Il s'articule autour de cinq grandes orientations qui visent à orienter les CSSS et faciliter la réalisation de leur mission populationnelle.

Pour chacune de ces orientations, cette section présente :

- une brève description du chemin parcouru
- les objectifs spécifiques précisant les cibles 2015 à atteindre
- la description des programmes et activités liées à ces cibles
- la contribution attendue des CSSS

5 orientations

1. Promouvoir de saines habitudes de vie dès la naissance et créer des environnements favorables à des choix santé
2. Améliorer la couverture populationnelle aux pratiques cliniques préventives
3. Assurer l'accès à des programmes harmonisés de gestion des maladies chroniques et favoriser l'autogestion de la personne par rapport à sa maladie
4. Assurer l'accès à des services spécialisés de 2^e et de 3^e ligne
5. Mettre en place un système de surveillance, de monitoring et d'évaluation

Orientation 1 : Promouvoir de saines habitudes de vie dès la naissance et créer des environnements favorables à la santé^[21;38;39]

Chemin parcouru

La possibilité de faire des choix favorables à la santé et l'adoption de saines habitudes dès le jeune âge constituent deux paramètres essentiels à la prévention des maladies chroniques.

L'orientation 1 regroupe ainsi un ensemble de programmes et des services qui intègrent la création d'environnements favorables et la promotion de saines habitudes de vie chez les tout-petits et les jeunes.

D'une part, le nombre de naissances à Montréal a augmenté de 15 % au cours des 10 dernières années. Or, la petite enfance constitue une période clé où les expériences vécues marquent le développement physique, social et cognitif qui suivra à la vie adulte et influencera la santé et le bien-être. Notamment, il est reconnu qu'une saine alimentation favorise la croissance des jeunes et leur bien-être, tout autant qu'elle les dispose à de meilleurs apprentissages. La pratique régulière de l'activité physique a également des effets bénéfiques sur le bien-être psychologique, la santé mentale et les habitudes de vie : elle améliore l'humeur, réduit le niveau de stress, d'anxiété et de dépression. De plus, les jeunes actifs sont moins nombreux à fumer, ont moins de relations sexuelles non protégées, et ont généralement de meilleures habitudes alimentaires et de sommeil.

C'est ainsi que les CSSS et la DSP convenaient, en 2009, d'un tronc commun d'activités contribuant à la santé et au développement optimal des tout-petits et des jeunes. Ces activités sont offertes dans l'ensemble des CSSS, s'adressent aux femmes enceintes, aux tout-petits, et aux jeunes d'âge scolaire, particulièrement lorsqu'ils sont de familles vulnérables.

D'autre part, on sait que l'éducation à la santé et la promotion de saines habitudes de vie ne suffisent pas à l'adoption de modes de vie sains. L'environnement joue un rôle fondamental. La création d'environnements favorables à la santé a pour but de permettre à la population de vivre dans un milieu sain et de faciliter l'adoption de comportements sains. Les jeunes, comme les adultes, doivent en effet pouvoir évoluer dans des milieux où faire des choix sains est plus facile, plus accessible et plus abordable.

L'action de la santé publique consiste donc à promouvoir des stratégies efficaces pour façonner l'environnement, de manière à favoriser les choix de santé et à établir des partenariats avec diverses organisations impliquées dans les décisions prises sur l'aménagement, ainsi que sur les infrastructures du territoire montréalais. Les CSSS participent aussi activement à la création d'environnements favorables à la santé et aux actions visant à réduire les inégalités sociale de santé. À cet effet, diverses pistes d'actions sont proposées dans le Rapport 2011 du directeur de santé publique sur les inégalités de santé^[40].

En plus de mobiliser leurs partenaires autour de ce champ d'action, l'ensemble des CSSS, via leur adhésion au Réseau des CSSS et hôpitaux promoteurs de la santé, se sont aussi engagés à promouvoir la création d'environnements favorables à des choix santé auprès de leurs employés et clientèles.

Il est à souligner qu'en octobre 2006, le gouvernement du Québec a adopté le Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir (PAG). Ce plan vise particulièrement les jeunes et leur famille, et convie tous les secteurs de la société à mettre en œuvre des actions qui instaureront des environnements et des conditions de vie favorisant l'adoption, ainsi que le maintien de saines habitudes de vie et contribueront à réduire la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint chez les jeunes, comme chez les adultes. Pour déployer le PAG à l'échelle régionale, la Table régionale sur les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids a mis sur pied un plan d'action régional et, d'ici 2013, soutiendra le déploiement de projets de portée régionale autour des 5 champs d'action retenus pour Montréal :

1. Le soutien et la valorisation de l'allaitement maternel
2. Le développement d'une ville et de quartiers sécuritaires qui favorisent un mode de vie physiquement actif

3. Le soutien au développement d'écoles et de services de garde éducatifs à l'enfance qui offrent la possibilité de bouger une heure par jour
4. Le soutien au développement d'écoles, de services de garde éducatifs à l'enfance, de lieux sportifs et de loisirs municipaux qui valorisent la saine alimentation
5. La disponibilité d'aliments frais, nutritifs et locaux dans les quartiers

Enfin, dans une optique de protection de la santé des travailleurs et de développement de milieux de travail exempts de risque pour la santé, des actions en milieu de travail considéré à haut risque sont également déployées par trois CSSS, mandataires en santé et sécurité au travail. Dans le contexte de la prévention des maladies chroniques, les interventions priorisées viseront la réduction de l'exposition des travailleurs à des agents cancérigènes et à des risques associés aux troubles musculosquelettiques.

Un schéma de l'action de santé publique au regard de la prévention des maladies chroniques se trouve en Annexe 2.

Priorités d'action

Promouvoir des saines habitudes de vie dès la naissance

- Agir sur les principaux déterminants de mortalité et morbidité des enfants de 0-5 ans :
 - surplus de poids
 - maladies respiratoires
- Promouvoir le développement moteur, cognitif et socio-affectif des enfants de 0-5 ans

Créer des environnements favorables à la santé

- Développer des quartiers sécuritaires et favorisant le transport actif
- Augmenter la proportion de la population ayant accès à des fruits et légumes frais
- Agir en faveur d'une meilleure qualité d'air
- Agir en faveur de logements sains et salubres
- Augmenter le nombre de milieux de travail qui œuvrent en prévention des troubles musculosquelettiques et protègent leurs employés contre l'exposition à des agents cancérigènes

Orientation 1 : Promouvoir de saines habitudes de vie dès la naissance et créer des environnements favorables à la santé

Nos actions 2011-2015

Objectifs	Programme – activités régionales	Contribution attendue – CSSS*
Soutenir l'action intersectorielle pour l'implantation régionale du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012	- Animer et soutenir les travaux de la table régionale intersectorielle sur les saines habitudes de vie - Accompagner les neuf projets régionaux subventionnés par le fonds PAG / Québec en forme (QEF) : 1. Allaiter en public à Montréal, pourquoi pas ? 2. Transfert d'expertise en psychomotricité 3. Les jeunes adultes et les familles physiquement actifs 4. Quartiers verts et en santé 5. Manger, bouger... plaisir assuré 6. Un marché frais près de chez nous 7. Vitrine sur l'alimentation saine et locale 8. Ateliers de cuisine communautaire 9. Opération fais-toi entendre !	- Soutenir les initiatives locales en milieux scolaire, municipal et communautaire favorisant une saine alimentation et un niveau adéquat d'activité physique chez les jeunes - Soutenir et participer aux activités locales en lien avec les projets QEF

Promouvoir des saines habitudes de vie dès la naissance

Augmenter à 75 % le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital et à 10 % le taux d'allaitement exclusif à 6 mois	- Soutenir et monitorer l'implantation de l'Initiative Amis des bébés - Développer des environnements favorables à l'allaitement (ex : route du lait) et organiser des activités grand public de promotion de l'allaitement - Soutenir les milieux de garde pour l'amélioration de l'offre alimentaire de qualité, incluant la promotion de l'allaitement - Faciliter le partage de l'expertise et des outils en alimentation de la femme enceinte et des tout-petits	- Mettre en œuvre les lignes directrices en allaitement maternel émises par le MSSS - Donner accès, dès la période prénatale, à un programme structuré d'information sur l'allaitement
D'ici 5 ans, accroître l'accès aux services éducatifs de qualité et aux initiatives favorables au développement des enfants dans la communauté	- Soutenir le déploiement du programme Interventions éducatives précoces dans les 12 CSSS	- Revoir et optimiser l'offre de services liée au soutien et au développement des enfants et de leur famille - Soutenir les initiatives locales en milieux scolaire, municipal et communautaire favorisant le développement optimal des enfants
D'ici 5 ans, améliorer l'accès et la qualité des services d'accompagnement et de soutien aux familles vivant en contexte de vulnérabilité	- Soutien au déploiement de programmes d'accompagnement et de soutien aux familles en contexte de vulnérabilité - Monitorer, favoriser le partage d'expertise et soutenir les équipes interdisciplinaires	- Offrir le programme SIPPE tel que prescrit minimalement jusqu'à l'âge de deux ans et orienter les familles vers les services appropriés
Accroître le temps physiquement actif des enfants de 0-5 ans	- Élaborer des lignes directrices et mettre en œuvre de mesures visant la réduction du temps-écran pour les moins de 2 ans et les enfants d'âge préscolaire	

* Il est à noter que certaines des contributions attendues des CSSS dans le cadre de l'Orientation 1 proviennent du tronc commun DSP-CSSS 2009 et seront donc renégocier dans le cadre de nouvelles ententes CSSS-DSP

Objectifs	Programme – activités régionales	Contribution attendue – CSSS*
Accroître la proportion de jeunes faisant au moins 7 heures d'activités physique par semaine et consommant au moins 5 portions de fruits et légumes par jour	- Soutenir le déploiement d'École et milieu en santé visant entre autre la création d'environnements favorables (cours d'école active, transport actif, politique alimentaire, zonage autour des écoles)	- Soutenir les commissions scolaires dans l'application de la Politique Pour un virage santé à l'école. - Inciter les décideurs scolaires et municipaux à créer des lieux fréquentés par les jeunes favorables aux saines habitudes de vie
Contribuer à atteindre la cible nationale de réduction à 13 % de la prévalence du tabagisme chez les jeunes du secondaire	- Poursuivre le déploiement de programmes de prévention du tabagisme (ex : gang allumée, Fais-toi entendre) - Développer un programme de cessation tabagique pour les jeunes fumeurs	- Conjointement avec les commissions scolaires, participer à la mise en œuvre du Plan québécois de - prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015 - En collaboration avec la DSP et les commissions scolaires, mettre en œuvre des services de cessation tabagique pour les jeunes - Promouvoir des services de cessation tabagique auprès familles - Collaborer à l'application et à l'évaluation de stratégies d'action sociale pour et par les jeunes visant à améliorer les environnements - sociaux liés à l'usage du tabac, de concert avec nos partenaires intersectoriels

Créer des environnements favorables à la santé

Augmenter la part modale du transport actif à 20 %, du transport collectif à 40 % et du transport actif des écoliers à 45 % en période de pointe du matin	- Émettre des avis de santé publique en collaboration avec les CSSS en vue d'influencer les plans et projets d'envergure de développement urbain - Implanter 12 projets « Quartier 21 » en collaboration avec la ville, les CSSS et les organismes du milieu - Soutenir le déploiement de « Quartier vert actif et en santé » - Soutenir le déploiement de « Municipalité active » - Outiller et former les partenaires sur les bonnes pratiques en matière d'aménagement urbain, de transport actif et de santé publique	- Soutenir les citoyens et les organismes communautaires - Soutenir le développement de projets Q21, Quartiers verts/actifs et en santé - Implanter le programme Allégo dans le CSSS - Soutenir le programme « Mon école à pied à vélo » - Participer à l'évaluation du programme Q21 et de l'impact de la mobilisation communautaires - Faire des représentations auprès des autorités municipales locales pour améliorer l'environnement bâti en matière de transport et de santé publique - Participer à l'évaluation du potentiel piétonnier du territoire
D'ici 2015, augmenter de 60 % à 70 % la proportion de la population ayant accès à des fruits et légumes à distance de marche et diminuer de 30 % le nombre de secteurs défavorisés qui en sont dépourvus	- Soutenir 16 initiatives locales visant l'accès aux fruits et légumes dans des secteurs défavorisés et mal desservis - Mener des campagnes de sensibilisation, actions d'influence, avis de santé publique sur les enjeux alimentaires montréalais - Participer à l'élaboration du Plan de développement d'un système alimentaire durable et équitable pour la collectivité montréalaise	- Soutenir les actions locales de leur territoire visant l'accès aux aliments santé - Participer aux diverses étapes des initiatives locales - Collaborer aux démarches évaluatives locales soutenues par la DSP - Mener des actions d'influence auprès des acteurs municipaux, économiques, communautaires sur les enjeux alimentaires de leur territoire

* Il est à noter que certaines des contributions attendues des CSSS dans le cadre de l'Orientation 1 proviennent du tronc commun DSP-CSSS 2009 et seront donc renégociées dans le cadre de nouvelles ententes CSSS-DSP

Objectifs	Programme – activités régionales	Contribution attendue – CSSS*
D'ici 2020, réduire de 20% la prévalence de signes d'humidité excessive ou de moisissures dans les logements	- Faire le suivi de tous les signalements de menaces à l'insalubrité pour s'assurer qu'ils font l'objet d'une enquête de santé publique et que les recommandations correctives sont mises en place - Faire des représentations auprès de la Ville de Montréal pour une application rigoureuse de la réglementation sur l'entretien et la salubrité des logements - Outiller et former les partenaires sur les bonnes pratiques en matière de prévention des problèmes de santé liés à l'insalubrité des logements (moisissures, infestations, humidité, etc.)	- Faire des représentations auprès des instances municipales locales pour une application rigoureuse de la réglementation sur l'entretien et la salubrité des logements
Des milieux de travail exempts de risque pour la santé		Pour les CSSS mandataires
Réduire le plus possible l'exposition des travailleurs à des agents cancérigènes	- Assurer le déploiement du programme d'intervention prévu pour les établissements où des agents cancérigènes ont été détectés	- Intervenir, via son équipe locale en santé au travail : - pour visiter les entreprises, - caractériser le risque d'exposition aux agents cancérigènes - émettre les recommandations correctives - soutenir le milieu pour éliminer, réduire ou contrôler le risque
Augmenter annuellement le nombre de Programmes de santé spécifiques aux établissements dans lesquels sont réalisées des interventions de réduction de l'exposition des travailleurs aux troubles musculosquelettiques	- Actualiser le plan d'action sur la prévention des troubles musculosquelettiques en milieu de travail - Former l'ensemble des intervenants des équipes locales en santé au travail sur l'identification des risques de troubles musculosquelettiques et sur les stratégies de mobilisation des milieux de travail - Augmenter le nombre d'ergonomes au sein des équipes locales de santé au travail en CSSS	- S'approprier le cadre d'intervention du plan d'action en prévention des troubles musculosquelettiques en milieu de travail - Déployer les interventions prévues au sein des entreprises ciblées selon l'analyse des données recueillies en milieu de travail et selon l'expérience terrain des équipes locales - Embaucher et intégrer des ergonomes dans les équipes locales de santé au travail
Réduire l'exposition des travailleurs aux agents responsables de pneumoconioses (silicose et amiantose) dans le secteur de la construction	- Participer activement au projet provincial «Approche Intégrée par chantier –AIC-Silice » - Coordonner la réalisation, par les médecins désignés, des enquêtes épidémiologiques nécessaires à la suite de la déclaration d'une maladie à déclaration obligatoire liée à un contaminant - Réviser le plan d'organisation du secteur Santé et sécurité au travail afin d'augmenter l'offre de services dans le secteur de la construction	- Intervenir, via l'équipe responsable du secteur de la construction : - pour visiter tous les chantiers ciblés par la CSST dans le cadre de l'AIC-Silice - Informer les employeurs et les travailleurs sur les risques pour la santé - Soutenir les employeurs dans leur approche de prévention et dans le développement d'un programme de protection respiratoire - Mener les mêmes activités relativement aux risques d'amiantose et favoriser l'élaboration et la mise en application d'un plan de gestion de l'amiante par les employeurs

* Il est à noter que certaines des contributions attendues des CSSS dans le cadre de l'Orientation 1 proviennent du tronc commun DSP-CSSS 2009 et seront donc renégocier dans le cadre de nouvelles ententes CSSS-DSP

Orientation 2 : Améliorer la couverture populationnelle aux pratiques cliniques préventives^[41;42]

Chemin parcouru

Les comportements individuels constituent l'un des grands déterminants de santé. Les habitudes alimentaires, le niveau d'activité physique et le tabagisme sont en effet liés au développement des maladies chroniques les plus répandues. Or, on sait que l'intervention d'un clinicien, même brève, est efficace pour sensibiliser, éduquer et influencer les choix individuels en matière d'habitudes de vie^[43]. On sait également que les milieux cliniques de 1^{re} ligne constituent un lieu stratégique pour la prévention, en raison du grand nombre de personnes qui consultent un professionnel de la santé au moins une fois par année.

Le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP) inscrit la promotion et le soutien aux pratiques cliniques préventives (PCP) dans ses cinq grandes stratégies d'intervention. Parmi les PCP les plus connues, on retrouve le counseling sur les saines habitudes de vie, le dépistage et la vaccination.

C'est pourquoi la DSP met en place des stratégies pour promouvoir et faciliter l'intégration des PCP auprès des professionnels de la santé œuvrant en 1^{re} ligne.

Le système de prévention clinique

Le Système de prévention clinique (SPC) constitue le programme cadre de promotion et de soutien aux PCP en milieu clinique de la 1^{re} ligne (GMF, CR, CRI, pharmacies et CSSS). Il vise à améliorer l'exposition de la population montréalaise adulte aux PCP et à soutenir l'adoption de comportements favorables à la santé. L'implantation du SPC a débuté en 2006, dans chacun des 12 territoires des CSSS de la région de Montréal. Les CSSS coordonnent la mise en place du SPC à l'intérieur de leur RLS.

Le SPC s'opérationnalise à travers quatre grandes stratégies d'intervention :

1. La mobilisation des acteurs-clés de la 1^{re} ligne

Il s'agit d'actions qui visent à inscrire la prévention clinique à l'agenda de l'organisation des services de 1^{re} ligne et de créer des environnements de pratique favorables à la prévention clinique, à travers les différents continuums de services.

2. La facilitation et le soutien à la prestation des PCP en milieu clinique (CSSS, cliniques médicales, pharmacies)

Des actions sont menées auprès des milieux cliniques de 1^{re} ligne, afin de susciter des changements dans les pratiques des professionnels de la santé et favoriser l'intégration des activités préventives dans les pratiques courantes. Parmi ces actions, le rôle d'infirmière-conseil en prévention clinique a été créé, au sein de chaque CSSS. Celle-ci a pour mandat de faciliter l'exercice des PCP et de faire connaître les ressources et services en prévention du CSSS par les professionnels de la santé de 1^{re} ligne, notamment ceux ayant trait à la prévention et à la gestion des maladies chroniques.

Le cadre de référence : « Le pharmacien dans un système qui sert aussi à prévenir » propose également un modèle pour faciliter l'implantation de programmes de prévention en partenariat avec les pharmaciens^[44].

3. Le développement d'une gamme de services au sein des RLS en soutien aux PCP

Cette offre s'actualise par la mise sur pied, au sein de chaque CSSS, de structures visant à donner accès à un accompagnement personnalisé de soutien à l'adoption de saines habitudes de vie. Le réseau actuel de soutien et d'accompagnement aux PCP inclut le Centre d'éducation pour la santé, le Centre d'abandon du tabagisme et des services en saine gestion du poids (ex. Programme Choisir de maigrir offert dans certains CSSS).

le Centre d'éducation pour la santé (CES) a pour objectif de susciter et renforcer l'engagement au changement visant l'adoption de saines habitudes de vie. Deux types d'interventions sont offertes au CES : l'intervention individuelle (activité principale) et l'intervention de groupe.

3.1. Intervention individuelle

- Bilan informatisé sur les habitudes de vie avec rapport personnalisé
- Intervention axée sur la motivation au changement : entretien motivationnel incluant, selon les besoins du client, des informations et/ou un plan d'action personnalisé et/ou des références vers des ressources pertinentes (envoi d'un rapport de visite au clinicien référant (médecin, infirmière, pharmacien, etc.);
- Suivi téléphonique ou en personne, selon les besoins de la personne.

3.2. Intervention de groupe :

Des ateliers de sensibilisation et d'éducation au regard des saines habitudes de vie sont également développés en complément de l'offre de service du CES. Les ateliers de sensibilisation visent à amener les individus à faire une prise de conscience au regard de leurs habitudes de vie et des améliorations à apporter, tandis que les ateliers d'éducation portent sur des thèmes spécifiques favorisant l'adoption de comportements de santé (ex. lecture d'étiquettes, l'activité physique au quotidien, la saine gestion du poids, etc.).

le **Centre d'abandon du tabagisme (CAT)** a pour objectif d'offrir un accompagnement personnalisé aux fumeurs tout au long de leur démarche de cessation, afin de maximiser les chances d'arrêt. Deux types d'interventions sont offerts au CAT : l'intervention individuelle (activité principale) et l'intervention de groupe.

3.3. Intervention individuelle

- Rencontre initiale d'évaluation de la dépendance à la nicotine et établissement d'un plan d'action personnalisé;
- Intervention individuelle basée sur l'entretien motivationnel, en tenant compte du stade de changement de la personne;
- Envoi d'un rapport de visite au clinicien référant (médecin, pharmacien, infirmière);
- Suivi sur trois rencontres ou plus, selon les besoins de la personne.

3.4. Intervention de groupe :

Des rencontres de groupes sont offertes aux fumeurs en processus d'arrêt (groupes de cessation) et aux ex-fumeurs (groupes de maintien). Les rencontres se

tiennent sur plusieurs semaines, traitent de sujets d'intérêt ayant trait à l'arrêt et au maintien et sont animées par un professionnels de la santé ayant une expertise en cessation.

4. Le développement de l'autonomie de la population adulte envers les comportements préventifs

Depuis 2010, le SPC intègre également des interventions ciblant directement la population, afin de rejoindre les personnes qui ne consultent pas les services de 1^{re} ligne et d'agir plus directement sur l'autonomisation de la population au regard de la prévention. Les activités liées au renforcement de l'autonomie des personnes intègrent les grandes campagnes populationnelles sur les habitudes de vie (ex. Défi J'Arrête, j'y gagne! /Défi Santé 5-30-Équilibre) et la détection précoce (ex. mammographie de dépistage du cancer du sein).

Les services préventifs offerts en milieu clinique s'arment au continuum de prévention et de gestion des maladies chroniques par le biais de mécanismes de concertation et de mise en réseau avec les autres acteurs du continuum (milieux cliniques, pharmacies, organisations communautaires, instances régionales). Il existe plusieurs opportunités de développer des initiatives conjointes en prévention clinique, notamment par la mise en réseau des CAT, des programmes de gestion de la MPOC et des pharmaciens dans la communauté ou par l'intégration des infirmières-conseil en prévention clinique sur les comités locaux de coordination des programmes de gestion des maladies chroniques.

De même, diverses activités de partage des connaissances, d'ententes formelles et de partenariats avec des organismes externes permettent au SPC de s'arrimer aux autres services du continuum de prévention et de gestion des maladies chroniques.

Programme de dépistage des cancers

La DSP et la DACMU participent aux efforts mis de l'avant dans le développement de nouveaux services ou l'amélioration des services existant de détection précoce des cancers, notamment les cancers du sein, du col utérin et le cancer colorectal.

Actuellement, le centre de coordination des services régionaux (CCSR), basée à la DSP, déploie le Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Le CCSR fait parvenir une lettre à toutes les femmes de 50 à 69 ans n'ayant pas d'antécédent de cancer du sein pour les inviter à passer, aux deux ans, une mammographie de dépistage gratuite dans un des centres de dépistage désigné (CDD) de Montréal. Il achemine aussi les lettres de résultats, coordonne le suivi pour des investigations diagnostiques au besoin, et gère deux lignes téléphoniques pour répondre aux préoccupations des femmes ainsi qu'à celles des professionnels de la santé.

Le CCSR travaille de concert avec les CSSS et les partenaires régionaux pour promouvoir la mammographie de dépistage tout en s'assurant que les services répondent aux besoins de la population ainsi qu'aux plus hautes normes de qualité.

Priorités d'action

Services préventifs en milieu clinique

4. Favoriser l'intégration des interventions de counseling en matière d'habitudes de vie dans les pratiques des professionnels des milieux cliniques;
5. Arrimer les services préventifs aux services de détection et de gestion des maladies chroniques (en place et en développement)

Dépistage en milieu clinique

- Améliorer la détection précoce des cancers

Immunisation en milieu clinique

- Améliorer la couverture vaccinale (VPH, VHB, Influenza)

Orientation 2 :

Améliorer la couverture populationnelle aux pratiques cliniques préventives

Nos actions 2011-2015

Objectifs	Programmes et activités régionales	Contribution attendue – CSSS
Services en prévention des maladies chroniques		
Soutenir et faciliter le counseling en habitudes de vie par les professionnels de la santé en 1 ^{re} ligne	- Faciliter et soutenir le counseling en habitudes de vie en 1^{re} ligne et la référence aux services de prévention et de gestion des maladies chroniques - Site web à l'intention des professionnels de la santé (MD, pharmaciens, etc.) - Outils d'aide à la pratique préventive et à la détection précoce - Formations ayant trait au risque cardiométabolique - Accompagner le CSSS dans l'offre de soutien à la systématisation de l'intervention en prévention et détection précoce du risque cardiométabolique - Élaborer un guide de pratique pour un bilan de santé préventif réalisé par des infirmières cliniciennes en 1^{re} ligne	- Assurer des visites régulières de l'infirmière-conseil en prévention clinique dans les milieux cliniques de 1^{re} ligne en vue de : - Mobiliser les professionnels de la santé au regard de la prévention des maladies chroniques - Faciliter la référence vers les ressources, services et programmes en habitudes de vie - Offrir des outils d'aide à la pratique et des ateliers de formation en prévention et détection précoce - Soutenir les milieux cliniques qui le souhaitent, dans la systématisation des pratiques cliniques préventives
Consolider, dans l'ensemble des 12 CSSS montréalais, la gamme de services en soutien à l'adoption des saines habitudes de vie (alimentation et activité physique) et l'arrimer au continuum des services en prévention et gestion des maladies chroniques	- Offrir des services d'aide à l'adoption de saines habitudes de vie - Centres d'éducation pour la santé - Atelier de sensibilisation et d'éducation grand public - Bonifier l'offre de services des centres d'éducation pour la santé avec des ateliers de groupes thématiques - Adapter l'offre de services en habitudes de vie pour rejoindre les populations vulnérables - Valider et adapter les outils de prévention pour une clientèle de faible littératie - Adapter la gamme de services pour des communautés ethnoculturelles - Assurer l'arrimage entre l'offre de service du système de prévention clinique et celles des programmes de gestion des maladies chroniques dans une perspective de continuum de services, notamment par : - la mise en place des mécanismes standardisés facilitant les références des cliniciens vers les ressources, services et programmes en habitudes de vie - l'harmonisation des outils d'aide à la pratique en prévention du risque cardiométabolique - l'intégration de l'ordonnance collective en thérapie de remplacement de la nicotine au programme de gestion des MPOC	- Offrir des services en CES à la population au minimum 2 jours/semaines - Répertorier les ressources et services existants en habitudes de vie au CSSS et sur le territoire - Faire du <i>outreach</i> vers des populations vulnérables afin d'offrir des services en saines habitudes de vie - Établir des liens avec les ressources du territoire en habitudes de vie et en prévention des maladies chroniques (organisations communautaires, municipales, etc.) - Mettre en place des mécanismes de liaison / de communication entre les services et programmes en prévention et de gestion des maladies chroniques (ex. CES et programme de gestion du diabète- volet habitudes de vie / CAT et programme de gestion des MPOC)

Objectifs	Programmes et activités régionales	Contribution attendue – CSSS
Consolider une gamme de services en soutien aux personnes aux prises avec un surplus de poids et promouvoir une saine gestion du poids	- Développer et coordonner une offre de services pour les personnes aux prises avec un problème de poids - Former et outiller les professionnels de la santé par rapport à l'intervention en saine gestion du poids, notamment au regard des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA)	- Mettre en œuvre des programmes ou services de saine gestion du poids adaptés aux besoins de la population du territoire - Établir des liens avec les ressources et services en saines habitudes de vie pour les personnes aux prises avec un problème de surpoids - Offrir aux professionnels de la santé de 1^{re} ligne des outils d'aide à la pratique et à la référence aux services appropriés ainsi que de la formation sur les principes en saine gestion du poids et les enjeux liés aux PSMA
Accroître l'accès et la continuité des services préventifs en périnatalité et petite enfance	- Implanter la politique en périnatalité - Faciliter et soutenir les PCP ciblant les saines habitudes de vie chez les femmes enceintes et les tout-petits, notamment le counseling sur l'allaitement et la référence vers les services préventifs du CSSS	- Faciliter la référence par les cliniciens des femmes enceintes vers les services du centre d'éducation pour la santé (CES) (bilan des habitudes de vie et recommandations adaptées à la condition de la femme enceinte) - Faciliter la référence par les cliniciens des femmes enceintes fumeuses au centre d'abandon du tabagisme (CAT) pour un soutien à la cessation pendant la grossesse - Promouvoir et faciliter les PCP au sein des équipes œuvrant en périnatalité et petite enfance et l'arrimage avec les services du CES et du CAT

Cessation du tabagisme

Augmenter à 6 % la proportion de fumeurs ayant cessé au cours des 12 mois Augmenter à 5 % l'utilisation d'un service de soutien à la cessation tabagique par les fumeurs ayant l'intention de cesser Augmenter la proportion des fumeurs recevant un counseling en cessation tabagique par un professionnel de la santé de 1^{re} ligne	- Déployer le Programme régional de lutte au tabagisme - Offrir des services d'aide aux fumeurs - Centres d'abandon du tabac (CAT) - Groupe de cessation / maintien - Ordonnance collective TRN - Faciliter et soutenir le counseling bref en 1^{re} ligne et la référence vers les services d'aide en cessation et de maintien - Faire la promotion régionale et soutenir la promotion locale des grandes campagnes populationnelles - Défi J'arrête, j'y gagne - Famille sans fumée - Accompagner le CSSS dans l'offre de soutien à la systématisation de l'intervention en cessation tabagique en milieu clinique	- Offrir des services en CES à la population au minimum 2 jours/semaines - Assurer des visites régulières de l'infirmière-conseil en prévention clinique dans les milieux cliniques de 1^{re} ligne en vue de : - Mobiliser les professionnels de la santé de 1^{re} ligne au regard de l'intervention en cessation tabagique - Faciliter la référence des patients fumeurs au CAT et aux autres ressources - Offrir des outils d'aide à la pratique et des ateliers de formation - Soutenir les milieux cliniques qui le souhaitent, dans la systématisation de l'intervention en cessation tabagique - Favoriser l'arrimage entre le programme de gestion des MPOC et le CAT pour les fumeurs inscrits au programme - Promouvoir le Défi J'Arrête et la campagne Famille sans fumée auprès de la population du territoire, des travailleurs du CSSS et dans les milieux cliniques de 1^{re} ligne
--	---	--

Objectifs	Programmes et activités régionales	Contribution attendue – CSSS
Soutien à l'autonomie des personnes au regard de la prévention		
Favoriser l'acquisition d'aptitudes individuelles et l'autonomie de la population au regard des habitudes de vie et de la prévention des maladies chroniques	- Favoriser l'acquisition d'aptitudes individuelles et l'autonomie de la population au regard des habitudes de vie et de la prévention des maladies chroniques	- Favoriser l'acquisition d'aptitudes individuelles et l'autonomie de la population au regard des habitudes de vie et de la prévention des maladies chroniques
Dépistage des cancers		
Augmenter à 54 % le taux de participation des femmes de 50-69 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) Réduire à moins de 5 % l'écart entre le taux de dépistage moyen régional et celui des CSSS ayant les taux les plus faibles	- Consolider les activités du PQDCS - Promouvoir la mammographie de dépistage aux 2 ans en CDD auprès des femmes et des professionnels de la santé, en favorisant un consentement éclairé - Assurer l'accès à des services de dépistage et d'investigation diagnostique qui respectent les plus hauts standards de qualité	- Soutenir les professionnels des milieux cliniques de 1^{re} ligne dans les pratiques de dépistage du cancer dans le cadre du PQDCS - Participer et faciliter la diffusion des connaissances et la formation aux dispensateurs de service (CDD, CRID) et aux médecins - Déployer, en partenariat avec les acteurs des RLS, des activités de promotion de la mammographie de dépistage aux deux ans en CDD auprès des femmes de leur territoire
Soutenir le déploiement progressif d'un programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	- Accompagner les trois sites de démonstration montréalais pour le rehaussement de l'accessibilité à la colonoscopie et l'atteinte des standards de qualité - Déployer le volet dépistage complet pour les trois sites de démonstration montréalais	- Contribution définie dans le cadre de référence du programme québécois de dépistage colorectal
Immunisation		
Réduire les retards vaccinaux à 2 et à 12 mois Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B et le virus du papillome humain (VPH) des enfants de la 4^e année du primaire Augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza chez les personnes souffrant d'une maladie chronique et leurs contacts, y compris les travailleurs de la santé.	- Soutenir les gestionnaires et répondantes en immunisation des CSSS pour caractériser les clientèles et élaborer des stratégies adaptées, surtout à l'égard des personnes atteintes d'une maladie chronique (MCV, diabète) et des parents de filles en 4^e année du primaire - Participer au sous-comité en immunisation des CSSS - Développer des outils promotionnels adaptés aux besoins - Offrir de la formation, des outils, un soutien-conseil aux vaccinateurs	- Offrir des activités de formation aux infirmières et infirmières auxiliaires - Diffuser les bulletins d'information en vaccination pour les professionnels - Diffuser les outils de promotion de la vaccination - Caractériser les clientèles et élaborer des stratégies de promotion de la vaccination adaptées, surtout à l'égard des personnes atteintes d'une maladie chronique et des parents de filles en 4^e année du primaire. - Participer au développement des outils adaptés aux besoins locaux

Orientation 3 : Assurer l'accès à des programmes harmonisés de gestion des maladies chroniques et favoriser l'autogestion de la personne par rapport à sa maladie

Chemin parcouru

L'Agence a créé, en 2006, le Consortium montréalais en gestion des maladies chroniques dont l'approche était axée vers l'élaboration d'une approche préventive en soins de 1^{re} ligne, l'amélioration du réseau de soins, l'intégration et l'uniformisation des ressources concernées, ainsi que le développement d'une programmation régionale concertée. Le Consortium a choisi d'implanter quatre projets pilotes pour les personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques. En 2007, la DACMU s'est vue confier le mandat d'aider les CSSS à implanter ces projets.

Les quatre premiers projets retenus portaient sur le diabète (CSSS du Sud-Ouest-Verdun), l'hypertension artérielle (HTA) (CSSS de l'Ouest-de-l'Île), la dépression (CSSS de la Montagne) et les troubles cognitifs (CSSS de Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île), en partenariat avec l'hôpital Maisonneuve-Rosemont). Fondés sur le Chronic Care Model (c.f. section 3), ces projets ont servi de pilote pour expérimenter un nouveau modèle de suivi des personnes atteintes de maladies chroniques par les équipes de 1^{re} ligne des autres CSSS de Montréal.

Le Centre de référence sur le diabète du CSSS du Sud-Ouest-Verdun fut le premier projet pilote à être mis en place dans l'ensemble du réseau montréalais. Devant la croissance alarmante du diabète et l'objectif commun des CSSS de Montréal d'améliorer le suivi de la population diabétique de leur territoire respectif, l'Agence a choisi d'étendre ce programme à l'ensemble des CSSS, en ciblant les personnes prédiabétiques et diabétiques. En raison de l'association fréquente entre le diabète et l'HTA, l'Agence a par la suite recommandé le développement de programmes intégrés portant sur le risque cardiometabolique (prédiabète, diabète, HTA et anomalies des lipides). Alors que le projet pilote sur la dépression est toujours en cours d'évaluation, celui sur les troubles cognitifs a été arrêté en 2010.

L'Agence a également choisi de développer un cinquième projet pilote sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) au CSSS Cavendish. Ce programme, destiné aux médecins de 1^{re} ligne, a pour objectifs d'optimiser le repérage précoce et la prise en charge rapide de la clientèle atteinte d'une MPOC légère à modérée et de compléter l'offre de services actuelle pour la clientèle touchée par une maladie respiratoire.

Implantation des programmes cliniques de gestion des maladies chroniques en 1^{re} ligne

Le développement et l'implantation des programmes régionaux de gestion des maladies chroniques suivent une approche de mise en œuvre structurée autour de trois grandes étapes, présentées à la Figure 6.

1. Définition par les experts

Campée dans les meilleures pratiques, la DACMU et son équipe de médecins-conseils élaborent la programmation des projets pilotes. Cette programmation, basée sur des données probantes et des lignes

Figure 6.
Structure de planification des projets en maladies chroniques



directrices, comprend les modalités de suivi par le médecin omnipraticien et le médecin spécialiste, s'il y a lieu, en plus de celles des membres de l'équipe interdisciplinaire. Elle définit aussi les clientèles cibles, en plus de recommander des critères de référence vers la 2^e ligne médicale.

2. Essai pilote dans un CSSS

Par la suite, chaque programme est mis à l'essai dans un CSSS volontaire, sous forme de projet pilote. Chaque projet pilote est basé sur des orientations régionales, de façon à assurer une harmonisation de l'offre de services entre tous les CSSS, un bénéfice apprécié des médecins omnipraticiens.

3. Reproduction dans les autres CSSS

Finalement, si l'initiative s'avère concluante sur le plan des résultats de santé et que sa reproduction est envisageable dans d'autres territoires montréalais, l'Agence invite l'ensemble des CSSS à entamer le processus de planification de leurs programmes en maladies chroniques, selon le plan d'action régional intégré de 1^{re} ligne.

Pour chacune des maladies chroniques identifiées, le CSSS doit déposer un projet d'offre de services, en respectant les activités requises décrites lors des étapes de planification et de mise en œuvre d'un projet pilote. À cet égard, l'Agence a élaboré un processus décrivant les activités, procédures et règles liées à la mise en place d'un projet pilote en maladies chroniques. Ce processus détaillé est disponible à l'Annexe 3.

L'Agence soutient les équipes en CSSS (gestionnaires, chargé de projet et médecins/cliniciens) tout au long des processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes, notamment en participant aux rencontres du Comité de coordination local et des comités de travail cliniques, s'il y a lieu.

L'Agence octroie également un financement non récurrent en trois versements de 50 000 \$. Le premier montant de 50 000 \$ est versé au CSSS afin de soutenir la mise en œuvre du programme (ajout de ressources professionnelles, achat de matériel, formations, etc.). Les deux versements subséquents ont pour objectif de soutenir l'adoption des nouvelles pratiques cliniques à la suite du démarrage du programme clinique et permettre aux CSSS d'atteindre une efficacité optimale en vue de pouvoir offrir le programme de façon continue à même leur budget de fonctionnement.

Nouveaux programmes en développement

Tous les nouveaux programmes cliniques doivent :

- être destinés à la clientèle de la 1^{re} ligne médicale;
- respecter le modèle retenu par l'Agence, soit le CCM-E;
- définir une programmation clinique;
- assurer une intégration des services;
- prévoir une évaluation clinique et administrative en vue d'une gestion par résultats.

Afin d'orienter le choix des nouveaux programmes à mettre sur pied, l'Agence de Montréal a identifié les critères de priorisation suivants :

- la prévalence de la maladie;
- les tendances de la santé;
- l'impact sur la santé;
- l'utilisation des services de santé;
- les orientations ministérielles;
- les besoins exprimés par les médecins omnipraticiens;
- les recommandations de groupes d'experts.

Les recommandations émises par les groupes d'experts, relativement à la mise sur pied de nouveaux programmes et retenues par la DACMU, sont disponible en Annexe 4.

Enfin, dans une perspective d'optimisation de l'organisation des services, la DACMU souhaite intégrer chaque nouveau programme clinique à un tronc commun d'interventions, afin de tenir compte de la prévalence croissante de la multimorbidité. Le parcours de chaque participant aux programmes demeurera cependant personnalisé selon son profil individuel de santé, notamment par le biais des rencontres individuelles prévues dans chaque programme et du système de gestion de cas, au besoin.

Priorités d'action

Santé cardiovasculaire – volet risque cardiométabolique

- Consolider et déployer le programme diabète de modification des habitudes de vie et le programme de traitement et d'enseignement en clinique spécialisée, dans les 12 CSSS montréalais
- Consolider l'ajout d'un volet spécifique en HTA au programme de modification des habitudes de vie en diabète
- Développer un projet pilote sur le dépistage de la rétinopathie

- Développer un projet pilote sur le dépistage de la neuropathie et la prévention des lésions du pied diabétique

Santé cardiovasculaire – volet réadaptation cardiaque

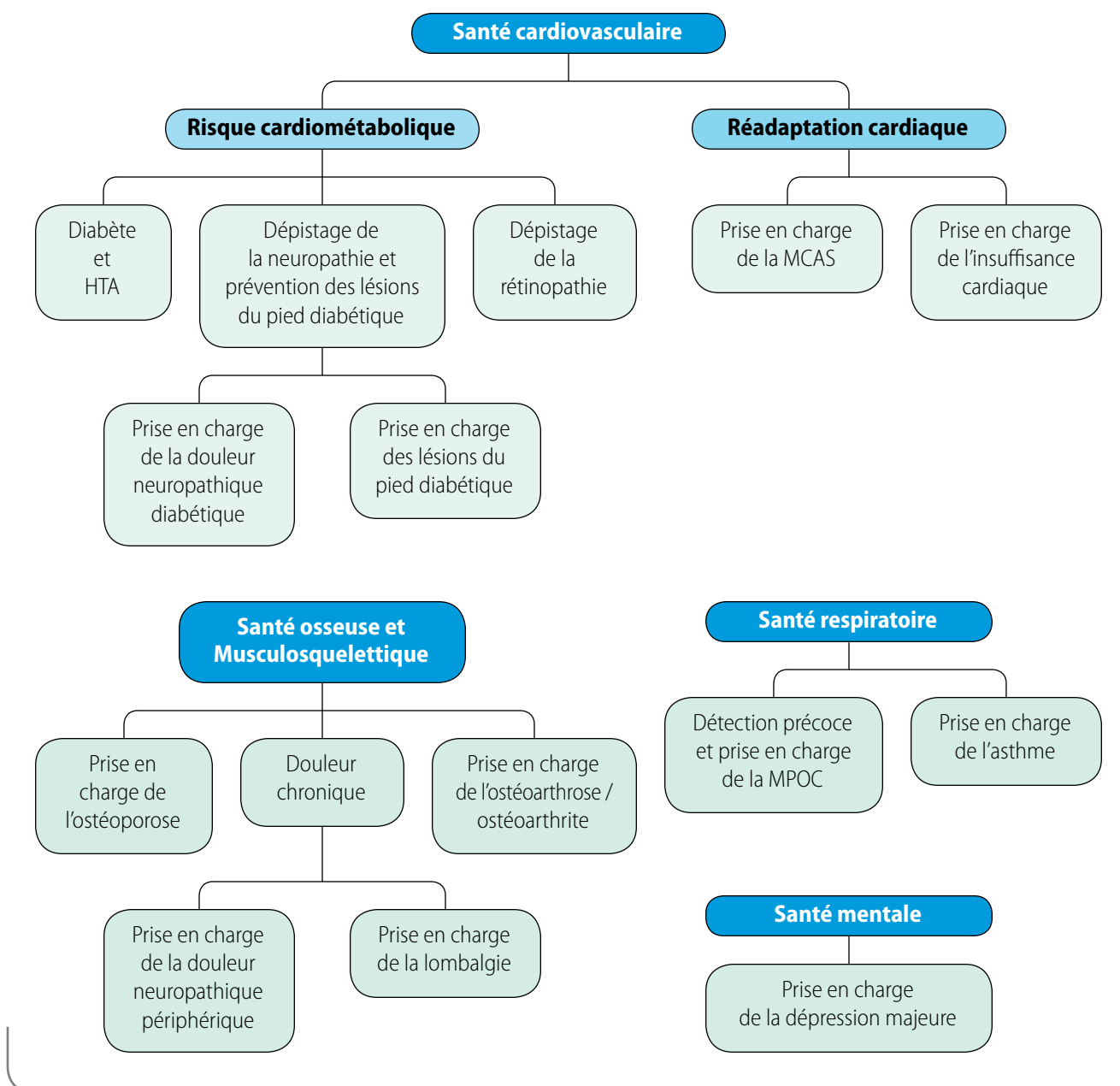
- Développer un projet pilote sur la gestion de la MCAS
- Développer un projet pilote sur la gestion de l'insuffisance cardiaque

- Évaluer la faisabilité de reproduction dans les autres CSSS de Montréal

Santé respiratoire

- Consolider et reproduire le projet pilote sur le dépistage précoce et la gestion optimale de la clientèle atteinte d'une MPOC légère à modérée, dans les 12 CSSS montréalais
- Développer un projet pilote sur la gestion de l'asthme

Figure 7.
Programmes de gestion des maladies chroniques en développement



Santé osseuse et musculosquelettique

- Développer un projet pilote de dépistage et de gestion de l'ostéoporose
- Développer un projet pilote sur la gestion de l'ostéoarthrose/ostéoarthrite

Douleur chronique

- Développer un projet pilote sur la gestion de la douleur neuropathique périphérique
- Développer un projet pilote sur la gestion de la lombalgie

Santé mentale

- Consolider et reproduire le projet pilote sur le suivi de la clientèle atteinte d'une dépression majeure

Multimorbidité

- Intégrer des services communs à plus d'une maladie chronique

Orientation 3 :

Assurer l'accès à des programmes harmonisés de gestion des maladies chroniques et favoriser l'autogestion de la personne par rapport à sa maladie

Nos actions 2011-2015

Objectifs	Programmes – Activités régionales	Contribution attendue – CSSS
Assurer un leadership régional en prévention et gestion des maladies chroniques	- Présider le Comité consultatif montréalais sur les maladies chroniques - Mettre en place, animer et soutenir les travaux des tables professionnelles régionales en gestion des maladies chroniques (table des gestionnaires en maladies chroniques, table des kinésiothérapeutes, table des infirmières, table des nutritionnistes) - Mettre en place une équipe de médecins-conseils (omnipraticiens et spécialistes) - Participer aux comités des instances locales (comité de coordination local – CSSS), régionales (comité inter directionnel – ASSS), suprarégionales (table des responsables régionaux en maladies chroniques et des chargés de projet régionaux GMF – MSSS)	- Favoriser la participation des intervenants professionnels des équipes des CSSS aux différentes tables professionnelles régionales - Mettre en place un comité de coordination local (CCL) dans chaque CSSS impliquant, entre autres, un médecin omnipraticien représentant la 1^{re} ligne médicale du RLS, un médecin spécialiste dont la formation est en lien avec la maladie chronique ciblée, un pharmacien communautaire, un membre de l'équipe du Système de prévention clinique.

Programmes en gestion des maladies chroniques

Développer régionalement des programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques, selon le CCM-E, en collaboration avec les CSSS	- Revoir annuellement la liste des programmes à développer, jugés prioritaires - Développer une programmation clinique basée sur les données probantes et les lignes directrices pour chaque programme spécifique, avec un comité composé d'experts (médecins-conseils et collaborateurs partenaires) - Mener un projet pilote pour chaque nouveau programme - Intégrer, lorsque possible, de nouveaux services à une programmation déjà existante, lorsque plus d'une catégorie de comorbidités/maladies chroniques	- Mettre à jour le Plan d'action régional intégré de 1^{re} ligne (section maladies chroniques) - Signifier à l'Agence (DACMU) l'intérêt du CSSS volontaire à implanter un projet pilote répondant aux critères définis par l'Agence - Identifier un représentant qui agira comme porteur du dossier - Développer un projet clinique de démonstration à partir du modèle de rédaction élaboré par l'Agence (DACMU)
---	--	--

Objectifs	Programmes – Activités régionales	Contribution attendue – CSSS
Soutenir la reproduction des programmes en prévention et en gestion du risque cardiométabolique (prédiabète, diabète et HTA), dans les 12 CSSS montréalais Soutenir la mise en œuvre du dépistage de la rétinopathie diabétique, dans au moins un CSSS Soutenir la mise en œuvre du dépistage de la neuropathie/lésions du pied diabétique, dans les 12 CSSS Définir l'offre de service régionale pour la prise en charge des lésions du pied diabétique Soutenir la reproduction du programme en prévention et en gestion de la dépression majeure, dans au moins quatre CSSS (RLS) Soutenir la reproduction du programme en prévention et en gestion de la MPOC dans les 12 CSSS Soutenir la mise en œuvre du programme en réadaptation cardiaque/MCAS, dans au moins deux CSSS Soutenir la mise en œuvre du programme en réadaptation cardiaque/insuffisance cardiaque), dans au moins un CSSS Soutenir la mise en œuvre du programme en douleur chronique/neuropathie périphérique, dans au moins deux CSSS Soutenir la mise en œuvre du programme en douleur chronique/lombalgie, dans au moins deux CSSS	- Liste des projets cliniques en gestion des maladies chroniques - Diabète – programme Modification des habitudes de vie - Diabète – programme Traitement et enseignement en clinique spécialisée - HTA - Dépistage de la rétinopathie - Dépistage de la neuropathie et prévention des lésions du pied diabétique - Réadaptation cardiaque – programme MCAS - Réadaptation cardiaque – programme insuffisance cardiaque - Dépression majeure - MPOC - Douleur chronique – Douleur neuropathique périphérique - Douleur chronique – Lombalgie	- Déposer un projet d'offre de services à partir du modèle de rédaction élaboré par l'Agence (DACMU) en respectant les activités requises décrites lors des étapes de planification et de mise en œuvre d'un programme de gestion des maladies chroniques (Annexe III)

Objectifs	Programmes – Activités régionales	Contribution attendue – CSSS
Soutien à la 1^{re} ligne médicale		
Soutenir les pratiques interdisciplinaires des médecins de famille	- Intégrer les programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques dans les organisations de 1^{re} ligne (GMF, CRI) - Faciliter le développement d'outils régionaux à l'intention des médecins omnipraticiens (formulaire de référence et outils de promotion)	- Soutenir l'implantation et le suivi des processus cliniques établis régionalement pour les clientèles présentant des maladies chroniques, déterminées à partir de l'évaluation du type de clientèle desservie par l'équipe médicale de la CRI - Assurer l'harmonisation des processus cliniques des CRI avec ceux du CSSS - Inviter les médecins responsables GMF et CRI à participer aux travaux du Comité de coordination local - Favoriser la participation des intervenants professionnels des équipes GMF - CRI aux différentes tables professionnelles régionales - Diffuser les outils informationnels promotionnels des programmes de gestion des maladies chroniques aux pharmaciens communautaires et aux médecins du RLS - Assurer le partage de l'information par une communication efficace entre les membres des équipes interdisciplinaires et les médecins de famille
Soutenir l'autonomie des personnes		
Soutenir l'autogestion des patients	- Développer des outils éducatifs et d'autogestion pour les patients et leur famille, dans le cadre des programmes - Diabète - HTA - Utiliser et adapter le programme d'autogestion Mieux vivre avec une MPOC, en première ligne - Évaluer la faisabilité de développer ou adapter un programme régional structuré de soutien à l'autogestion, en prévention et en gestion des maladies chroniques	- Favoriser la participation des intervenants professionnels des équipes des CSSS aux différentes tables professionnelles régionales
Liens avec la communauté		
Renforcer l'action communautaire	- Établir des partenariats avec des organismes tels que - Diabète Québec - Le Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM) - L'association pulmonaire Québec - L'Association québécoise de la douleur chronique	- Encourager la participation de représentants d'associations locales aux travaux du Comité de coordination local

Orientation 4 :

Assurer l'accès à des services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Chemin parcouru

Les cliniques spécialisées de 2^e ligne prennent en charge les patients nécessitant des services spécifiques. Ces cliniques sont constituées de médecins spécialistes et d'une équipe interdisciplinaire pouvant comprendre infirmières, nutritionnistes, spécialistes de l'activité physique, pharmaciens, intervenants psychosociaux ou tout autre professionnel. Cette équipe agit en soutien aux équipes de 1^{re} ligne et s'occupe des patients mal contrôlés, référés selon des critères définis. Lorsque les patients sont jugés stables, ils sont redirigés vers les équipes de 1^{re} ligne, pour leur suivi régulier à long terme.

Les médecins spécialistes et les membres de l'équipe spécialisée assurent également un rôle de «mentorat» lors des activités de formation des médecins omnipraticiens et des professionnels de 1^{re} ligne.

L'équipe spécialisée de la 3^e ligne médicale prend, quant à elle, en charge les patients nécessitant des interventions spécifiques. En raison de la complexité de leur état de santé, ces patients doivent en effet être dirigés vers des ressources ultra spécialisées, telles que des services de dialyse, et bénéficier du système de gestion de cas recommandé par le modèle de Kaiser Permanente (c.f.. section 3).

Pour favoriser l'intégration des services de 1^{re} -2^e -3^e lignes et assurer leur complémentarité, des mécanismes de liaison et de référence systématisés ont été mis en place :

- un formulaire de référence commun en 1^{re} et 2^e lignes de soins;
- une description du rôle et des responsabilités de chaque professionnel de la santé, incluant l'implication attendue du médecin omnipraticien, pour assurer une systématisation des soins;

- des modalités de liaison clairement définies, en partenariat avec les différents services spécialisés et les partenaires;
- la hiérarchisation des trajectoires de soins et de services, sur le territoire montréalais, en tenant compte des critères de référence vers les 2^e et 3^e lignes de soins, proposés par les groupes d'experts médicaux et les médecins omnipraticiens;
- le partage de l'information.

Priorités

Accès aux services

- Améliorer les mécanismes pour permettre à la clientèle orpheline atteinte de maladie chronique d'accéder aux services en 1^{re} ligne

Ententes bidirectionnelles

- Établir des corridors de services bidirectionnels entre la 1^{re} et la 2^e ligne pour tous les programmes de prévention et gestion des maladies chroniques implantés dans les CSSS montréalais.
- Établir des corridors de services bidirectionnels entre la 1^{re} ligne et les pharmacies communautaires

Orientation 4 :

Assurer l'accès à des services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Nos actions 2011-2015

Objectifs	Programmes – Activités	Contribution attendue – CSSS
Consolider une trajectoire de services spécialisés, en lien avec les services de 1 ^{re} ligne, pour les 12 CSSS et les CRI de Montréal	- Définir et faire approuver, par chaque Comité de coordination local (CSSS), des critères de référence en clinique spécialisée, pour chacun des programmes spécifiques - Soutenir l'action des CSSS pour compléter la mise en place de corridors de services (modalités d'accès) vers la 2^e ligne et les services diagnostiques, pour chaque programme spécifique implanté - Favoriser la migration de l'expertise de l'équipe d'inhalothérapeutes du Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD) vers la 1^{re} ligne (actuellement offerte en 2^e ligne ou à domicile) - Développer un partenariat clinique avec les pharmacies communautaires pour les clientèles atteintes de maladies chroniques	- Faire approuver par les médecins membres du Comité de coordination local du CSSS les critères de référence en cliniques spécialisées - Établir des ententes de partenariat avec l'hôpital de première instance sur l'intégration des soins pour les malades chroniques ayant pour objectif de créer des corridors d'accès aux services de 2^e ligne - Diffuser les outils informationnels promotionnels des programmes de gestion des maladies chroniques dans les milieux de 2^e ligne - Établir les corridors de services bidirectionnels avec les pharmacies communautaires

Orientation 5 : Mettre en place un système de surveillance, de monitoring et d'évaluation

Les activités de surveillance, de monitoring et d'évaluation sont fondamentales pour pouvoir ajuster les actions de promotion ou de prévention, ainsi que la programmation clinique, selon les résultats sur la santé des populations et sur le réseau de santé montréalais, qui sont mis en lumière par les données récoltées.

Surveillance

La surveillance de l'état de santé de la population apporte une meilleure compréhension des déterminants liés aux maladies chroniques et des besoins de santé des Montréalais. En effet, la surveillance est d'une part une fonction importante de la santé publique et représente d'autre part une étape fondamentale à l'exercice de la planification des programmes et services. Plusieurs activités de surveillance accompagnent le déploiement du présent plan d'action. De plus, des analyses sous l'angle des inégalités sociales et de santé seront intégrées aux productions de surveillance, afin de comprendre les écarts existant entre groupes populationnels et adapter nos interventions et programmes de façon à réduire ces écarts.

Monitoring et appréciation de la performance

Les activités de monitoring et d'évaluation permettent de mieux comprendre comment s'implantent les programmes et quels en sont les impacts au niveau populationnel. Le monitoring permet également d'apprécier l'effet d'un projet, programme ou intervention sur le réseau de services (ex. nombre des visites à l'urgence, hospitalisations, nombre de visites médicales, etc.).

Dans une perspective d'amélioration continue, ces travaux réévaluent de façon périodique les activités réalisées par l'Agence, les CSSS, et les milieux cliniques du réseau montréalais de la santé.

Le suivi du présent plan d'action est par ailleurs inscrit dans le mandat du comité inter direction sur les maladies chroniques qui devra fournir un bilan annuel au comité stratégique de l'Agence.

Évaluation des programmes

Plusieurs programmes inscrits au présent plan d'action feront l'objet d'une évaluation formelle de leur implantation et de leurs effets, et seront comparés à des interventions similaires déployées dans d'autres contextes. Des indicateurs pour l'évaluation des programmes ont notamment été développés par l'Agence et présentés à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Registre régional des maladies chroniques

Un système de collecte de données, d'ordre clinique et administratif, pour le suivi des patients (outil web) a été conçu. Ce registre, utilisé par l'Agence et les CSSS de Montréal, permet de dégager des résultats qui sont analysés, en temps réel localement et comparés régionalement, tout au long du suivi des patients. L'Agence s'engage d'ailleurs à maintenir à long terme cet outil de suivi, notamment en l'intégrant aux futurs dossiers cliniques informatisés. L'équipe toute entière se sert de ce registre pour orienter le traitement, anticiper les problèmes et suivre les progrès. Ce registre sert à la fois d'outil de travail pour les cliniciens, de communication avec les médecins omnipraticiens et spécialistes, ainsi que d'outil d'évaluation.

L'Agence assure la formation des professionnels pour la saisie des données cliniques et administratives. Le CSSS s'assure de la qualité de la saisie des données et discute périodiquement de l'évolution des résultats aux rencontres du Comité de coordination local. Le traitement des résultats de ce tableau de bord, harmonisé régionalement, permet à l'Agence et aux CSSS d'analyser les processus de soins et de services, ainsi que les résultats cliniques et administratifs de la mise en œuvre des programmes. Il permet aussi d'évaluer les mécanismes de liaison et de référence nécessaires pour répondre aux objectifs du projet, d'assurer la diffusion de l'information aux différents partenaires et enfin d'évaluer les coûts de mise en œuvre des projets.

Orientation 5 :

Mettre en place un système de surveillance, de monitoring et d'évaluation

Nos actions 2011-2015

Objectifs	Programmes – Activités	Contribution attendue – CSSS
Surveillance		
Acquérir des données spécifiques sur les déterminants des maladies chroniques, à l'échelle régionale et locale	- Mettre sur pied un programme régional d'enquête sur la santé des populations, dont la première collecte aura pour thème « les déterminants des maladies chroniques » - Mener des recherches spécifiques sur l'accessibilité aux aliments frais, le transport actif, les traumatismes routiers, le tabagisme - Mener des études spécifiques sur l'impact de l'environnement bâti sur les maladies chroniques - Rendre disponible aux décideurs locaux des indicateurs de santé et des données sur les déterminants sociaux, environnementaux et comportementaux des maladies chroniques	- Participer à la planification des projets de surveillance et de recherche - Participer aux activités de transferts des connaissances avec les acteurs des RLS
Suivre l'évolution de l'utilisation des services par les patients atteints de maladies chroniques	- Produire des portraits locaux de l'utilisation des services de santé, à partir des banques de données administratives jumelées	- Participer aux activités de transferts des connaissances avec les acteurs des RLS
Monitoring et appréciation de la performance		
Suivre le déploiement des programmes en prévention et en gestion des maladies chroniques, apprécier leur degré d'implantation et l'atteinte des objectifs pour 2015	- Développer un tableau de bord d'indicateurs d'appréciation de la performance pour la santé publique - Définir des indicateurs de résultats cliniques et administratifs pour chacun des programmes de gestion en maladies chroniques implantés	- Participer à la collecte des données et à la diffusion des résultats - Faire approuver par le Comité de coordination local les indicateurs de suivi cliniques et administratifs
Évaluation des programmes		
Évaluer les effets des interventions réalisées en prévention et en gestion des maladies chroniques	- Évaluer les services préventifs en (CES et en CAT) - Évaluer l'implantation et les résultats du programme intégré de gestion du risque cardiométabolique (diabète et HTA), dans six CSSS - Évaluer l'impact des politiques publiques sur la santé (ex. Bixi, plan de transport) ainsi que des programmes ou initiatives soutenus par la DSP (Quartier 21, projets en sécurité alimentaire, etc.)	- Participer à la collecte des données et à la diffusion des résultats - Participer, via les questionnaires en maladies chroniques, au comité directeur pour le Projet Fonds Pfizer-FRSQ-MSSS
Registre régional des maladies chroniques		
Déployer un système régional de suivi des maladies chroniques à Montréal	- Développer, mettre en place sur le web et maintenir le registre régional des maladies chroniques - Intégrer le registre des maladies chroniques aux dossiers cliniques informatisés - Former les utilisateurs pour la saisie et la manipulation des données et assurer le suivi des résultats - Compilation et analyse - Diffusion des résultats (médecins omnipraticiens, cliniciens et gestionnaires en CSSS, Agence, MSSS)	- Appui de la direction du CSSS durant le déroulement du projet (gestion + informatique) - Identifier un responsable de la qualité des données saisies - Saisir les données cliniques pour les patients inscrits aux programmes de gestion en maladies chroniques - Diffuser les résultats aux intervenants professionnels, aux médecins du RLS et aux pharmaciens communautaires

Priorités d'action

Surveillance

- Suivre de façon continue l'état de santé des montréalais(es) au niveau régional et local (par territoire de CSSS), particulièrement au regard des maladies chroniques et leurs déterminants (environnementaux et comportementaux)

Monitoring, appréciation de la performance et évaluation de programmes

- Mettre en place des mécanismes de suivi de des actions de promotion et l'implantation des programmes, en prévention et en gestion des maladies chroniques
- Évaluer les effets des programmes de promotion de la santé, de prévention et de gestion des maladies chroniques

Registre régional des maladies chroniques

- Mettre en place et maintenir un registre clinico-administratif sur les maladies chroniques à Montréal

Conclusion

À travers ses cinq grandes orientations, le plan d'action 2011-2015 de l'Agence a pour objectif de bâtir un réseau de santé qui offre des services accessibles, de qualité, qui tiennent compte des besoins exprimés par les médecins et qui répondent efficacement à l'ensemble des besoins de la population montréalaise. Pour y arriver, l'Agence compte sur un partenariat étroit avec les CSSS, les milieux cliniques et les partenaires communautaires/intersectoriels. Ceci sera possible par le biais d'une structure de gouvernance qui maintient une interface continue entre les instances régionales et locales, de même qu'avec les partenaires externes.

L'Agence compte explorer des modalités d'accompagnement des CSSS dans l'application de ce plan d'action.

La prévention et la gestion des maladies chroniques représentent des défis majeurs pour les organisations de santé. On observe un besoin grandissant de prise en charge globale pour des problèmes chroniques, qui sont souvent multiples et qui touchent davantage les plus défavorisés.

Un enjeu majeur de la mise en place d'un continuum intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques consiste à bien circonscrire et définir le champ d'action de chacun de ces acteurs, afin d'assurer la cohérence, la complémentarité et la continuité de l'offre de services en maladies chroniques.

Un second défi de taille se trouve dans la recherche d'un équilibre entre, d'une part le développement de cadres d'intervention suffisamment structurants pour donner une idée claire de la vision que souhaite transmettre l'Agence, et d'autre part une souplesse qui soutienne les initiatives locales et permette aux partenaires locaux d'adapter ce plan d'action à leurs réalités particulières.

Pour y arriver, il importe donc d'instaurer des canaux de communication efficaces et participatifs entre tous les acteurs impliqués et ce, tant au niveau du partage de l'information clinique pertinente, que de la planification conjointe, et de la reddition de comptes.

De même, une saine gestion du changement, tant au niveau organisationnel qu'au niveau des pratiques, exige d'utiliser judicieusement les ressources, de même que les différentes expertises des acteurs impliqués, de maintenir une communication franche entre partenaires et d'assurer le développement des compétences requises

pour répondre aux nouveaux défis que représente le déploiement de nouveaux programmes en prévention ou en gestion des maladies chroniques.

Il importe donc, pour l'Agence, d'assurer un leadership fort et mobilisateur pour tous les acteurs, de maintenir une cohésion entre partenaires et de demeurer à l'écoute des besoins et des inquiétudes exprimés par les acteurs du réseau.

L'Agence identifie aussi les conditions nécessaires à la réussite du plan d'action :

- une volonté explicite des décideurs du réseau montréalais dans l'arrimage d'un volet préventif à la gestion des maladies chroniques;
- Le déploiement d'initiatives, telles que le programme Quartier 21, qui offre un levier de transformation de l'environnement bâti, à l'échelle des territoires des CSSS;
- Le développement d'une 1^{re} ligne médicale forte, soutenue par des modèles organisationnels efficaces (GMF, CR, CRD);
- La mise en place d'équipes interdisciplinaires dédiées, formées et mobilisées, tant au niveau régional que local;
- La création des réseaux locaux de services (RLS) au centre desquels les CSSS sont responsables des activités de prévention et de gestion des maladies chroniques;
- Le développement de systèmes d'information cliniques, tels que le registre des maladies chroniques et l'espace de communication « Zone professionnels de la santé » du nouveau portail web de l'Agence;
- La systématisation des mécanismes d'amélioration continue de la qualité, dans les organisations de santé.

Enfin, les efforts et actions déployés risquent de demeurer vains en l'absence d'une intervention intersectorielle qui tient compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé et qui permette de rejoindre les clientèles plus vulnérables et plus touchées par les maladies chroniques. Les CSSS constituent, à ce titre, un maillon fort d'une chaîne d'interventions intersectorielles et doivent exercer leur leadership, de même que leur expertise, pour contribuer à la création d'un continuum qui allie la création d'environnements favorables, la prévention, la détection précoce et l'éducation, la réadaptation et le soutien des personnes atteintes de maladies chroniques.

Références

- [1] GALARNEAU, Y., ROCHETTE, M., *Orientations ministérielles en matière de maladies chroniques: directions-programmes MSSS*. 3^e Rendez-vous de la gestion des maladies chroniques. Montréal: 25 et 26 novembre 2010.
- [2] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fichier des décès 2005- 2009*. Ministre de la santé et des services sociaux, Service du développement de l'information.
- [3] STATISTIQUES CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009/2010*.
- [4] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Global status report on noncommunicable diseases*. 2011. Genève, Organisation mondiale de la santé. 176 pages.
- [5] AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Planification stratégique. Des priorités urbaines pour des Montréalais en santé*. 2010. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 69 pages.
- [6] DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Plan régional de santé publique 2010-2015. Garder notre monde en santé. 2011*. Montréal. Direction de la santé publique. Agence de santé et de services sociaux de Montréal. 61 pages.
- [7] DESROSIERS H. *Le surplus de poids chez les enfants de 4 à 7 ans: des cibles pour l'action. Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2010)*. 2008. Québec, Institut de la statistique du Québec. 163 pages.
- [8] STATISTIQUES CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2005*.
- [9] SANTÉ CANADA. *Relever le défi posé par le diabète au Canada : Premier rapport du Système national de surveillance du diabète (SNSD)*. 2003. 129 pages.
- [10] DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *État de situation sur le diabète 2008-2009*. 2011. Montréal. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <http://emis.santemontreal.qc.ca/nouveautes/detaille/article/diabete-mise-a-jour-2008-2009/>
- [11] FORTIN M, BRAVO G, HUDON C, VANASSE A, LAPOINTE L. *Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice*. *Annals of Family Medicine*. 2005; 3:223-228.
- [12] LÉTOURNEAU E, GIRARD C, THIBAUT N. *Croître ou décroître: le constat régional des perspectives démographiques 2001-2026*. Données socio-démographiques en bref. 2004; 8(2):6-8.
- [13] VILLE DE MONTRÉAL. *La transformation démographique de Montréal et de la région métropolitaine: un résumé*. 2005. Montréal, Ville de Montréal. 4 pages.
- [14] BUTLER-JONES D. *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada*. 2008. Ottawa, Public Health Agency of Canada.
- [15] INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES)*. 2008.
- [16] STATISTIQUES CANADA. *Enquête sur la surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)*. 2009.
- [17] LAVALLÉE C. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois, volet nutrition*. 2004. Québec, Institut de la statistique du Québec. 166 pages.
- [18] DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Cadre de référence pour le soutien au développement de la sécurité alimentaire dans la région de Montréal 2008-2012*. 2008. Direction de santé publique. Agence de la santé et de services sociaux de Montréal.

- [19] STATISTIQUES CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007/2008*.
- [20] BESSER LM. *Walking to public transit: steps to help meet physical activity recommendations*. American Journal of Preventive Medicine. 2005; 29(4):273-280.
- [21] DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Plan régional de santé publique 2010-2015. Orientation 5: Un environnement urbain favorable à la santé*. 2011. Montréal, Agence de la santé et de services sociaux de Montréal.
- [22] JACQUES L, PLANTE C, GOUDREAU S, DEGER L, FOURNIER M, SMARGIASSI A ET AL. *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans*. Rapport synthèse régional. 2011. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal. 36 pages.
- [23] AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Espace montréalais d'information sur la santé -santé physique*. <http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/etat-de-sante/sante-physique/> 2011. (Visité le 20 janvier 2011).
- [24] AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Le fardeau économique de la maladie au Canada*. 2002. Ottawa, Santé Canada. 110 pages.
- [25] PATRA J, POPOVA S, REHM J, BONDY S, FLINT R, GIESBRECHT N. *Economic Cost of Chronic Disease in Canada 1995-2003*. 2007. Toronto, Ontario Chronic Disease Prevention Alliance.
- [26] INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2011*. 2011. Institut canadien d'information sur la santé. 193 pages.
- [27] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*. 2008. Québec, Gouvernement du Québec.
- [28] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan de lutte contre le cancer (PLCC)*. 1998. Québec, Gouvernement du Québec.
- [29] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*. 2006. Québec, Gouvernement du Québec.
- [30] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Cadre de référence*. 2010. Québec, Gouvernement du Québec.
- [31] FEACHEM RG, SEKHRI NK., WHITE KL. *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente*. British Medical Journal. 2002; 324(7330):135-141.
- [32] ROSEN R. Developing Chronic Disease Policy in England. *Emerging Approaches To Chronic Disease Management in Primary Health Care*. Kingston: McGill-Queen's University Press, 2006: 39-50.
- [33] WAGNER EH. *Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?* Health Affairs 1998; 20(6):64-78.
- [34] JODOIN Y. *Orientations pour le développement des GMF et cliniques réseau intégrées*. 2009. 2008. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- [35] LÉVESQUE J-F, FELDMAN D, DUFRESNE C, BERGERON P, PINARD B. *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec barrières et éléments facilitant*. 2007. Agence de la santé et de services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique.
- [36] BARR VJ, ROBINSON S, MARIN-LINK B, UNDERHILL L, DOTTS A, RAVENSDALE D ET AL. *The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model*. Hospital Quarterly 2003; 7(1):73-82.
- [37] Présentation lors de la tournée régionale d'information: La pharmacie de demain commence aujourd'hui - Sondages IPSOS Descaries et CROP commandés par l'Ordre des pharmaciens du Québec. Nov 15; Hôtel Alt. Brossard: 2010.

- [38] DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Plan régional de santé publique 2010-2015. Orientation 1 : Des enfants qui naissent et grandissent en santé.* 2011. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- [39] DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Plan régional de santé publique 2010-2015. Orientation 2: Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire.* 2011. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- [40] LEBLANC M-F, RAYNAULT M-F, LESSARD R. *Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru.* 2^e édition. 2012. Montréal, Direction de la santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 144 pages.
- [41] DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Plan régional de santé publique 2010-2015. Orientation 4: une population vaccinée et protégée des infections et des risques chimiques et physiques.* 2011. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- [42] DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Plan régional de santé publique 2010-2015. Orientation 6: Un système de santé qui sert aussi à prévenir.* 2011. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- [43] BUTLER-JONES D. *Enhancing prevention in the practice of health professionals.* Canadian Journal of Public Health. 1996; 87(Suppl.2):S75-S78.
- [44] NORMANDEAU M, PAQUET M-J. *Le pharmacien dans un système qui sert aussi à prévenir.* 2012. Montréal, Direction de santé publique. Agence de la santé et de services sociaux de Montréal.
- [45] STANFORD PATIENT EDUCATION RESEARCH CENTER. Stanford Self-Management Programs. <http://patienteducation.stanford.edu/programs/2009>. 2009. 6-14-0110.
- [46] TWIGG S, KAMP M, DAVIS T, NEYLON E, FLACK J. *Prediabetes: a position statement from the Australian Diabetes Educators Association.* Medical Journal of Australia. 2007; 186:461-465.
- [47] RYDEN L. *Guidelines on Diabetes and Cardiovascular Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD).* European Heart Journal. 2007; 28, 88-136.
- [48] GILBERT F. *Le diabète: une maladie prête à émerger dans plusieurs situations cliniques.* Le Spécialiste. 2010; 12(1):21-22.
- [49] RODRIGUEZ N, CÔTÉ. B. *Dépistage de la rétinopathie diabétique au Québec.* ETMIS. 2008; 4(6), 1-130.
- [50] ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. *Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada.* Canadian Journal of Diabetes. 2008; 32(Suppl. 1):S1-S225.
- [51] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Prévention secondaire et réadaptation cardiaque: Rapport du groupe de travail du réseau québécois de cardiologie tertiaire.* 2009. Québec, Gouvernement du Québec. 131 pages.
- [52] RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE L'ASTHME ET DE LA MPOC (RQAM). *La réadaptation pulmonaire, pièce maîtresse de la gestion intégrée de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)...une évidence!* 2008. 53 pages.
- [53] GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA LUTTE CONTRE L'ASTHME. *Prévention et prise en charge de l'asthme au Canada : un défi de taille maintenant et à l'avenir.* 2000. 65 pages.
- [54] BESSETTE, L., *Santé osseuse: pour vieillir sans fracture.* Journées annuelles de santé publique. 2010. Québec: 11 Mars 2010;
- [55] OSTÉOPOROSE CANADA. *L'ostéoporose: vers un avenir sans fractures.* Toronto: 2011.
- [56] DOBKIN P, BOOTHROYD L. *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse): organisation des services de santé.* 2006. Montréal, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. 97 pages.
- [57] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Soins de première ligne : étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.* 2008. Montréal.

Actualisation du Modèle de soins des maladies chroniques étendu (CCM-E) ^[36]

À Montréal, le CCM-E intègre les déterminants environnementaux, sociaux et comportementaux aux principes d'une bonne gestion des maladies chroniques. Les éléments du CCM-E s'actualisent par des actions concrètes de santé publique et des programmes cliniques de gestion des maladies chroniques.

L'organisation du système de santé

L'Agence et les CSSS de Montréal priorisent une gestion intégrée des ressources, assurent un soutien et un leadership fort, en plus de faire la promotion de stratégies efficaces et favoriser le développement d'ententes et d'incitations financières.

Tout programme de promotion, prévention ou gestion de maladies chroniques soutenu par l'Agence doit avoir des indicateurs de suivi et de résultats en vue d'être monitoré dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.

De plus, les nouveaux projets pilote de gestion des maladies chroniques doivent tous, avant leur démarrage, être approuvés par le Comité consultatif montréalais sur les maladies chroniques de l'Agence, puis par le Comité de coordination local du CSSS.

Le modèle de prestation de soins et services

Le modèle de prestation de soins et services implique une intégration des activités de promotion, de prévention et de gestion en un continuum fluide à travers lequel peuvent naviguer les personnes en fonction de leurs besoins de santé et de bien-être. Les CSSS doivent notamment exercer un leadership fort pour rassembler tous les acteurs autour de la problématique des maladies chroniques.

À ce titre, plusieurs des actions de santé publique se font en collaboration étroites avec des partenaires de la communauté. Des mécanismes sont également prévus pour mieux arrimer les services de prévention et de gestion des maladies chroniques en milieu clinique (ex. formulaires de références commun). Le système de prévention clinique se veut en outre un modèle d'organisation des services de prévention mettant en réseau les professionnels et les médecins de la 1^{re} ligne avec des ressources spécialisées en prévention et en saines habitudes de vie.

L'architecture des programmes cliniques de gestion propose une organisation interdisciplinaire spécialisée, hiérarchisée, et dédiée aux programmes de prise en charge de la maladie. La composition de l'équipe des programmes cliniques est souple et peut être modifiée pour répondre aux besoins particuliers du patient. Le rôle, les responsabilités et les tâches de chacun des intervenants (professionnels et médecins) sont précisés.

Pour chacune des maladies chroniques ciblées, le processus clinique, en plus d'être clair et harmonisé localement et régionalement, est connu de tous les acteurs. Il comprend une séquence préétablie et étalée sur une période définie de deux à trois ans. Des outils cliniques, tels qu'un formulaire de référence au programme, sont conçus et standardisés pour l'ensemble des CSSS de Montréal.

Des corridors d'accès sont établis avec les équipes de 2^e ligne et les milieux cliniques de 1^{re} ligne, en conformité avec le continuum de soins. Les critères de référence en clinique spécialisée de 2^e et 3^e lignes médicales sont définis par l'équipe de médecins-conseils de l'Agence et approuvés par des médecins omnipraticiens et spécialistes des CSSS.

Le soutien à la décision

Dans le cadre du modèle étendu, le soutien à la décision ne se borne pas à la sphère clinique et s'étend à l'évidence disponible sur les stratégies de promotion de la santé ainsi que sur les meilleures pratiques en prévention et en gestion des maladies chroniques.

Les données probantes en promotion, en prévention et en gestion sont diffusées aux partenaires d'interventions.

Des guides de pratique et les lignes directrices sont mis à la disposition des intervenants, professionnels et médecins. Des programmes de formation continue leurs sont aussi offerts afin d'assurer la compétence des intervenants du SPC et des équipes de programmes en gestion des maladies chroniques. Le leadership des équipes régionales de la DSP, de médecins omnipraticiens et de spécialistes de l'Agence et des CSSS au sein des équipes de travail facilite la mise à jour des connaissances.

Pour les programmes cliniques déployés en CSSS, le matériel didactique pour les professionnels, les patients et leur famille, est standardisé et mis à jour par les tables régionales professionnelles. Des mécanismes de référence et de consultation en médecine spécialisée pour les intervenants de 1^{re} ligne sont établis au sein de chaque CSSS, lors de la planification des projets.

Le système d'information clinique

L'accessibilité à des systèmes informationnels permettant d'obtenir et de partager des données cliniques de même que des données populationnelles et environnementales (Ex. Infosmog, Enquête sur la santé des Montréalais, Registre régional des maladies chroniques) est essentielle pour un modèle de prestation de services efficaces.

Au niveau de la santé publique, les portraits de santé de la population, les données sur les inégalités de santé et les données environnementales assurent une planification centrée sur la réalité et les besoins des Montréalais en matière de santé et de bien-être. De l'information sur les milieux cliniques permet également d'ajuster l'offre de soutien aux pratiques cliniques préventives.

Au niveau des programmes cliniques de gestion et du soutien aux milieux cliniques de 1^{re} ligne, l'Agence prévoit des mécanismes permettant la circulation fluide de l'information entre les intervenants de l'équipe et le médecin omnipraticien. Des indicateurs de performance clinique et administrative sont déterminés par l'Agence et les CSSS.

Le soutien à l'autogestion

Un soutien efficace à l'acquisition d'aptitudes personnelles et à l'autogestion a pour but d'aider chaque personne de même que ses proches à prendre des décisions éclairées sur sa santé, à faire des choix selon ses besoins, et à mieux intervenir devant les défis quotidiens de la maladie chronique.

Les campagnes populationnelle (Défis 5-30 Équilibre, Défi j'arrête j'y gagne) de même que les ressources en saines habitudes de vie telles que les CES et les CAT donnent accès à un accompagnement personnalisé axé sur l'acquisition des connaissances et le développement des capacités aux changements de comportement pour améliorer ou maintenir son état de santé.

Les programmes cliniques en maladies chroniques intègrent aussi une forte composante d'enseignement à l'autogestion de la maladie. Cette composante a pour

but de prévenir et de réduire les complications, à court et à long terme, ainsi que les symptômes de la maladie. Diverses stratégies sont utilisées pour favoriser l'autogestion, dont le développement d'outils et de ressources d'autogestion de la maladie (plan d'action en MPOC, fiches d'enseignement sur le diabète élaborée en collaboration avec Diabète Québec, etc.). L'Agence évaluera également la faisabilité de développer un programme de soutien à l'autogestion des soins («Vivre en santé avec une maladie chronique») fondé sur le modèle de Stanford ^[45].

Créer des environnements sains

Vu l'influence significative qu'exerce l'environnement sur le comportement et le bien-être des individus, la création d'environnements sains a pour but de mettre en place des conditions de vie ou de travail qui sont favorables à des modes de vie sains et équilibrés.

Les stratégies environnementales de l'Agence sont déployées conjointement avec des partenaires locaux et régionaux pour favoriser l'accès à un logement adéquat, le développement de pistes cyclables sécuritaires, un système de transport public efficace, une meilleure qualité de l'air, un aménagement urbain favorable à la santé, etc.

Développer des politiques saines

Les stratégies pour le développement de politiques publiques saines telles que des politiques alimentaires en milieu scolaire ou une réglementation adéquate en matière d'aménagement urbain combinent différentes approches : des représentations scientifiques, des activités d'influence auprès des décideurs régionaux et locaux, la promotion de modèles organisationnels de 1^{re} ligne performants, etc.

Le développement de politiques qui favorisent la santé et le bien-être visent également, tout comme la création d'environnements sains et le renforcement de l'action communautaire, la réduction des inégalités sociales de santé.

Renforcer l'action communautaire

Les liens formels entre le système de santé et les ressources de la communauté, de même que l'autonomisation des communautés, ont un impact définitif sur les déterminants environnementaux et comportementaux des maladies chroniques ainsi que sur la mise en place de conditions favorables à la santé. L'Agence interpelle,

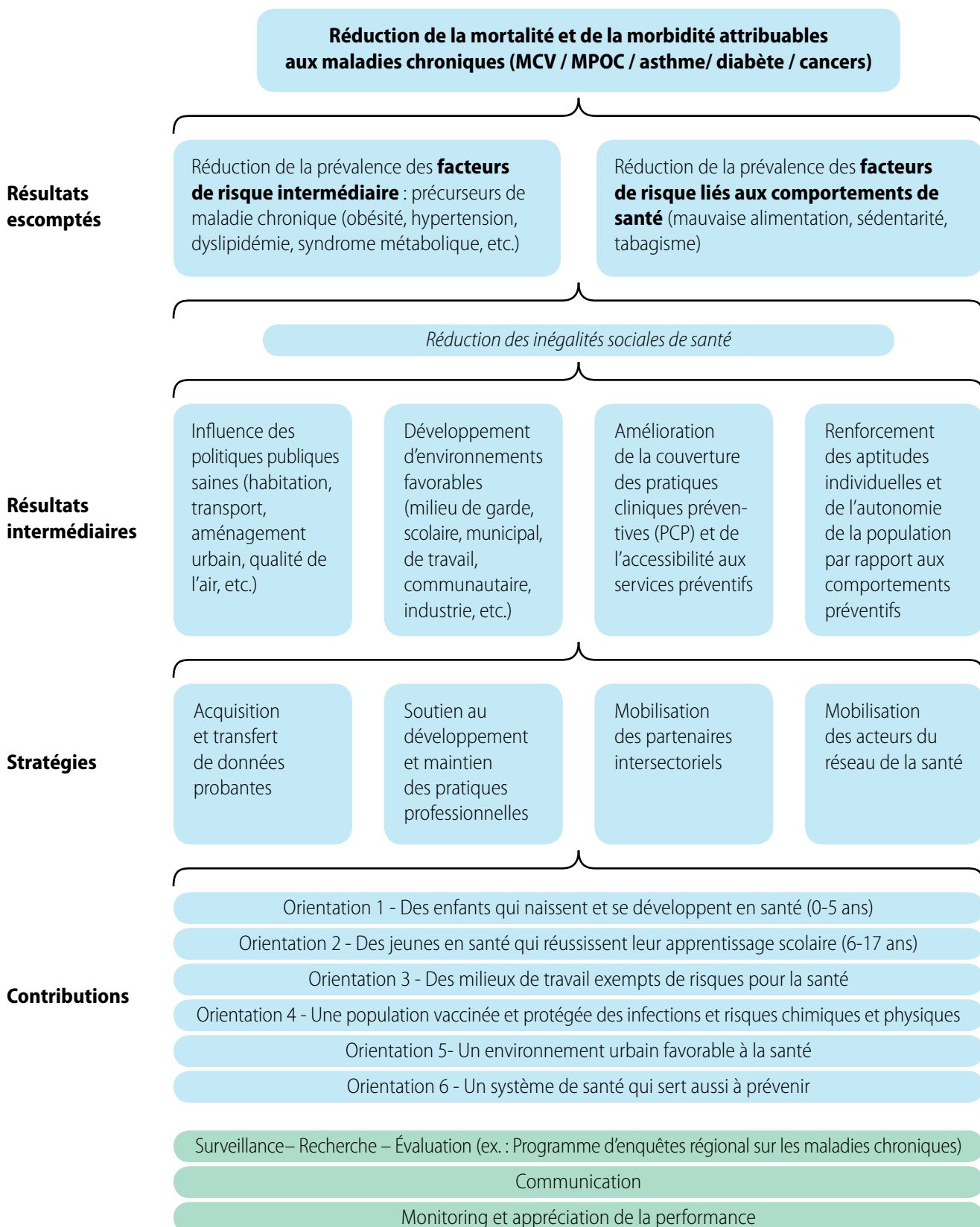
mobilise et soutient les acteurs communautaires dans la mise sur pied de mécanismes de participation citoyenne, d'initiatives visant à améliorer le bien-être des communautés, d'activités d'éducation populaire, et d'actions d'influence intersectorielles concertées.

Plusieurs projets ou activités développés visant à créer des environnements favorables et des politiques publiques saines sont réalisés par les acteurs communautaires et intersectoriels avec le soutien de l'Agence.

La planification des programmes cliniques de gestion des maladies chroniques se fait aussi conjointement avec des associations de patients, telles que Diabète Québec des organismes locaux, tels que les YMHA et les YMCA afin d'assurer la globalité et la continuité des interventions.

Annexe II :

Actions de la Direction de santé publique pour la prévention des maladies chroniques



Source : Direction de la santé publique de Montréal, 2011

Planification et mise en œuvre d'un programme de gestion des maladies chroniques

Régionalement, la Direction des affaires médicales et universitaires de l'Agence et son équipe de médecins-conseils :

- détermine les clientèles cibles en 1^{re} ligne médicale;
- établit des suggestions de critères de référence en 2^e et 3^e lignes;
- détermine la composition de l'équipe interdisciplinaire;
- élabore la programmation du projet pilote. Cette programmation, basée sur des données probantes et des consensus d'experts, comprend les modalités de suivi par le médecin omnipraticien et le médecin spécialiste, s'il y a lieu, en plus de celles des membres de l'équipe interdisciplinaire;
- détermine la séquence des interventions et précise le rôle, les responsabilités et les tâches de chacun des intervenants (professionnels et médecins);
- conceptualise des outils de gestion à l'intention des chargés de projet du CSSS, dont un fichier d'évaluation des besoins en ressources humaines, nécessaires au suivi des patients inscrits au programme, ainsi qu'un modèle de rédaction de projet pour aider les gestionnaires du CSSS dans la planification d'un programme en prévention et gestion des maladies chroniques;
- conceptualise des outils cliniques, tels qu'un formulaire de référence au programme, standardisé pour l'ensemble des CSSS à Montréal, ainsi que du matériel didactique harmonisé régionalement pour les professionnels, les patients et leur famille. L'Agence s'assure de la mise à jour de ces outils en consultant les Tables régionales de professionnels et le Comité consultatif montréalais sur les maladies chroniques;
- agit à titre d'agent « mobilisateur » auprès des médecins omnipraticiens et des professionnels prestataires de soins, en participant à l'élaboration des activités de formation sur les thèmes associés aux maladies chroniques et en accompagnant, au besoin, les membres de l'équipe interdisciplinaire du CSSS lors des activités de diffusion et de promotion des projets;
- sélectionne les indicateurs de performance et définit la procédure, en lien avec le suivi des indicateurs cliniques et administratifs.

L'Agence de Montréal invite ensuite les CSSS à poser leur candidature, pour mettre en place un projet pilote en maladies chroniques.

Chaque projet comporte trois étapes :

1. La planification comprend les activités requises jusqu'au dépôt du projet à l'Agence;
2. La mise en œuvre comprend les activités du dépôt du projet jusqu'à l'inscription du premier patient;
3. L'évaluation débute à l'inscription du premier patient au programme.

Localement, le CSSS sélectionné par l'Agence identifie un porteur de dossier ou un chargé de projet. Une série d'activités sont requises pour la planification et la mise en œuvre d'un projet par le CSSS.

Planification

Le CSSS devra :

1. Mettre en place un comité de coordination local impliquant, entre autres, un médecin omnipraticien représentant la première ligne médicale et un médecin spécialiste, dont la formation est en lien avec la maladie chronique ciblée. La participation des médecins de 1^{re} ligne est essentielle à la réalisation d'un projet. L'implication précoce de médecins de 1^{re} ligne dans l'élaboration même du programme et au sein du CCL de chacun des CSSS facilitera l'obtention de la collaboration des médecins de 1^{re} ligne au projet.
2. Dresser un état de situation de l'offre de services actuelle :
 - Portrait de l'utilisation des services de santé par les personnes du CSSS souffrant de la maladie chronique ciblée, à partir des documents produits par la DSP et l'INSPQ;
 - Portrait des personnes du territoire/prévalence;
 - Évolution du suivi ambulatoire, des hospitalisations et des visites à l'urgence.
 - Portrait de l'utilisation des services de santé par les personnes du CSSS souffrant de la maladie chronique ciblée, à partir des documents produits par la DSP et l'INSPQ.

- Portrait de l'organisation médicale en 1^{re} ligne;
 - Nombre et types de cliniques sur le territoire (UMF, GMF, clinique-réseau, clinique-réseau intégrée, cabinets privés);
 - Nombre d'omnipraticiens ETP;
 - Type de pratique (solo, groupe, etc.).
 - Services offerts en 1^{re} et 2^e ligne et trajectoires de soins (centre de jour, hôpital de jour, centre d'enseignement, clinique spécialisée, programmes de réadaptation, etc.).
 - Services offerts en promotion de la santé et pratiques cliniques préventives : Centre d'éducation pour la santé et Centre d'abandon du tabagisme.
 - Liens avec les organismes communautaires et associations de patients.
3. Faire approuver les clientèles cibles en 1^{re} et 2^e ligne médicale, les critères de référence en clinique spécialisée et les processus cliniques (séquence des interventions) par les médecins du Comité de coordination local.
 4. Adopter des indicateurs cliniques sélectionnés par l'Agence et des indicateurs administratifs définis par l'Agence et le CSSS.
 5. Estimer le volume de la clientèle et les ressources humaines requises.
 6. Mettre en place un mécanisme permettant la circulation fluide de l'information entre les intervenants de l'équipe et le médecin omnipraticien.
 7. Identifier des corridors de services entre le CSSS et l'hôpital de première instance
 - Établissement des modalités d'accès aux services de 2^e et 3^e lignes;
 - Établissement des modalités d'accès au plateau technique, si requis.
 8. Identifier un site et des locaux du CSSS pour les rencontres individuelles et en groupe avec les patients.
 9. Faire approuver le projet clinique par le comité de coordination local.
 10. Déposer le projet à la DACMU de l'Agence.

Mise en œuvre

Le CSSS devra :

1. Identifier ou embaucher les ressources humaines nécessaires à la mise en place des équipes cliniques spécialisées;
2. Mettre en place un comité de travail pour la mise à jour des outils cliniques. Il sera essentiellement composé de cliniciens qui participeront aux programmes de gestion des maladies chroniques et, au besoin, de représentants de la DACMU. Le comité de travail clinique devra :
 - favoriser les échanges sur le plan clinique entre les différents membres;
 - élaborer ou mettre à jour des outils cliniques;
 - élaborer des mécanismes de référence fluides entre les 1^{re} et 2^e lignes médicales;
 - élaborer, si requis, un système d'ordonnance collective pour l'ensemble des intervenants du territoire.
3. Développer des stratégies et des outils de communication, destinés aux médecins omnipraticiens, lors de la campagne de diffusion et de promotion du programme de gestion interdisciplinaire en maladies chroniques. Cette promotion se fera par des rencontres organisées dans les cliniques de 1^{re} ligne, au cours desquelles le médecin spécialiste et/ou le médecin omnipraticien du CCL, en collaboration avec le responsable médical de chacune des cliniques, présentera le projet et sollicitera la collaboration des médecins.
4. Évaluer les besoins en formation des prestataires de soins (professionnels et médecins omnipraticiens).
5. Déterminer la date du début du projet.

Pour mettre en place un projet, le CSSS devra intégrer les ressources et les services, notamment les services préventifs, en plus d'assurer une harmonisation des pratiques et outils cliniques au sein de son organisation.

Le CSSS doit également décrire les constats et les lacunes de l'offre de services actuelle, en fonction des six éléments du CCM-E. S'il y a lieu, le CSSS peut également présenter les enjeux, en lien avec la réalisation d'un projet en prévention et gestion des maladies chroniques.

Certains facteurs sont des éléments facilitants pour mettre en œuvre des programmes :

- un chargé de projet engagé et soutenu par les instances locales du CSSS;
- l'appui au projet par le CMDP du CSSS et la table locale du DRMG, ainsi que des associations professionnelles (AMOM/FMOQ et FMSQ);
- un médecin spécialiste impliqué, afin d'assurer un rôle de chef clinique;
- des milieux de pratique où la majorité des médecins omnipraticiens sont regroupés dans des cliniques-réseau ou en GMF;
- les ressources professionnelles requises (nutritionnistes, kinésiologues, pharmaciens, infirmières, travailleurs sociaux ou psychologues, etc.) déjà disponibles dès la planification du projet;
- un financement suffisant, afin de permettre l'embauche des professionnels requis, s'il y a lieu;
- une culture d'amélioration de la qualité et de remise en question continuelle, afin de faciliter les changements de pratique qu'impliquent ces nouvelles façons de faire.

Recommandations d'experts relativement à la mise sur pied de nouveaux programmes cliniques en gestion des maladies chroniques

Prédiabète

La prévalence du prédiabète demeure inconnue au Canada. Des données australiennes montrent que le prédiabète toucherait jusqu'à 16,4% de la population adulte de 25 ans et plus, suggérant que la proportion serait similaire au Canada^[46]. On estime qu'approximativement 50% des personnes pré-diabétiques deviendront des personnes diabétiques sur 10 ans^[47]. Il a été démontré que la modification des habitudes de vie (alimentation, sédentarité, tabagisme) chez les personnes prédiabétiques diminue d'environ 60% le risque d'évolution vers le diabète après 3 ou 4 ans^[47].

Diabète

La croissance du diabète est alarmante; l'Organisation mondiale de la santé parle de véritable épidémie. Le diabète cause une véritable cascade de problématiques de santé : maladies cardiovasculaires (deux à trois fois plus que chez les personnes non-diabétiques), cécité (première cause chez les adultes de moins de 65 ans), amputations (50 % des amputations d'origine non traumatique), insuffisance rénale (première cause de dialyse). La maladie coronarienne demeure la principale cause de mortalité chez les personnes diabétiques, pouvant ainsi réduire leur espérance de vie de près de 15 ans. Près de 80 % des personnes diabétiques de type 2 décèdent d'une complication cardiovasculaire et bon nombre des complications propres au diabète sont attribuables à l'hypertension artérielle. L'hypertension artérielle est approximativement deux fois plus fréquente chez les personnes diabétiques et elle précède souvent le développement du diabète^[48].

Dépistage de la rétinopathie diabétique au Québec

La rétinopathie est une maladie à forte prévalence chez les personnes diabétiques. Elle est souvent totalement asymptomatique jusqu'à l'apparition des complications. Il existe des traitements pour prévenir sa progression et réduire le risque de cécité. L'efficacité du traitement est plus grande lorsque le diagnostic est posé tôt et qu'il est administré en temps opportun. Après analyse des données probantes, des expériences existant ailleurs et du contexte actuel au Québec, l'INESS conclut dans son rapport sur le dépistage de la rétinopathie diabétique au Québec, que la mise en place d'un programme de dépistage de la rétinopathie diabétique est pertinente et

faisable au Québec. L'INESS recommande que les Agences, en collaboration avec les RUIS et leurs centres d'expertise, coordonnent l'implantation graduelle du dépistage systématique de la rétinopathie diabétique, par caméra non mydriatique, auprès des personnes diabétiques âgées de 12 ans et plus, en plus d'assurer la coordination des aspects organisationnels de dépistage, en utilisant les corridors de soins intégrés existants^[49].

Dépistage de la neuropathie diabétique et prévention des lésions du pied diabétique

Une polynévrite sensitivomotrice décelable survient dans les dix ans suivant l'apparition du diabète chez 40 à 50 % des personnes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2 et peut être présente au moment du diagnostic de diabète de type 2. Le sous-diagnostic de la neuropathie est un problème fondamental des soins primaires des personnes diabétiques. Les lésions du pied diabétique et les amputations sont des séquelles importantes et coûteuses de la neuropathie diabétique. Une bonne gestion exige une démarche interdisciplinaire. Elle peut prévenir ou guérir les lésions du pied diabétique et réduire considérablement le taux d'amputations. Les comités d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète (2008) recommandent, entre autres, le dépistage systématique de la neuropathie périphérique et l'examen régulier des pieds^[50].

Réadaptation cardiaque

Dans son rapport sur la Prévention secondaire et réadaptation cardiaque, le groupe d'experts du Réseau québécois de cardiologie tertiaire recommande d'offrir des programmes de prévention secondaire et de réadaptation cardiaque dans toutes les régions du Québec. Les économies potentielles générées par un programme national de prévention secondaire seraient considérables, si on inclut les patients après syndrome coronarien aigu et ceux qui ont subi une angioplastie coronarienne ou une chirurgie cardiaque. Des économies additionnelles seraient obtenues, si on ajoutait les patients avec insuffisance cardiaque. Ces programmes devraient être en mesure de stratifier le risque après un événement cardiaque selon les normes reconnues et d'identifier et traiter tous les facteurs de risque cardiovasculaires, en misant prioritairement sur les modifications des habitudes de vie^[51].

Gestion de la MPOC

La mortalité due à la MPOC augmente à un taux épidémique. Première cause d'hospitalisation et troisième cause de décès au Canada, la MPOC constitue un lourd fardeau pour les patients et le système de santé. La prévalence est largement sous-estimée actuellement. Environ 70 % des patients atteints de MPOC sont sous-diagnostiqués, dû à un manque de connaissance de la maladie de la part des médecins et du grand public et de la sous-utilisation de la spirométrie. Dans son rapport sur la Réadaptation pulmonaire et MPOC ... Une évidence, paru en 2008, le Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM) recommande une gestion intégrée de la MPOC (incluant la réadaptation pulmonaire) qui pourrait, dans un territoire donné, faire l'objet d'un projet clinique spécifique ou faire partie d'un projet clinique intégré en maladies chroniques. Le RQAM recommande également l'utilisation systématique du programme Mieux vivre avec une MPOC, comme outil d'autogestion et d'éducation^[52].

Gestion de l'asthme

L'asthme est un problème de santé courant au Canada, qui touche environ 6 % des adultes et 12 % des enfants et adolescents. Cette maladie impose toujours un lourd fardeau au système national de santé, réduit la productivité et influe sérieusement sur la qualité de vie des asthmatiques et de leur famille. S'il est vrai que les taux de mortalité ont baissé dans les années 1980 et 1990, les données épidémiologiques et celles sur l'hospitalisation donnent à penser que la prévalence de l'asthme continue de progresser. La Conférence canadienne de consensus sur l'asthme a élaboré des lignes directrices pour la pratique clinique, fondées sur les recherches disponibles. Une application uniforme des lignes directrices pour la pratique clinique, portant sur le diagnostic, ainsi que l'utilisation des médicaments appropriés, les plans d'auto gestion, l'éducation et le suivi mènerait à une meilleure gestion de l'asthme parmi la population. De récentes études canadiennes semblent indiquer qu'il y a un écart entre les mesures recommandées dans les lignes directrices et la pratique réelle dans tous les domaines visés par les lignes directrices^[53].

Gestion de l'ostéoporose et des fractures de fragilisation

L'ostéoporose constitue, après le cancer et les maladies cardiaques, le troisième plus important problème de santé physique au Québec. Les résultats de l'étude ROCQ (Reconnaître l'ostéoporose et ses conséquences au Québec) révèlent que 80 % des cas de fractures, rapportés chez les femmes de 50 ans et plus, étaient directement

liés à l'ostéoporose et 80 % de ces femmes n'ont jamais été diagnostiquées ni traitées pour cette maladie (Étude ROCQ 2008). Sans traitement, les patients avec une fracture sont considérés à risque extrêmement élevé d'en subir une autre. L'impact sur le système de soins de santé est important et les coûts sur l'ensemble de la société sont considérables. Les fractures ostéoporotiques sont liées à une hausse de la durée de l'hospitalisation et au taux accru des cas placés en établissement. Le Livre blanc « Vers un avenir sans fractures » lancé par Ostéoporose Canada en 2011 démontre la nécessité d'avoir des programmes coordonnés de soins post-fracture, pour identifier et traiter les patients ayant subi une fracture de la hanche, de la colonne et d'autres fractures ostéoporotiques^[54;55].

Gestion de l'ostéoarthrose/ostéoarthrite

L'arthrose est la forme d'arthrite la plus courante. La maladie limite l'activité quotidienne et la qualité de vie. Elle perturbe la productivité au travail et représente un lourd fardeau socioéconomique. La prolifération croissante de l'obésité au Canada, conjuguée au vieillissement de la population présagent une hausse considérable de la prévalence de l'arthrose au cours des prochaines années. Les quatre piliers du traitement sont la réduction de la douleur, le maintien et l'amélioration de la mobilité articulaire, le contrôle de l'incapacité fonctionnelle et l'amélioration de l'autogestion.

Gestion de la douleur chronique non cancéreuse

Dans son rapport sur la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse, l'INESSS conclut que la douleur chronique doit être considérée comme une entité pathologique chronique à forte prévalence et, de ce fait, comme une priorité dans l'allocation des ressources de santé. Il y a actuellement pénurie de services de santé adéquats au Québec pour les patients souffrant de douleur chronique. Les structures et les services de première ligne doivent être organisés de façon à ce que le diagnostic et le traitement de la douleur chronique puissent être établis à temps. Les services spécialisés doivent être réservés aux cas plus complexes de douleurs persistantes réfractaires. Les guides de pratique clinique canadiens sur la gestion de la douleur chronique préconisent le modèle interdisciplinaire à tous les niveaux du système de santé. Un projet pilote, chapeauté par un RUIS, pourrait constituer le point de départ de la réorganisation des services destinés aux patients souffrant de douleur chronique^[56].

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

Québec

