



UNIS
dans TOUS les
SENS

Ma santé à vie 2009-2012

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

pour S'ALIMENTER

pour S'ÉPAULER

pour VOIR LOIN

pour TENDRE L'OREILLE

pour AVOIR DU FLAIR

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

Québec

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

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

Secrétariat
Suzanne Blais
Élaine Savard

Dépôt légal - 2011
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN 978-2-89340-232-1 (version imprimée)
ISBN 978-2-89340-233-8 (PDF)

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

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

« *MA SANTÉ À VIE* »

PROJET
de prévention et de gestion intégrée des maladies chroniques

26 avril 2010

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
PARTIE 1 — LES FONDEMENTS DU PROJET	9
LIENS AVEC LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES PROVINCIALES	9
MODÈLES THÉORIQUES	11
a) <i>Le Modèle intégré de lutte aux maladies chroniques (Chronic Care Model)</i>	11
b) <i>Le modèle de « Kaiser Permanente »</i>	12
LES MALADIES CHRONIQUES CIBLÉES ET FACTEURS DE RISQUES ASSOCIÉS	13
<i>Les maladies cardiovasculaires (MCV)</i>	13
<i>L'hypertension</i>	14
<i>Le diabète</i>	15
<i>La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</i>	16
<i>L'insuffisance rénale</i>	17
LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUES MODIFIABLES DE CERTAINES MALADIES CHRONIQUES	17
<i>L'obésité</i> 17	
<i>Le syndrome métabolique</i>	18
<i>Le tabagisme</i>	19
<i>La sédentarité et l'alimentation inadéquate</i>	19
<i>La consommation d'alcool</i>	21
SITUATION ACTUELLE EN MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	21
<i>Les principaux facteurs de protection</i>	22
CONCLUSION	22
PARTIE 2 — MANUEL D'ORGANISATION DU PROJET « MA SANTÉ À VIE »	22
CLIENTS DU PROJET	22
STRUCTURE DE GOUVERNE	23
OBJECTIFS GLOBAUX DU PROJET	23
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	24
RÉSULTATS ATTENDUS :	24
STRUCTURE D'IMPLANTATION	25
RÔLES ET RESPONSABILITÉS	27
a) <i>Mandat de l'équipe interdirections de l'Agence</i>	27
b) <i>Mandat de la chargée de projet régionale</i>	27
c) <i>Mandat des directeurs de santé physique</i>	28
d) <i>Mandat des directeurs en santé publique</i>	28
e) <i>Mandat des chargées de projet locales</i>	28
f) <i>Mandat des agents de promotion des pratiques cliniques préventives</i>	29
g) <i>Les agents de promotion des pratiques cliniques préventives devront :</i>	30
h) <i>Mandat des comités locaux</i>	31
i) <i>Mandat des comités d'experts</i>	31
LES INTERFACES DANS LES ORGANISATIONS PARTICIPANTES	31

<i>Les autres parties prenantes au projet</i>	32
LES CONTRAINTES, ÉLÉMENTS FACILITANT ET LES CONDITIONS DE RÉUSSITE.....	32
<i>Les contraintes :</i>	32
<i>Éléments facilitants :</i>	33
<i>Conditions de réussite :</i>	33
PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICES EN MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	34
<i>Promotion-prévention</i>	34
<i>Dépistage et investigation</i>	36
<i>Accès, prise en charge et autogestion</i>	36
<i>Qualité des services et des soins</i>	37
<i>Liens avec la communauté</i>	37
<i>Gestion intégrée des services</i>	37
<i>Première ligne médicale</i>	38
PLANIFICATION STRATÉGIQUE	39
<i>Volet 1 Programme d'éducation à la santé « Ma santé à vie »</i>	39
<i>Volet 2 Suivi intégré des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</i>	39
<i>Volet 3 Système de gestion de base de données</i>	39
<i>Volet 4 Autogestion de la maladie</i>	39
LES LIVRABLES DU PROJET :	40
MONTAGE FINANCIER.....	41
ÉTAPES FRANCHIES	41
ENGAGEMENTS CLINICO-ADMINISTRATIFS 2009-2012.....	42
LES INDICATEURS MESURABLES.....	42
<i>Volet 1 Programme d'éducation à la santé « Ma santé à vie »</i>	42
<i>Volet 2 Suivi intégré des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</i>	43
CONCLUSION	44
ANNEXE 1 - ÉVALUATION "ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE (ACIC)"	46
REMERCIEMENTS	56
BIBLIOGRAPHIE	56

INTRODUCTION

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

Vous trouverez en première partie de ce document les fondements de base et informations à partir desquels nous avons organisé ce projet. En deuxième partie, vous trouverez les détails du portrait de l'offre de services ainsi que la charte de projet.

Les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaires, souffrant de diabète, d'insuffisance rénale, de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et de maladie cardiovasculaire incluant l'hypertension ont été ainsi ciblés. Il a été démontré que d'agir en prévention et dès l'apparition de la maladie, ainsi que tout au long de son évolution de façon concertée, retarde l'apparition des complications. En effet, en 2003 il a été évalué que plus de 250 décès et 2 700 hospitalisations par année auraient été évitables dans notre région.¹

¹ Rapport du directeur de santé publique de la Mauricie et Centre-du-Québec, 2003. « Orientations régionales relatives à la répartition des crédits de développement et de réallocation 2008-2009 » Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

PARTIE 1 — LES FONDEMENTS DU PROJET

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

L'importance et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, associées au vieillissement de notre population et à la pénurie de ressources, nous forcent à prendre une stratégie collective, afin de répondre aux besoins des patients atteints. Les approches favorisées comprennent deux stratégies :

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

« De manière générale, de telles approches misent sur une forte organisation des services de santé au niveau de la première ligne. Elles favorisent le travail en équipe interdisciplinaire de même que la responsabilisation du patient dans la gestion de sa maladie. Enfin, elles privilégient également des partenariats avec les organismes communautaires et socioéconomiques présents dans la collectivité. »²

LIENS AVEC LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES PROVINCIALES

Ce projet est en lien avec les orientations stratégiques du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence en visant une clientèle qui requiert 70 % des services et qui représente un fardeau financier important. Le Ministère propose six grandes orientations en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques dans sa *Stratégie de prévention et de gestion de maladies chroniques - Plan d'action 2008-2013*. Ce projet adhère aux mêmes orientations :

- 1) La poursuite des efforts pour l'adoption de saines habitudes de vie;
- 2) La détection précoce des personnes à risques ou atteintes de maladies chroniques;
- 3) L'aide aux personnes et à leurs proches afin de leur permettre de connaître et de prendre en charge leur état de santé;
- 4) Un suivi adapté aux besoins des personnes atteintes, qui mise sur le travail d'équipe et l'interdisciplinarité;

² Aucoin, Léonard, « Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois », mars 2005.

- 5) Des pratiques cliniques qui évoluent en s'appuyant sur les données probantes;
- 6) L'implication de la communauté et des autres secteurs d'activités.

Les impacts des maladies chroniques sur les personnes affectent aussi toutes les sphères de leur vie. Il est illusoire de penser que les services sociaux et de santé peuvent améliorer à eux seuls et complètement la qualité de vie des personnes atteintes. Les communautés ont aussi leur rôle à jouer, soit pour créer des environnements favorables à la santé, soit pour aider les personnes atteintes dans leur vie de tous les jours et ce, dans des perspectives de soutien et d'entraide.

Que ce soit les municipalités, les milieux d'enseignement, les milieux de travail ou les groupes d'entraide, tous ont le potentiel d'agir et d'apporter des solutions concrètes en matière de prévention, de soutien et d'entraide pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Il y a aussi lieu de miser sur la contribution des groupes ou des associations de patients en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques. Ces groupes apportent du soutien aux personnes atteintes et à leurs proches, notamment en offrant des informations concrètes et des outils pratiques pour favoriser l'autogestion de la maladie au quotidien.

« La stratégie d'action proposée s'appuie sur l'expérience développée au Québec et ailleurs, de même que sur les attentes exprimées lors de récentes consultations auprès des personnes atteintes de maladies chroniques et d'intervenants œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux. La finalité poursuivie est de mettre en œuvre des actions structurantes pour soutenir les efforts des personnes atteintes, des milieux cliniques et des communautés.

Les personnes atteintes de maladies chroniques sont conscientes du rôle important qu'elles ont à jouer pour gérer leur état de santé. Par contre, elles se sentent souvent perdues et laissées à elles-mêmes, que ce soit en raison du manque d'information, de l'accès parfois difficile aux services ou au manque de coordination entre les intervenants. Ces personnes doivent être soutenues par des actions qui s'inscrivent dans une vision globale du continuum de services, qui mettent l'emphasis sur la personne et sa capacité d'agir pour prévenir ou éviter la détérioration de sa condition.

Le caractère évolutif et souvent complexe des maladies chroniques pousse les cliniciens à revoir leur façon de travailler. Aujourd'hui, les professionnels ne veulent pas et ne peuvent plus travailler en vase clos. Conscients des changements de pratique qui s'imposent, les cliniciens estiment toutefois qu'ils doivent être soutenus par des modes appropriés d'organisation et de fonctionnement qui favorisent le travail d'équipe interdisciplinaire et le regroupement d'expertise par niveau de services.

Plusieurs milieux locaux et régionaux ont déjà pris l'initiative de mettre en place des projets innovants pour mieux prévenir, agir précocement ou mieux traiter les maladies chroniques. Ces projets, qui interpellent parfois un ensemble d'organisations provenant de la communauté, sont souvent méconnus en dehors des milieux qui les ont créés. Ces initiatives doivent aussi être soutenues pour donner le souffle à ces leaders œuvrant aux niveaux local, régional et suprarégional afin qu'ils poursuivent ce qu'ils ont amorcé.

Le Québec n'est pas seul à devoir relever les défis qu'impliquent les maladies chroniques. Les autres systèmes de santé occidentaux sont confrontés aux mêmes enjeux. Ainsi, les experts sont d'avis qu'il faut agir en s'appuyant sur les enseignements de ce qui a déjà été expérimenté ici même au Québec, dans le reste du Canada et dans les autres pays. Parmi les clés du succès qu'ils identifient, une gestion active du changement qui mise sur l'accompagnement des milieux cliniques à adopter les meilleurs standards de pratique fondés sur des données probantes, un leadership clinique fort et des actions concertées à tous les niveaux de la gouvernance du système de santé sont autant d'éléments incontournables.»³

MODÈLES THÉORIQUES

Deux modèles théoriques ont été retenus par notre équipe interdirections à l'Agence: le « Chronic Care Model » élaboré par Dr Ed Wagner et le modèle de la « pyramide de Kaiser Permanente ».

Le modèle intégré de lutte aux maladies chroniques définit six domaines devant faire l'objet d'une action structurée pour en venir à une amélioration des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

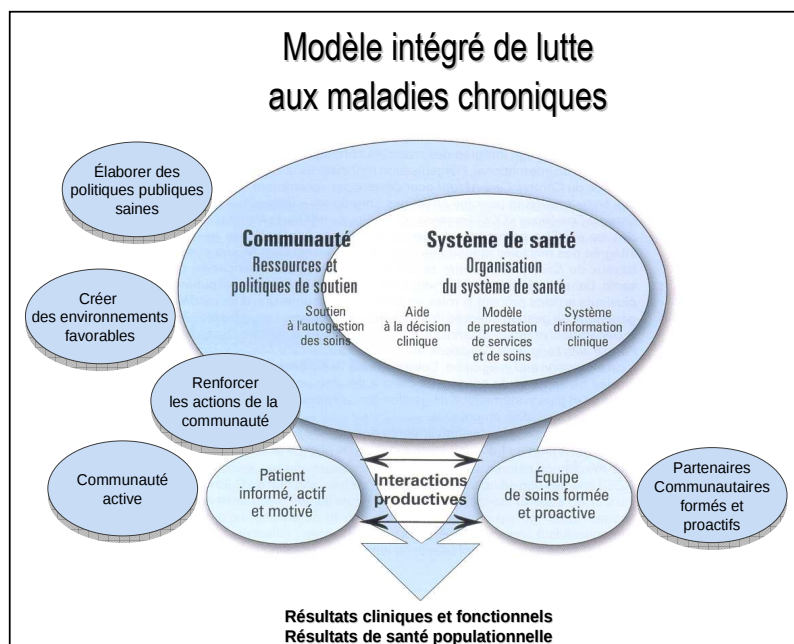
a) Le Modèle intégré de lutte aux maladies chroniques (Chronic Care Model)

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

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

Les systèmes d'information clinique :

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



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

³ Stratégie de prévention et de gestion de maladies chroniques - Plan d'action 2008-2013, MSSS.

L'aide à la décision clinique :

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

L'autogestion des soins :

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

Les ressources de la communauté :

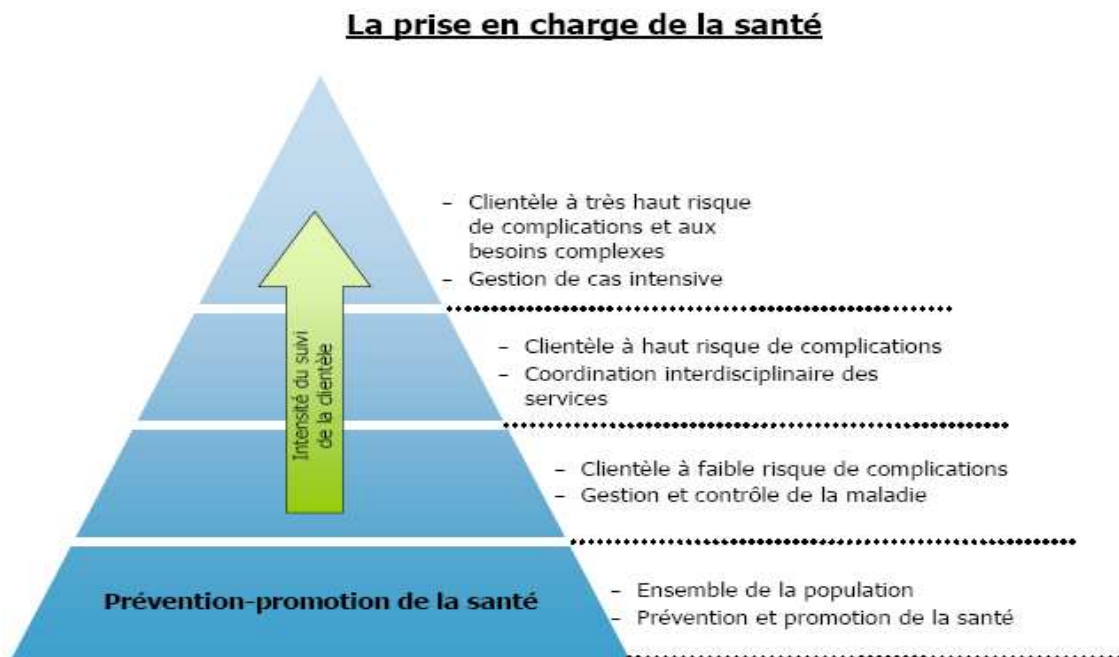
- L'établissement de liens étroits avec les autres ressources.

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

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

b) Le modèle de « Kaiser Permanente »

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



Des investissements dans le bas de la pyramide vers le renforcement des ressources de première ligne constituent une voie privilégiée pour assurer la survie du système de santé. Dans un contexte de vieillissement de la population et de pénurie de ressources professionnelles, des actions intensives et concertées, dès le premier niveau, axées sur l'autogestion et une meilleure gestion de la maladie, appuyées sur une solide base d'actions de prévention/promotion, permettront de retarder l'atteinte des niveaux supérieurs et éventuellement même de réduire l'intensité des services requis aux niveaux 2 et 3. Il s'agit donc d'une approche proactive et préventive plutôt que réactive et non planifiée selon les épisodes de soins aigus nécessités par l'exacerbation de la maladie.

LES MALADIES CHRONIQUES CIBLÉES ET FACTEURS DE RISQUES ASSOCIÉS

Les maladies cardiovasculaires (MCV)

Les MCV sont les maladies qui concernent le cœur et la circulation sanguine. Elles comprennent principalement l'hypertension, la dyslipidémie, l'athérosclérose, l'infarctus, l'insuffisance cardiaque et l'accident vasculaire cérébral. **Les MCV constituent la cause d'hospitalisation la plus importante en 2004-2005 en Mauricie et Centre-du-Québec (21 %).** Voici les constats de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal dans sa publication « ***L'utilisation des services de santé par les Montréalais souffrant d'insuffisance cardiaque en 2003-2004 – Résumé*** »:

En 2003-2004, les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont été très nombreuses à consulter plusieurs fois des médecins et à en consulter plusieurs différents :

- ✓ 56,8 % ont eu dix consultations et plus auprès d'omnipraticiens ou spécialistes;
- ✓ 46,9 % ont vu six omnipraticiens ou spécialistes différents et plus;

- ✓ 13,8 % ont consulté trois omnipraticiens différents et plus;
- ✓ 90,6 % ont consulté un spécialiste au cours de l'année;
- ✓ il y a eu près de quatre fois plus de personnes qui ont consulté uniquement des spécialistes que celles qui ont consulté uniquement des omnipraticiens (19,9 % contre 5,7 %);
- ✓ Toutefois, 3,7 % n'ont vu aucun médecin en milieu ambulatoire.
- 38,1 % n'ont eu aucune consultation avec un cardiologue en 2003-2004.
- Les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont aussi été de grandes utilisatrices de services institutionnels en 2003-2004 :
 - ✓ 77,3 % ont eu au moins un épisode de soins institutionnels (visite à l'urgence ou hospitalisation);
 - ✓ 71,6 % sont allées à l'urgence;
 - ✓ 63,0 % ont été hospitalisées;
 - ✓ Parmi celles qui ont eu au moins un épisode de soins institutionnels, 11,4 % reviennent à l'urgence comme lieu de premier contact avec les services de santé suite à un épisode de soins; chez ces personnes, 55,7 % sont revenues à l'urgence dans un délai de neuf jours et moins.
- Les personnes de 65 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque utilisent environ de trois à quatre fois plus les services institutionnels que les personnes du même âge ne souffrant pas de cette maladie.
- La très grande majorité des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque (89,0 %) sont aussi atteintes d'au moins une des trois maladies suivantes qui sont des facteurs étiologiques de l'insuffisance cardiaque : le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies coronariennes.

Nous n'avons pas de telles données pour notre région, mais il serait intéressant de les obtenir afin de mieux connaître et améliorer le continuum de soins pour cette clientèle.

L'hypertension

Considérée à la fois comme une maladie chronique et comme un facteur de risque pour d'autres maladies, notamment celles associées au système cardiovasculaire et rénal, l'hypertension est souvent qualifiée de «mal silencieux». En 2005, près d'un million de Québécois ont reçu un diagnostic d'hypertension, soit 15,1 % de la population de 12 ans et plus.

Le mauvais contrôle de l'hypertension est donc directement en lien avec les problèmes d'insuffisance rénale et de maladies cardiovasculaires, or voici des faits troublants :

- 50 % des canadiens de plus de 65 ans sont atteints d'hypertension;

- Selon l'OMS la maîtrise sous-optimale de l'hypertension représente un facteur de risque prépondérant de maladie cardiovasculaire et de mortalité;
- 43 % des patients hypertendus ne savent pas qu'ils le sont;
- Seulement 13 % des patients hypertendus traités ont une tension artérielle qui est maîtrisée; ce taux chute à 9% pour les patients diabétiques.

Le diabète

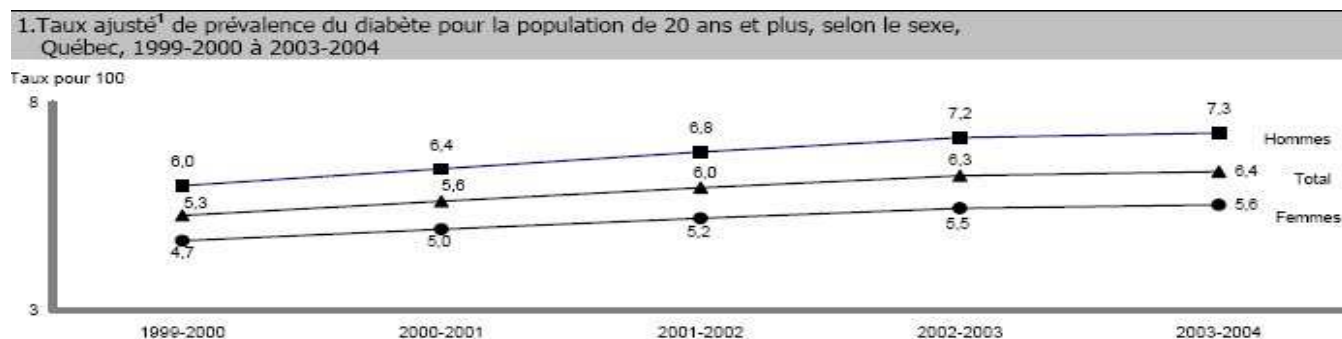
Le diabète est une maladie chronique qui affecte la capacité du corps à produire ou à bien utiliser l'insuline. Le diabète de type 2 affecte 90 % des personnes atteintes. Selon les données 2003-2004 colligées par l'Institut national de santé publique, il y aurait au Québec 376 000 adultes de 20 ans et plus qui seraient diabétiques. Considéré trop souvent comme une condition associée lors du suivi des personnes atteintes de maladies chroniques, le diabète est en fait la cause des nombreux problèmes de santé qui sollicitent les services de santé. Plusieurs décès ou hospitalisations enregistrés ayant pour cause une maladie cardiovasculaire sont en fait causés par le diabète.

Le diabète touche :

- Environ 1 % des 20 à 44 ans;
- Environ 7 % des 45 à 64 ans;
- Près de 20 % des 65 ans et plus.

Diabète Québec estime à **plus de 600 000 le nombre de personnes** qui vivent avec le diabète, soit près de 8 % de la population. De ce nombre, environ 225 000 ne le savent pas. Sans prévention, le diabète continuera à augmenter. Selon l'Organisation mondiale de la santé, **il aura doublé d'ici l'an 2025**. En Mauricie et Centre-du-Québec en 2007, 26 343 personnes de plus de 20 ans avaient reçu un diagnostic de diabète alors qu'en 2000-2001, on en dénombrait 18 520. (Statistique Canada).

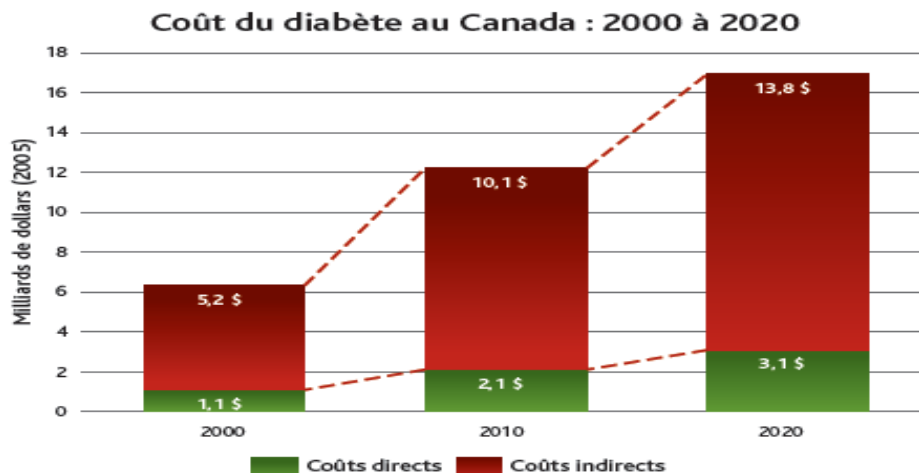
Chez les 12 ans et plus, la proportion de diabétiques au Québec est passée de 3,1 % en 1994-1995 à 8 % aujourd'hui, selon Diabète Québec. L'augmentation de l'obésité ne serait pas étrangère à ce phénomène et le vieillissement de la population devrait aussi contribuer à l'augmentation du nombre de diabétiques.



Source: Statistique Canada

¹Taux ajusté : prévalence ajustée selon l'âge.

L'Association canadienne du diabète dans son dernier rapport « Un tsunami économique; le coût du diabète au Canada, décembre 2009 » parle d'une augmentation brusque des coûts reliés à cette maladie tels qu'illustrés par ce tableau :



Source : Modèle canadien des coûts du diabète

Les études ont démontré que l'amélioration du contrôle de la glycémie, que ce soit à l'aide des médicaments ou par un suivi nutritionnel adéquat et la pratique d'activité physique, ralentit l'évolution de la maladie et l'apparition des complications (maladies cardiovasculaires, néphropathie, neuropathie et rétinopathie) qui représentent des coûts faramineux autant pour notre réseau de la santé qu'en termes de perte de qualité de vie pour le patient. (UK prospective Diabetes Study Group, *The Lancet*, Vol. 352, 1998).

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

La MPOC, essentiellement la bronchite chronique et l'emphysème, cause une obstruction permanente et non complètement réversible des voies aériennes, malgré un traitement médical optimal. On constate un accroissement de la mortalité par MPOC au cours des années 1980 et 1990, le taux ajusté de mortalité étant passé de 31,4 à 42,2 entre 1982-1984 à 1997-1999. La MPOC est en plein essor - des médecins estiment qu'elle sera la troisième principale cause de décès dans le monde d'ici 2020. L'association pulmonaire du Québec estime à **386 000 les personnes atteintes de MPOC au Québec et qu'une personne décède toutes les heures dû à cette cause**. Au Québec, **le taux d'hospitalisation lié à la MPOC est également élevé (1 216 sur 100 000)** et le taux de mortalité est le plus élevé au Canada (40 sur 100 000). Les *Recommandations pour la gestion de la maladie pulmonaire obstructive chronique* (2003) de la Société canadienne de thoracologie indiquent que la MPOC est une maladie largement sous-déclarée et sous-diagnostiquée. De plus, il a été démontré que le traitement adéquat et le suivi précoce des patients atteints ralentissent la perte de la fonction respiratoire et réduit le recours à l'urgence et à l'hospitalisation. Au Québec, le taux de tabagisme a diminué, mais demeure élevé, soit à 22 %.

En Mauricie et Centre-du-Québec, nous avons un taux de mortalité dû à la MPOC 1,3 % plus élevé que le taux provincial qui est de 4,5 %. Nous n'avons que deux CSSS qui offrent la réadaptation cardiorespiratoire.

L'insuffisance rénale

L'insuffisance rénale aiguë est une perte soudaine de la fonction rénale qui, la plupart du temps, résulte d'une maladie, d'une blessure ou d'une toxine. L'insuffisance rénale chronique est plus souvent le résultat d'un long processus insidieux qui conduit à une perte progressive de néphrons en état de fonctionner. **Le nombre de personnes souffrant d'insuffisance rénale terminale a augmenté de 350 % au cours des 20 dernières années.**

L'insuffisance rénale est l'une des conséquences graves que peuvent entraîner le diabète et l'hypertension. En 1999, près du tiers des patients québécois en phase terminale de l'insuffisance rénale étaient diabétiques alors que ce pourcentage n'était que de 20 % en 1989. Cette situation est en constante évolution. Au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, 195 patients étaient inscrits à la clinique d'insuffisance rénale en 2001-2002 dont 25 hémodialysés. En 2007-2008, 445 patients étaient inscrits dont 31 hémodialysés. Une augmentation de 128 % en 6 ans. Il y a actuellement 85 patients hémodialysés.

LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUES MODIFIABLES DE CERTAINES MALADIES CHRONIQUES

Une diminution, même légère de certains facteurs de risque, peut avoir des conséquences très bénéfiques sur la santé de la population. La mesure de ces facteurs de risques permet, jusqu'à un certain point, de prédire l'évolution et la répartition des maladies chroniques, offrant ainsi un levier supplémentaire pour orienter les programmes de prévention et de lutte.

Le cumul de plusieurs facteurs de risques augmente la probabilité de développer une maladie chronique. En considérant cinq facteurs de risques parmi les plus reconnus (hypertension, sédentarité, tabagisme, consommation insuffisante de fruits et de légumes, obésité), nous réalisons que près de 18 % de la population québécoise âgée de 20 à 64 ans présente au moins trois de ces facteurs de risques.

L'obésité

L'obésité est considérée comme une épidémie mondiale par l'OMS et l'augmentation de sa prévalence au Québec s'inscrit dans ce contexte. L'augmentation de la prévalence de l'obésité, chez les jeunes et les adultes, est un phénomène préoccupant, notamment parce que **l'obésité est un facteur de risques important pour développer le diabète de type 2, la cardiopathie coronarienne et l'hypertension.**

Au Québec, le taux d'obésité n'a cessé d'augmenter depuis la fin des années 1980. Il est passé de 8 % en 1987 à plus de 14 % en 2005. Encore plus préoccupant, en 2004, plus de 21 % des jeunes de 14 à 17 ans présentaient de l'embonpoint (14 %) ou de l'obésité (7 %). La situation de la Mauricie se comparerait à celle du Québec. Selon «L'état de santé de la population de la Mauricie et Centre-du-Québec; un portrait sommaire 2006 » le taux d'obésité chez les personnes de 18 ans et plus serait passé à 16 % en 2003. Il est donc primordial de supporter les jeunes à acquérir de saines habitudes de vie.

Le syndrome métabolique

Le syndrome métabolique n'est pas une maladie spécifique, mais désigne la présence, chez un individu, d'un ensemble de signes physiologiques qui accroissent le risque de diabète de type 2, de maladies cardiaques et d'accident vasculaire cérébral. Le symptôme principal est l'obésité abdominale. Le gras intra-abdominal a des effets très néfastes pour la santé et est un précurseur de l'apparition du diabète de type 2. Une étude prospective, ayant porté sur 1 005 hommes finlandais suivis durant 4 ans (sur la base des critères [OMS](#)), a identifié un risque sept fois plus élevé de développer un diabète de type 2 chez ces individus. (Laaksonen et al. Metabolic Syndrome and Development of Diabetes Mellitus: Am J Epidemiol, 2002). Selon la Fédération Internationale du Diabète (IDF) l'obésité abdominale est le facteur principal d'un syndrome métabolique :

Critères	Limites
Tour de taille Descendance européenne : Hommes Femmes N.B. Mesures différent selon le groupe ethnique	≥ 94 cm ≥ 80 cm

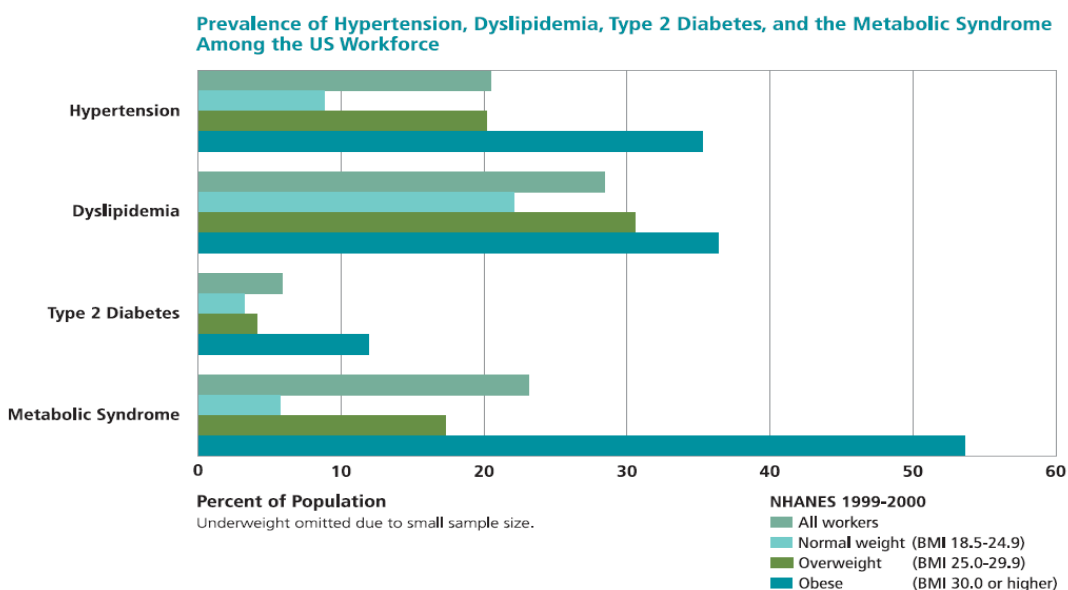
Nous devons retrouver en plus deux des critères suivants :

Critères	Limites
Triglycérides	≥ 1,70 mmol/L
HDL – Cholestérol Hommes Femmes	< 1,04 mmol/L < 1,29 mmol/L
Pression artérielle	≥ 130/85 mm HG
Glycémie à jeun	≥ 5,6 mmol/L

Valeurs particulières du tour de taille selon l'ethnie		
Pays/Groupe ethnique	Tour de taille (mesure de l'obésité abdominale)	
	Hommes	Femmes
Europoïdes (comme les Européens)	≥ 94 cm (37 po)	≥ 80 cm (31 po)
Sud-asiatiques, Chinois	≥ 90 cm (35 po)	≥ 80 cm (31 po)
Japonais	≥ 85cm (33in)	≥ 90cm (35in)
South and Central American	≥ 85 cm (33 po)	≥ 90 cm (35 po)
Ethnies d'Amérique centrale et du Sud	≥ 90 cm (35 po)	≥ 80 cm (31 po)
Ethnies de la Méditerranée orientale	≥ 94 cm (37 po)	≥ 80 cm (31 po)

Le syndrome métabolique est maintenant tellement répandu, qu'on estime que 20 % à 25 % de la population adulte en est atteinte, aux États-Unis. Chez les plus de 60 ans, 40 % en serait atteinte. La plupart de ces personnes ignorent leur état.

Pour la Fédération Internationale du Diabète (IDF), devant un syndrome métabolique, l'intervention prioritaire est la modification des habitudes de vie: arrêt du tabac, régime modérément restrictif (perte de 5 à 10% du poids la première année), augmentation de l'activité physique et modifications diététiques. Des études finlandaises et américaines ont bien démontré qu'une perte de poids modérée réduit le taux de conversion vers le diabète de type 2 chez des sujets intolérants au glucose généralement obèses. Le lien direct entre l'obésité, l'obésité et la prévalence des problèmes cardiovasculaires a été démontré sur une population de travailleurs aux États-Unis. Le tableau ci-après illustre la prévalence de l'hypertension, de la dyslipidémie, du diabète de type 2 et du syndrome métabolique en fonction de l'indice de masse corporel (BMI) de ces travailleurs (17 952 travailleurs âgés de 20 ans et plus).



Source : http://media.pfizer.com/files/products/Obesity_in_the_United_States_Workforce.pdf

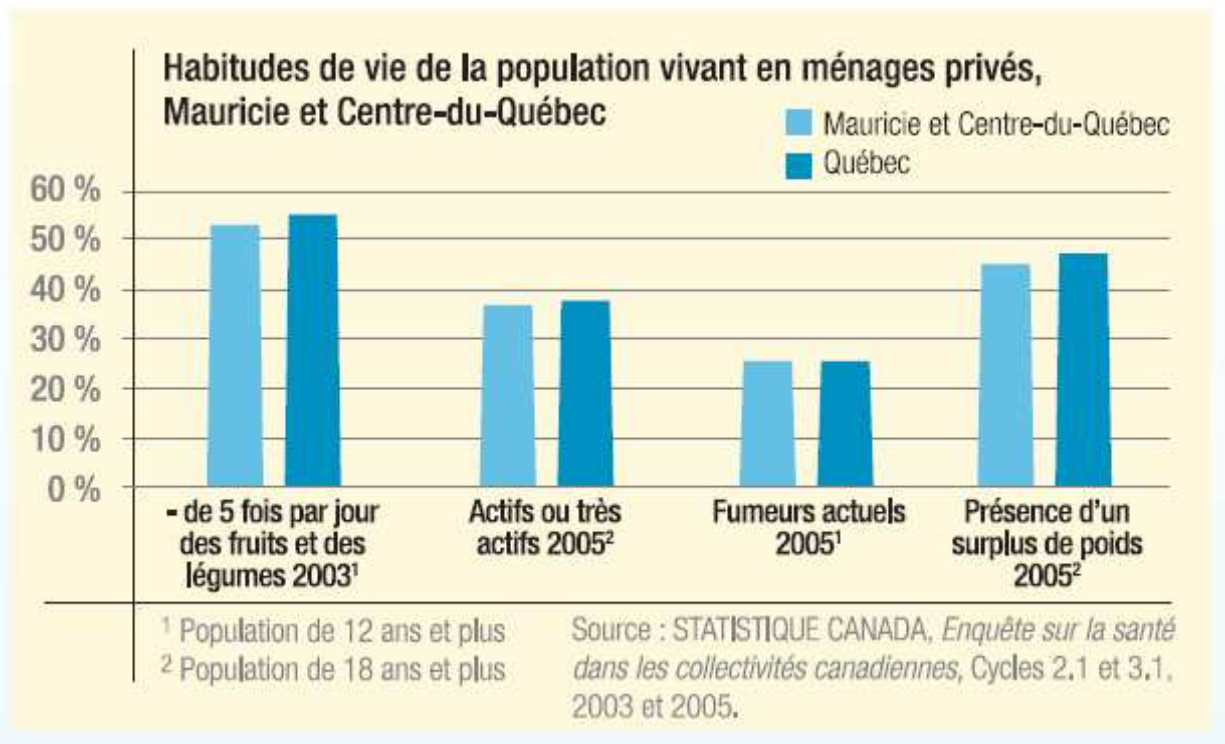
Le tabagisme

Le tabagisme est généralement considéré comme la principale cause de décès évitable dans le monde. La prévalence de l'usage de tabac est en diminution constante depuis plusieurs années au Québec. La proportion de fumeurs de 15 ans et plus est passée de 39,9 % en 1987 à 25,2 % en 2005. L'usage du tabac chez les personnes atteintes de maladies chroniques accélère l'évolution de la maladie et augmente le risque d'événement cardiovasculaire. Les efforts de prévention à ce niveau doivent être maintenus.

La sédentarité et l'alimentation inadéquate

Au Québec, la proportion de personnes de 18 ans et plus n'atteignant pas le niveau d'activité physique recommandé tend à diminuer depuis une dizaine d'années. Entre 1994-1995 et 2003, cette proportion est passée de 37 % à 27 % chez les hommes et de 33 % à 25 % chez les femmes.

Les avancées technologiques du dernier siècle ont tout de même modifié beaucoup la dépense énergétique en activité physique des populations. Ce tableau illustre la situation en Mauricie et Centre-du-Québec.



Il est de première importance d'intégrer l'activité physique, non seulement dans les habitudes de vie des gens en santé, mais dans le plan de traitement des personnes atteintes de maladies chroniques. **Un nombre impressionnant d'études ont démontré que la marche à un bon rythme 30 minutes par jour réduit de 30 % à 50 % le risque d'être touché par une maladie cardiovasculaire et peut même éviter l'apparition du diabète de type 2.**

L'industrialisation de l'alimentation et la restauration rapide sont également des facteurs ayant contribué à l'augmentation de l'embonpoint et de l'obésité; la teneur en sucre, en gras et en sel y étant très élevée. En ce qui concerne les habitudes alimentaires, 45,3 % des Québécois de 12 ans et plus consomment moins de cinq portions de fruits et légumes chaque jour, ce qui est inférieur aux recommandations du Guide alimentaire canadien. Selon l'étude sur la condition physique des adultes de Statistique Canada, la fille type de 14 ans en 1981 pesait 97 livres et pèse, en 2007-2009, 106 livres pour un gain de 9 livres. Le garçon type du même âge, a pris 12 livres. Un homme type de 45 ans a fait un gain de 20 livres alors que la femme pèse 14 livres de plus, augmentant ainsi de beaucoup leurs risques cardiovasculaires. Une alimentation saine selon le Plan d'action gouvernemental pour la création d'environnement alimentaire favorable à la santé se définit comme suit :

« Une alimentation saine est constituée d'aliments diversifiés et donne priorité aux aliments à valeur nutritive élevée sur le plan de la fréquence et de la quantité. En plus de

leur valeur nutritive, les aliments véhiculent une valeur gastronomique, culturelle ou affective.

La saine alimentation se traduit par le concept d'aliments quotidiens, d'occasion et d'exception de même que par des portions adaptés aux besoins des personnes. Les divers milieux doivent présenter leur offre alimentaire en concordance avec leur mission, ou la quantité d'aliments quotidiens, d'occasion ou d'exception pourra varier. »

La consommation d'alcool

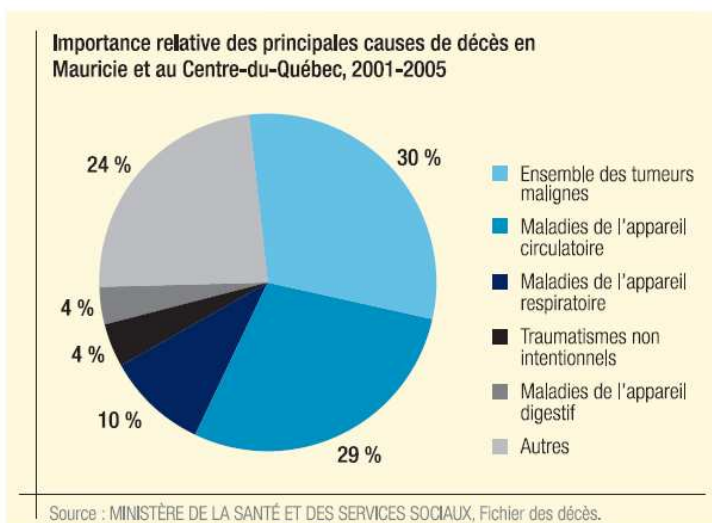
Dans de nombreuses parties du monde, la consommation de boissons alcoolisées est un phénomène courant lors de réunions amicales ou mondaines. La consommation d'alcool n'en risque pas moins d'entraîner des conséquences sanitaires et sociales néfastes, car elle engendre ivresse, intoxication et accoutumance.

Outre les maladies chroniques susceptibles de se développer chez ceux qui boivent de grandes quantités d'alcool pendant des années, la consommation d'alcool est aussi associée à une augmentation de risques sanitaires aigus, notamment de blessures, en particulier lors d'accidents de la route. (OMS).

SITUATION ACTUELLE EN MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

Selon le plan d'action régional de santé publique 2009-2012 de l'Agence, les maladies de l'appareil circulatoire représentent 29 % des décès dans notre région et la cause la plus fréquente d'hospitalisation.

Décès et hospitalisations

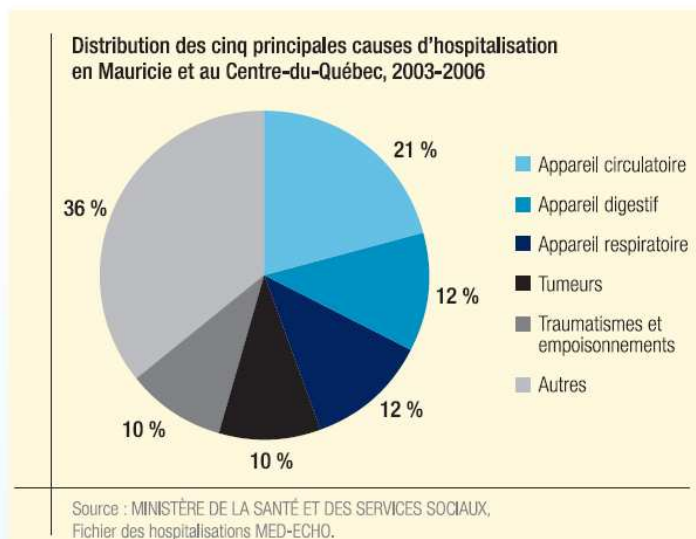


Trois types de maladies chroniques sont responsables de plus des deux tiers (69 %) des décès en Mauricie et Centre-du-Québec :

- Tumeurs : 30 %
- Maladies de l'appareil circulatoire (ex. : maladies cardiaques, hypertension, AVC²) : 29 %
- Maladies de l'appareil respiratoire (ex. : bronchite chronique, emphysème et asthme) : 10 %

Entre 2003 et 2006, près d'une hospitalisation sur deux (43 %) en centre hospitalier (CH) de courte durée était attribuable à un de ces trois types de maladies chroniques :

- Tumeurs : 10 %
- Maladies de l'appareil circulatoire (ex. : maladies cardiaques, hypertension, AVC) : 21 %
- Maladies de l'appareil respiratoire (ex. : bronchite chronique, emphysème et asthme) : 12 %



Source; Plan d'action régional en santé publique 2009-2012 en Mauricie et Centre- du-Québec

Les principaux facteurs de protection

La présence d'un ou de plusieurs facteurs de protection aide à maintenir la santé et à se prémunir contre ces maladies. Les trois facteurs de protection de base sont : zéro tabac, au moins 5 portions de fruits et légumes et 30 minutes d'activité physique par jour. Certains facteurs psychosociaux jouent également un rôle protecteur contre la maladie à l'âge adulte.

CONCLUSION

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec ne peut que bénéficier d'un projet de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques. Le financement et la mise en place d'une chargée de projet régionale et de chargées de projet local ont donc été mis de l'avant pour la réalisation de ce projet débutant en janvier 2009. Le thème « Ma santé à vie » a été choisi par l'équipe de chargées de projet afin d'illustrer l'importance pour chacun de prendre sa santé en main en tout temps et pour la vie. La personne atteinte de maladie chronique passe quelques heures par années en présence de ses soignants mais doit faire face à une multitude de problèmes seule au quotidien avec tous les défis que cela représente que de vivre avec une maladie chronique. Elle doit apprendre à prioriser le maintien ou l'amélioration de sa santé.

PARTIE 2 — MANUEL D'ORGANISATION DU PROJET « MA SANTÉ À VIE »

CLIENTS DU PROJET

- Les patients résidant sur notre territoire, présentant un syndrome métabolique et identifiés en première ligne seront les premiers concernés par ce projet. En parallèle, les personnes incluant d'autres facteurs de risques (obésité, dyslipidémie) ou souffrant de diabète, d'insuffisance rénale, de maladie pulmonaire obstructive chronique et de maladie cardiovasculaire incluant l'hypertension seront également ciblées afin d'améliorer l'offre de services et sa qualité;

- L'ensemble des intervenants du réseau public de la Mauricie et du Centre-du-Québec impliqué dans le suivi de cette clientèle ou au niveau de l'organisation des services s'adressant à cette clientèle incluant les médecins de première ligne;
- Les ressources de la communauté desservant également cette clientèle ou ayant le potentiel d'intervenir en complémentarité au réseau public (pharmacies, associations, université, bénévoles).

STRUCTURE DE GOUVERNE

Équipe interdirections de l'Agence

- Josée Massicotte, chargée de projet régionale, direction des services de santé et des affaires médicales;
- Lucie Delisle, direction de santé publique;
- Dre Anne-Marie Grenier, direction de santé publique;
- Danièle Hubert, direction des services de santé et des affaires médicales;
- Evlyn Matthieu, direction générale adjointe.

Équipe de chargées de projet locaux

- Christiane Blais, CHRTR;
- Ginette Bergeron, CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable;
- Manon Bélanger, CSSS Drummond;
- Lucie Lefebvre, CSSS de l'Énergie;
- Christine Émond, CSSS du Haut-Saint-Maurice;
- Sabrina Béland, CSSS de Trois-Rivières;
- Marie Morinville, CSSS de Maskinongé;
- Line Poisson, CSSS de Bécancour – Nicolet-Yamaska;
- Sylvie Baril, CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan.

La collaboration de la Table des directeurs de santé physique et la Table des directeurs de santé publique est essentielle à ce projet.

OBJECTIFS GLOBAUX DU PROJET

- Implanter un réseau intégré de services sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, à partir des services existants, afin de prévenir l'apparition de la maladie et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique et ainsi éviter ou retarder l'apparition des complications qui y sont associées;
- Favoriser et couvrir tout le continuum de services à partir des activités de promotion de la santé, de prévention de la maladie, des activités de dépistage et diagnostiques, de suivi jusqu'aux services de maintien à domicile et de soins palliatifs.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Améliorer le dépistage des patients hypertendus, souffrant de diabète ou d'intolérance au glucose, d'insuffisance rénale et de problèmes respiratoires;
- Permettre l'accès au patient et à ses proches, à proximité de son milieu de vie, à l'éducation et à l'accompagnement nécessaire au maintien de sa santé à travers l'apprentissage de l'autogestion de sa maladie et l'adoption de saines habitudes de vie;
- Coordonner les services et utiliser les ressources de façon optimale;
- Promouvoir une trajectoire clinique compatible avec les lignes directrices basées sur les données scientifiques probantes;
- Assurer que la continuité des services soit adaptée au besoin de la clientèle; à la bonne personne au bon endroit et au bon moment;
- Rendre les services de réadaptation⁴ accessibles aux patients atteints afin d'optimiser leurs capacités fonctionnelles;
- Réduire les coûts sociaux du système de santé en diminuant le recours à l'urgence et le nombre d'hospitalisations;
- Diminuer les risques de mortalité prématurée.

RÉSULTATS ATTENDUS :

- Un réseau de services intégrés regroupant les personnes présentant des facteurs de risques et ayant reçu un diagnostic des maladies chroniques ciblées à partir d'un portrait régional : diabète, maladies cardiovasculaires, insuffisance rénale et pulmonaires obstructives chroniques;
- Priorisation de la prévention et de l'intervention précoce afin d'avoir un impact optimal sur l'apparition et l'évolution de la maladie;
- Une collaboration inter-organisationnelle se traduisant en concertation, en partenariat et en continuum de soins et de services;
- Une continuité de services incluant la prévention primaire et secondaire, le dépistage, le traitement, la réadaptation et le maintien à domicile permettant de réduire le recours aux services d'urgence;
- Des rôles et des responsabilités bien définis;

⁴ Réadaptation : somme des activités nécessaires pour restaurer ou maintenir un niveau optimal de fonctionnement physiologique, psychologique, social, professionnel et émotionnel. La réadaptation touche donc toutes les dimensions de la personne. JOBIN, J., F. MALTAIS et P. POIRIER, « La réadaptation cardiorespiratoire, l'intervention sous-utilisée » *Le médecin du Québec*, vol.36, n° 4, 2001, p.97.

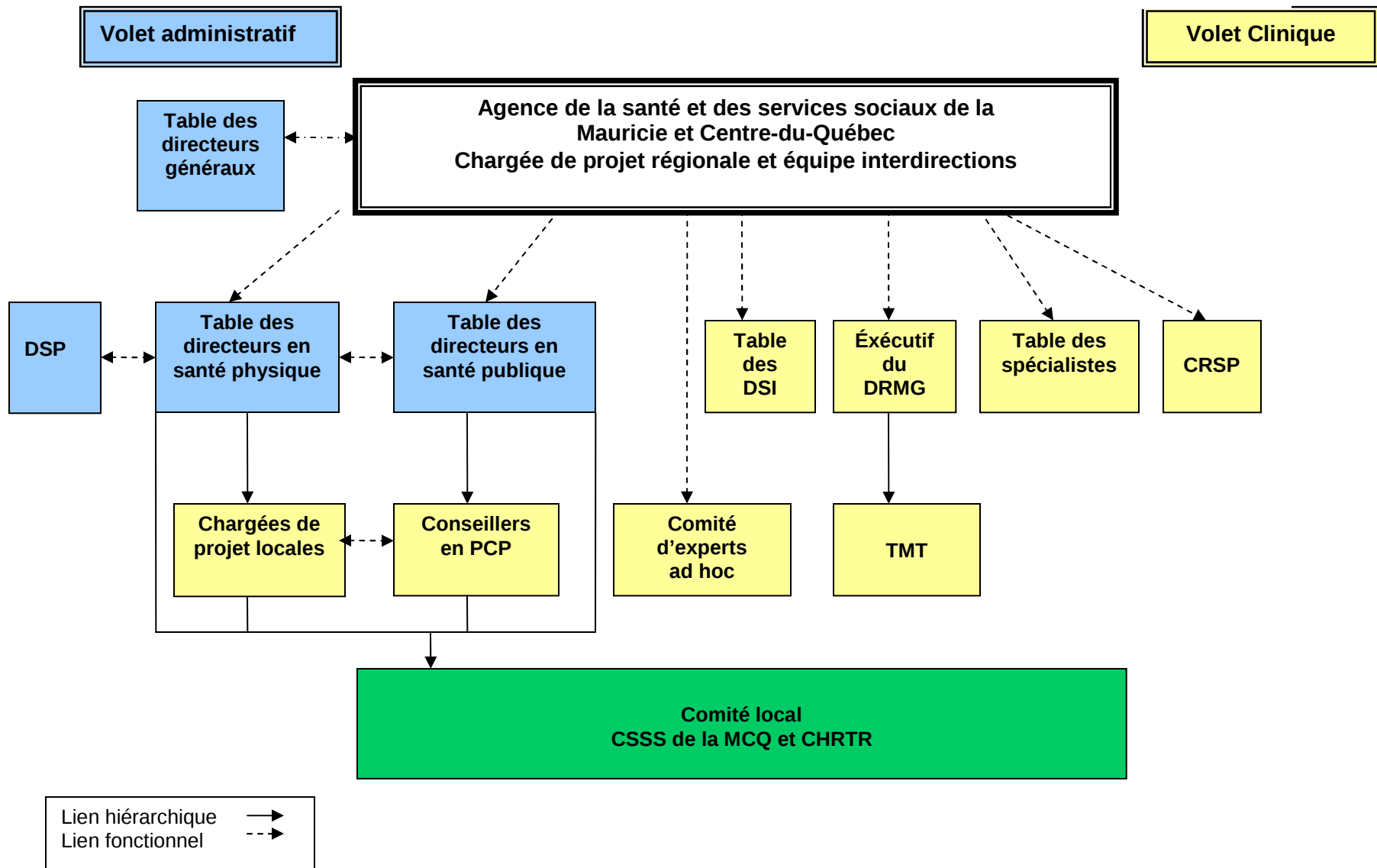
- L'implication des médecins traitants avec des équipes interdisciplinaires locales;
- L'accès pour le patient et ses proches, à proximité de son milieu de vie, au traitement, au suivi, à l'éducation et à l'accompagnement nécessaires au maintien de sa santé à travers l'apprentissage de l'autogestion de sa maladie (plan d'action) et l'adoption de saines habitudes de vie;
- Des liens harmonieux, mécanisme d'accès et communication fluide entre les partenaires et avec les ressources de la communauté;
- Utilisation efficiente des ressources existantes.

STRUCTURE D'IMPLANTATION

La constitution d'une équipe de travail locale sous la responsabilité du directeur de santé physique incluant le directeur de santé publique pourra permettre l'adaptation du projet à la réalité de chaque territoire et éviter le cloisonnement.

Afin d'éviter le risque de rupture avec les autres niveaux hiérarchiques et transversaux, un lien sera maintenu entre les chargées de projet et les directeurs de santé publique et de santé physique qui feront partie de l'équipe locale. De plus, un lien sera assuré avec les tables de directions concernées par le projet, par la chargée de projet régionale ou un membre de l'équipe de l'Agence. Ils assureront également un lien avec les médecins de première ligne par le biais des tables de médecine territoriales, avec les spécialistes par la Table des spécialistes et avec les pharmaciens par le biais du Comité régional des services pharmaceutiques.

Structure du projet de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques



RÔLES ET RESPONSABILITÉS

a) Mandat de l'équipe interdirections de l'Agence

L'équipe de projet de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques de l'Agence est un comité de concertation qui assiste la chargée de projet régionale dans l'élaboration des différentes étapes du projet et fournit un soutien médical et d'expertise en organisation de programmes et de services tout au long du processus. Ce comité est responsable de convenir d'une gouvernance pour le projet selon les niveaux de responsabilités en collaboration avec la Table des directeurs de santé physique et la Table des directeurs en santé publique.

Des rencontres régulières sont prévues afin que le projet d'implantation d'un modèle de prévention et gestion intégrée de services pour les maladies chroniques se déroule avec succès. Le comité a aussi la responsabilité de définir les orientations régionales, de faire connaître le projet au sein du réseau de la santé et de solliciter la participation de tous ceux qui sont concernés par l'implantation d'un tel réseau. Il s'assurera d'un plan de communication efficace et de l'organisation de la formation en support au processus d'implantation. Il devra également favoriser l'harmonisation des pratiques en matière de gestion intégrée des maladies chroniques tout en respectant les réalités locales. Le comité devra identifier les indicateurs de résultats mesurables qui permettront d'évaluer le réseau intégré de services une fois l'implantation du projet terminée.

b) Mandat de la chargée de projet régionale

La chargée de projet régionale, relevant de la direction de la santé physique et des affaires médicales de l'Agence, est responsable de la réalisation de l'ensemble des interventions en gestion de projet durant toutes les étapes du projet dans l'objectif de le mener à terme en collaboration avec les équipes de travail. Elle devra :

- Participer à la définition des responsabilités et rôles de chacun des participants et partenaires du projet;
- Coordonner le travail des équipes en vue d'une harmonisation selon les objectifs et modèles théoriques choisis;
- Participer à l'analyse des données recueillies et des risques durant l'avancement des travaux;
- Accompagner et outiller les chargées de projet pour l'avancement des travaux;
- Animer et organiser les rencontres, rédiger les documents;
- Gérer les différents enjeux du projet et adapter les stratégies à adopter pour assurer sa réalisation;
- Assurer une communication fluide entre les équipes, les gestionnaires, les tables de directions et les partenaires;

- Veiller au respect des lignes directrices, des données probantes et des orientations choisies régionalement;
- Gérer les conflits qui peuvent survenir en lien avec le projet;
- Gérer les attentes des différents partenaires et les problématiques qui peuvent survenir en supportant les personnes impliquées dans la recherche de solutions;
- Évaluer et mesurer l'avancement des travaux et veiller à ce que les échéanciers soient respectés.

c) Mandat des directeurs de santé physique

- Convenir des priorités locales de la prévention et la gestion des maladies chroniques de concert avec les autres directions et le Centre hospitalier régional, si requis;
- Avoir la responsabilité de la chargée de projet locale;
- Collaborer au comité local;
- Assurer les liens entre les directions et les partenaires du réseau local de services impliqué;
- Assurer le lien avec le projet clinique et le centre hospitalier;
- Assurer le suivi des indicateurs.

d) Mandat des directeurs en santé publique

- Faire le lien entre le projet, l'équipe des saines habitudes de vie et le conseiller en pratiques cliniques préventives;
- Convenir des priorités locales en concertation avec les autres directeurs;
- Collaborer au comité local.

e) Mandat des chargées de projet locales

La chargée de projet de chaque établissement a le mandat de participer à l'élaboration et à la mise en place du modèle en concertation avec les autres chargées de projet, les gestionnaires, les directeurs et la chargée de projet régionale. Plus spécifiquement, elle devra :

- Prendre connaissance des documents de référence en lien avec le projet;
- Participer aux travaux du comité régional de planification et d'implantation en assurant le suivi sur son territoire;
- Faire un état de situation des services reliés à la clientèle visée de son territoire et comprendre le contexte local;

- Questionner les processus de travail en place et collaborer à clarifier les rôles et responsabilités des professionnels impliqués;
- Collaborer à identifier les acteurs clés;
- Participer à l'analyse des données recueillies en identifiant les obstacles au continuum de services;
- Collaborer à définir une trajectoire optimale à partir des données probantes, des consultations de comités cliniques et du soutien des experts;
- Favoriser le développement et une vision locale commune en lien avec les orientations régionales;
- Participer à la réalisation d'un plan d'action local;
- Faire circuler l'expertise entre les territoires;
- Collaborer à identifier les priorités d'actions et au plan d'action local;
- Faire connaître le projet sur son territoire et favoriser l'appropriation des orientations par les différents acteurs impliqués;
- Participer à l'implantation d'un continuum de services qui possèdent les caractéristiques recherchées d'un réseau intégré de services;
- S'assurer de la participation des différents partenaires pour la mise en œuvre du projet dans son territoire;
- S'impliquer au niveau de l'évaluation du réseau intégré de services une fois son implantation terminée;
- Assurer le suivi auprès des instances concernées.

Ce dernier sera en lien avec le conseiller en pratiques cliniques préventives en ce qui concerne le volet promotion-prévention et dépistage.

f) Mandat des agents de promotion des pratiques cliniques préventives

Les agents de promotion des pratiques cliniques préventives, sous la responsabilité de la direction de santé publique de leur établissement respectif, travailleront en collaboration avec les chargées de projet locales et les diverses équipes des établissements pour assurer le soutien et l'implantation des pratiques cliniques préventives à déployer dans le réseau local de services d'après les priorités régionale et locales.

Plus précisément, ces agents de promotion des pratiques cliniques préventives auront à traduire les priorités annuelles d'intervention en promotion de la santé et en prévention en lien avec le plan d'action local en santé publique et autres orientations des établissements et du réseau local de services dans un plan d'action annuel auprès des divers groupes de professionnels concernés.

La période 2009-2010 sera orientée vers l'implantation et l'optimisation des pratiques cliniques préventives touchant la saine alimentation, la pratique régulière de l'activité physique, la cessation tabagique, la consommation modérée d'alcool ainsi que le dépistage précoce et la prise en charge de l'hypertension artérielle. Ces pratiques sont donc en lien avec ce projet pour la prévention des maladies chroniques. Les orientations des années subséquentes seront déterminées en fonction des priorités nationales et régionales.

g) Les agents de promotion des pratiques cliniques préventives devront :

- Participer à l'élaboration, la mise en œuvre et l'implantation du plan d'action local en santé publique et du projet de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques en concertation avec l'ensemble des équipes du réseau local de services;
- Assurer la diffusion et la promotion, au sein des équipes des établissements ainsi qu'auprès des médecins de famille et des pharmaciens communautaires les pratiques cliniques préventives prioritaires;
- Promouvoir des activités offertes par les organismes communautaires et par les autres secteurs d'activités visant le développement et l'adoption de saines habitudes de vie, le dépistage précoce et le suivi de l'hypertension artérielle puis l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques;
- Accueillir, évaluer et orienter des demandes de projets et de collaborations en promotion des saines habitudes de vie et en prévention des maladies chroniques pour l'ensemble des acteurs du réseau local de services;
- Réaliser des activités de communication persuasive et assurer le transfert des connaissances en promotion de la santé et en prévention auprès des équipes du réseau local de services;
- Participer à diverses instances de concertation au niveau régional et local;
- Contribuer à l'amélioration continue de la qualité des services préventifs;
- Participer à des activités de recherche en santé publique;
- Établir et maintenir des liens avec les équipes régionales de la direction de la santé publique et de l'Agence;
- Contribuer au bilan annuel du plan d'action local de santé publique;
- Produire le rapport annuel d'activités d'implantation des pratiques cliniques préventives.

Les rôles et responsabilités des agents de promotion des pratiques cliniques préventives sont définis dans leur ensemble et procurent un cadre fonctionnel afin de remplir le mandat de promotion des saines habitudes de vie, de prévention et de dépistage dans les réseaux locaux de services, en collaboration étroite avec les médecins, les pharmaciens et les services des établissements dans le cadre de la

prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques. Cependant, il appartient aux directions concernées dans chacun des CSSS d'y ajouter les particularités locales.

h) Mandat des comités locaux

Les comités locaux d'implantation sont sous la responsabilité des établissements (directeur de santé physique ou directeur de santé publique). Ces comités sont composés de gestionnaires et intervenants des territoires dont le mandat comprend :

- Adaptation locale du projet;
- Implantation du modèle;
- Partage et diffusion des outils cliniques;
- Diffusion et promotion du projet auprès des partenaires;
- Mobilisation du réseau local de services;
- Identification et assurance de la participation des partenaires;
- Rédaction, mise à jour et évaluation du plan d'action local;
- Identification des indicateurs permettant d'effectuer l'évaluation et le suivi des services implantés.

i) Mandat des comités d'experts

Des critères rigoureux de sélection doivent être précisés pour les différents niveaux de soins requis par les personnes atteintes de maladies chroniques. Le suivi des patients doit également tenir compte des dernières lignes directrices pour chaque maladie. Les spécialistes de contenu (endocrinologues, cardiologues, omnipraticiens) seront sollicités par la chargée de projet régionale à cette fin et afin d'assurer la validité des trajectoires cliniques et des outils choisis le moment venu. Ces comités de travail seront formés au besoin et de façon temporaire.

LES INTERFACES DANS LES ORGANISATIONS PARTICIPANTES

Instances locales :

- Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRT);
- CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable;
- CSSS Drummond;
- CSSS de l'Énergie;
- CSSS du Haut St-Maurice;
- CSSS de Trois-Rivières;
- CSSS de Maskinongé;

- CSSS de Bécancour – Nicolet-Yamaska;
- CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan.

- Directeurs de santé physique, des services courants, du maintien à domicile et des soins palliatifs;
- Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens;
- Conseil multidisciplinaire des professionnels;
- Conseil des soins infirmiers;
- Directeurs d'établissements;
- Groupes de médecine de famille (GMF) et cliniques médicales;
- Ressources dans la communauté; pharmacies, associations et bénévoles;
- Médecins spécialistes;
- Maisons d'enseignement.

Les autres parties prenantes au projet

Le 17 juin 2009, une table de coordination MSSS / agences a été mise sur pied par le Ministère afin de faire un lien entre les régions et créer un lieu de partage de connaissances en ce qui concerne la prévention et gestion intégrée des maladies chroniques.

Quelques compagnies de l'industrie pharmaceutique ont actuellement plusieurs projets d'enseignement visant la prise en charge précoce de la clientèle ciblée. Nous devons faire l'analyse de ces projets.

LES CONTRAINTES, ÉLÉMENTS FACILITANT ET LES CONDITIONS DE RÉUSSITE

Les contraintes :

- 1) Les ressources humaines sont limitées et surchargées, il est difficile d'obtenir leur implication dans un tel contexte.
- 2) L'instauration de changements de pratiques implique des résistances.
- 3) Les localités sont rendues à des niveaux différents d'implantation d'un réseau de gestion intégrée des maladies chroniques.
- 4) L'absence d'un système d'information commun dans les milieux cliniques.
- 5) Les patients n'ayant pas accès à un médecin traitant sont nombreux, la maladie chronique stable n'est pas un critère de priorité pour les patients orphelins en attente d'un médecin de famille.
- 6) La première ligne est relativement organisée en silo.
- 7) La deuxième ligne requiert la majorité de nos ressources, il sera difficile de prioriser la clientèle de la première ligne, car la demande à ce niveau continue d'augmenter.
- 8) Le budget de développement pour soutenir le projet à long terme est limité.

Éléments facilitants :

- 1) Ce projet est la priorité régionale de l'Agence de la santé Mauricie et Centre-du-Québec.
- 2) La première ligne qui commence à s'organiser avec l'avènement des groupes de médecine familiale et les cliniques réseaux. Cela nous permet d'avoir un levier pour instaurer l'approche de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques.
- 3) L'implantation des réseaux locaux de services et des projets cliniques est amorcée.
- 4) Nous avons un réseau de la santé publique qui identifie les maladies chroniques comme une priorité dans sa programmation nationale de services.
- 5) Plusieurs cliniques sont déjà en place sur notre territoire; cliniques d'enseignement du diabète, six cliniques MPOC, trois cliniques d'insuffisance rénale ont démarré récemment, trois cliniques offrent un suivi de l'insuffisance cardiaque et deux cliniques offrent la réadaptation cardiorespiratoire.
- 6) La prise de conscience de notre société face à la responsabilité de chacun dans la prise en charge de sa santé par l'adoption de saines habitudes de vie est amorcée et fortement véhiculée dans les médias.

Conditions de réussite :

- 1) L'implication formelle et l'engagement des établissements, des directeurs et des chargées locales à la réalisation de ce projet.
- 2) La diffusion du bien-fondé de ce projet aux gestionnaires et partenaires du réseau.
- 3) Un leadership médical fort et concerté assurant le soutien d'une trajectoire de services basée sur les lignes directrices.
- 4) Une gouverne qui tient compte des réalités locales et qui se fixe des objectifs réalistes.
- 5) Le soutien d'organisations extérieures au réseau public.
- 6) Une coordination efficace des ressources déjà en place.
- 7) Un respect du rythme d'implantation au niveau local surtout si les ressources en places sont déjà utilisées.

PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICES EN MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

La première étape du projet consistait en la réalisation d'un portrait régional de l'impact des maladies chroniques dans notre région, des habitudes de vie de notre population et de l'offre de services en prévention et gestion des maladies chroniques. Le plan d'action régional de santé publique 2009-2012 nous informe des problématiques de santé qui touche le plus notre population et met en évidence leurs habitudes de vie influençant leur état de santé. Un portrait additionnel était nécessaire pour compléter la connaissance de notre réseau local de services en matière de prévention et gestion des maladies chroniques afin de mieux orienter nos priorités d'action.

Les chargées de projet ont donc commencé en février 2009 l'évaluation de leur réseau local de services en ce qui concerne l'offre de services des CSSS aux personnes à risque ou atteintes des maladies chroniques ciblées. Cette évaluation s'est effectuée à partir d'un questionnaire réalisé par l'Agence de la santé de l'Abitibi-Témiscamingue⁵ et basé sur les différents aspects qui sont recherchés dans le modèle de soins chroniques comme recommandé par E. Wagner. Voici les volets évalués :

Promotion-prévention :

- 1) Dépistage et investigation.
- 2) Accès, prise en charge et autogestion.
- 3) Qualité des services et des soins.
- 4) Liens avec la communauté.
- 5) Gestion intégrée des services.

Cette évaluation porte surtout sur l'offre de services des CSSS en date du mois de juin 2009. Le CHRTR était également représenté par une chargée de projet, mais son évaluation a davantage porté sur la gestion intégrée des services en deuxième ligne pour les maladies ciblées (diabète, maladies pulmonaires, maladies cardiovasculaires et insuffisance rénale) et des liens avec la première ligne.

Le questionnaire n'a pas été utilisé dans ce cas, mais une grille d'évaluation réalisée par l'ACIC (Assessment of Chronic Illness Care). Cette grille d'évaluation (annexe 1) permet de coter la progression du développement d'une gestion intégrée des maladies chroniques pour une organisation; la cote maximale correspondant à l'atteinte des éléments du modèle de soin chronique de Wagner. Les chargées de projet ayant complété le questionnaire sur l'offre de services pour chaque groupe de malades chroniques ont pu, par la suite, coter également leur organisation. Cette mesure de gestion intégrée pourra être utilisée comme mesure de départ pour de futures évaluations suite à l'implantation du projet en cours.

Voici donc les informations obtenues à l'aide du portrait effectué :

Promotion-prévention

Ce volet met en évidence les efforts investis en santé publique et il est rassurant de constater que tous les CSSS de la région 04 ont :

⁵ Disponible sur le site : <http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca/>

- Des centres d'abandon du tabac;
- Des activités de lutte contre le tabagisme auprès de la population en général, des jeunes et auprès des groupes ciblés;
- L'accès à l'immunisation;
- La mise en place d'interventions préventives spécifiques auprès des jeunes;
- Des actions éducatives auprès des personnes de 50 ans et plus pour minimiser le développement des incapacités liées à la sédentarité et à l'usage du tabac;
- Des actions auprès des décideurs pour l'aménagement des quartiers et du milieu de vie en vue de faciliter un mode de vie actif au sein de la communauté;
- Le programme 0-5-30 surtout en milieu scolaire et en milieu de travail (CSSS).

De plus :

- La plupart ont l'accès au programme alcochoix + (prévu en septembre pour le CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan);
- 7/8 ont le programme « Jeunes en santé, dans une école en santé, dans un milieu en santé »;
- 6/8 ont un état de situation concernant les habitudes de vie et les comportements à risque pour la santé en relation avec les principales maladies chroniques affectant la population;
- Des services de promotion d'une saine alimentation;
- 7/8 ont des services axés sur la promotion de l'activité physique;
- 5/8 ont des actions qui renforcent le soutien social et qui rendent plus conviviales la pratique de l'activité physique et la consommation d'aliments sains pour les âgés;
- La moitié des CSSS de la région ont fait des actions visant la prévention et sur l'aménagement de conditions optimales dans la communauté, surtout dans les milieux scolaires;
- La prévention dans le milieu du travail par le programme « entreprise en santé » n'est pas très développée et débute dans quelques CSSS;
- Le programme « Choisir de maigrir » n'est offert qu'en privé sur un territoire (CSSS de Trois-Rivières).

Plusieurs services sont également offerts dans la communauté par différents organismes : Association des cardiaques de la Mauricie, groupe d'éducation pour les enfants ayant un problème d'embonpoint à Shawinigan (Gepeep), cours de cuisine santé, visites d'épicerie, etc.

La plupart des CSSS connaissent bien les organisations communautaires qui interviennent sur les habitudes de vie et réalisent des projets privilégiant l'approche milieu qui vise à rendre accessible des services de prévention en milieu rural. Il y a peu ou pas d'ententes de partenariat entre CSSS et organisations communautaires pour assurer la complémentarité avec les services offerts.

Peu de CSSS se sont assurés de renforcer la prévention à tous les niveaux d'intervention clinique :

- 25 % l'ont fait pour la population générale;
- 87 % l'ont fait en partie pour les personnes présentant des facteurs de risque ou de vulnérabilité;
- 37 % l'ont fait pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé et qui bénéficient de services dans le cadre de leur processus de rétablissement;
- 12 % l'ont fait, pour les personnes présentant des facteurs de risques.

Dépistage et investigation

37 % des CSSS offrent des services de consultation nutritionnelle en prévention pour les personnes présentant des facteurs de risques accrus des maladies chroniques.

Les interventions de prévention en insuffisance rénale sont surtout reliées aux interventions de prévention des facteurs de risques pour la santé telles la cessation du tabac, le dépistage et traitement de l'hypertension et la promotion d'une saine alimentation. Le dépistage, la prise en charge et le suivi de l'hypertension et de la dyslipidémie se font surtout en GMF et en cliniques médicales.

Des journées de dépistage au niveau de la population sont organisées par quelques CSSS annuellement pour le diabète et l'hypertension.

Accès, prise en charge et autogestion

L'accès aux services d'un médecin de famille est une problématique majeure dans notre région. Un système de guichet d'accès pour la clientèle orpheline est en organisation afin d'améliorer la situation. Pour les personnes qui ont un médecin de famille, des services de suivi sont en place pour les différentes maladies chroniques. Cinq CSSS sur huit ont des cliniques interdisciplinaires d'enseignement et de prise en charge des patients atteints de **diabète**. Le volet activité physique est intégré par l'infirmière dans l'ensemble de l'enseignement. L'outil d'enseignement régional basé sur l'autogestion de la maladie Priisme est utilisé et accessible sur le web. Les lignes directrices de l'Association Canadienne du diabète sont respectées et transmises aux patients. Le médecin référant est informé de l'évolution de son patient.

Il y a sept cliniques interdisciplinaires en **maladies respiratoires** sur le territoire (CSSS du Haut St-Maurice a dû cesser ses activités par manque d'inhalothérapeutes). Il y a aussi des services d'inhalothérapie dans le cadre des services à domicile. Le programme éducatif et les outils d'autogestion « Mieux vivre avec une MPOC » sont utilisés, mais le plan d'action n'est pas remis au patient partout avec la même assiduité. L'accès à la réadaptation cardiorespiratoire est disponible qu'à deux endroits (CSSS Drummond et CSSS de l'Énergie).

Les services en **maladies cardiovasculaires** sont en partie développés dans tous les CSSS. Les médecins et les infirmières sont les intervenants impliqués. Une clinique de facteurs de risques, d'hypertension et de dyslipidémie avec nutritionniste est présente au CSSS de Trois-Rivières. Une clinique

d'insuffisance cardiaque est présente au CHRTR, au CSSS de Trois-Rivières, au CSSS Drummond et au CSSS de l'Énergie. Les liens avec les médecins de première ligne sont à améliorer.

Les cliniques de suivi de l'insuffisance rénale sont en démarrage dans trois CSSS : CSSS Drummond, CSSS de l'Énergie et CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable pour compléter les services offerts à la clinique d'insuffisance rénale du CHRTR. La trajectoire de services est en cour d'évaluation et le continuum de soins est à assurer entre la première ligne médicale, les cliniques d'insuffisance et les cliniques de suppléance rénale (CHRTR, Drummond et Arthabaska-et-de-l'Érable). Elles permettent la prise en charge des personnes en stade précoce et modéré d'insuffisance rénale (stade 3 et 4a) en lien avec les services de néphrologie du CHRTR. Nous espérons ainsi ralentir la détérioration de la fonction rénale des personnes atteintes par une meilleure prise en charge et diminuer la nécessité d'avoir recours à la suppléance rénale. Deux unités satellites d'hémodialyse permettent de desservir la clientèle du CSSS Drummond et celle du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable. Un système de télésanté en néphrologie avait été mis en place en lien avec le CHRTR, mais est en voie d'être rehaussé afin d'être fonctionnel.

Les services d'accompagnement et de soutien sont peu accessibles pour la clientèle avec maladies chroniques et leurs proches. En ce qui concerne les services psychosociaux, ils doivent avoir recours à des ressources en privé ou aux services psychosociaux des CSSS qui ne priorise pas cette clientèle à moins de problèmes majeurs. Les infirmières des centres d'enseignement du diabète assurent un soutien à leur clientèle à travers leurs activités d'enseignements et de suivi. Les associations de patients, telle l'Association des cardiaques de la Mauricie, participent également à soutenir les patients et leurs proches. Le programme transport et hébergement offre un soutien financier aux patients avec insuffisance rénale qui doivent se déplacer pour leurs traitements.

Qualité des services et des soins

Les CSSS ont tous un système de traitement des plaintes, mais peu ont prévu des mécanismes d'évaluation de la satisfaction des personnes atteintes de maladies chroniques en lien avec les services offerts. Le suivi concernant le respect des lignes directrices est fait pour la plupart des services offerts. L'efficacité et la pertinence des services de santé physique mis en place sont vérifiées et adaptées au besoin.

Liens avec la communauté

Les ressources de la communauté sont davantage connues et utilisées pour certains groupes de patients diabétiques et cardiaques. Peu d'ententes de partenariat officielles ont été conclues par les CSSS pour compléter l'offre de services. Des bottins des ressources ont été utilisés, certains seraient à mettre à jour et le bottin régional sur le web est attendu. Des services forts intéressants sont offerts par les associations et autres partenaires (pharmacies). Ils sont malheureusement peu ou pas connus et sous-utilisés des intervenants en première ligne. Il y a un travail de coordination et de liaison à effectuer.

Gestion intégrée des services

La gestion des données informatisées concernant les patients atteints de maladies chroniques varie d'un endroit à l'autre. Certains n'ont pas les systèmes permettant de suivre ou recueillir ces données. Les systèmes de données ne communiquent pas entre eux et les partenaires ne sont pas en lien. Les GMF ont accès aux données de laboratoire (Mediresult) du centre hospitalier, mais pas aux données d'imagerie médicale, de l'urgence (SIURGE) ou d'hospitalisation (MED-Écho). Le CHRTR utilise des logiciels pour le

suivi de certains groupes de patients (insuffisants cardiaques : vision C, insuffisant rénaux : Prévenir) qui ne sont pas interfacés avec les autres systèmes ou les systèmes des CSSS. Au CSSS Drummond, un dossier patient est informatisé (Médiclinique) et en lien avec les autres systèmes. Il manque un fichier d'accès pour regrouper les informations.

Les données de SIURGE à l'urgence ne sont pas colligées de la même façon à tous les endroits. La gestion et le choix d'indicateurs de suivi des maladies chroniques sont alors difficiles et propres à chacun.

Peu de CSSS ont les données concernant les hospitalisations et visites à l'urgence de leurs patients suivis pour maladies chroniques. Les liens entre les urgences et les intervenants de première ligne sont plus ou moins fluides (2/8 ont répondu par l'affirmative). La coordination des services aux patients atteints de maladies chroniques n'était pas assurée dans tous les CSSS (2/8), certains le faisaient pour un groupe de patients, mais pas pour un autre. Les plans de services individualisés sont utilisés davantage pour la clientèle atteinte de maladie pulmonaire obstructive chronique (4/8) que pour les autres (diabète : 3/8, autre maladie chronique : 1/8).

Première ligne médicale

Une étude sur l'accessibilité et la continuité des services de santé en première ligne au Québec et sur l'expérience de soins des utilisateurs de services a été publiée en juillet 2008 par un groupe de travail de la Montérégie et de Montréal (Pineault, R., Levesque, J-F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P. et Haggerty, J.).

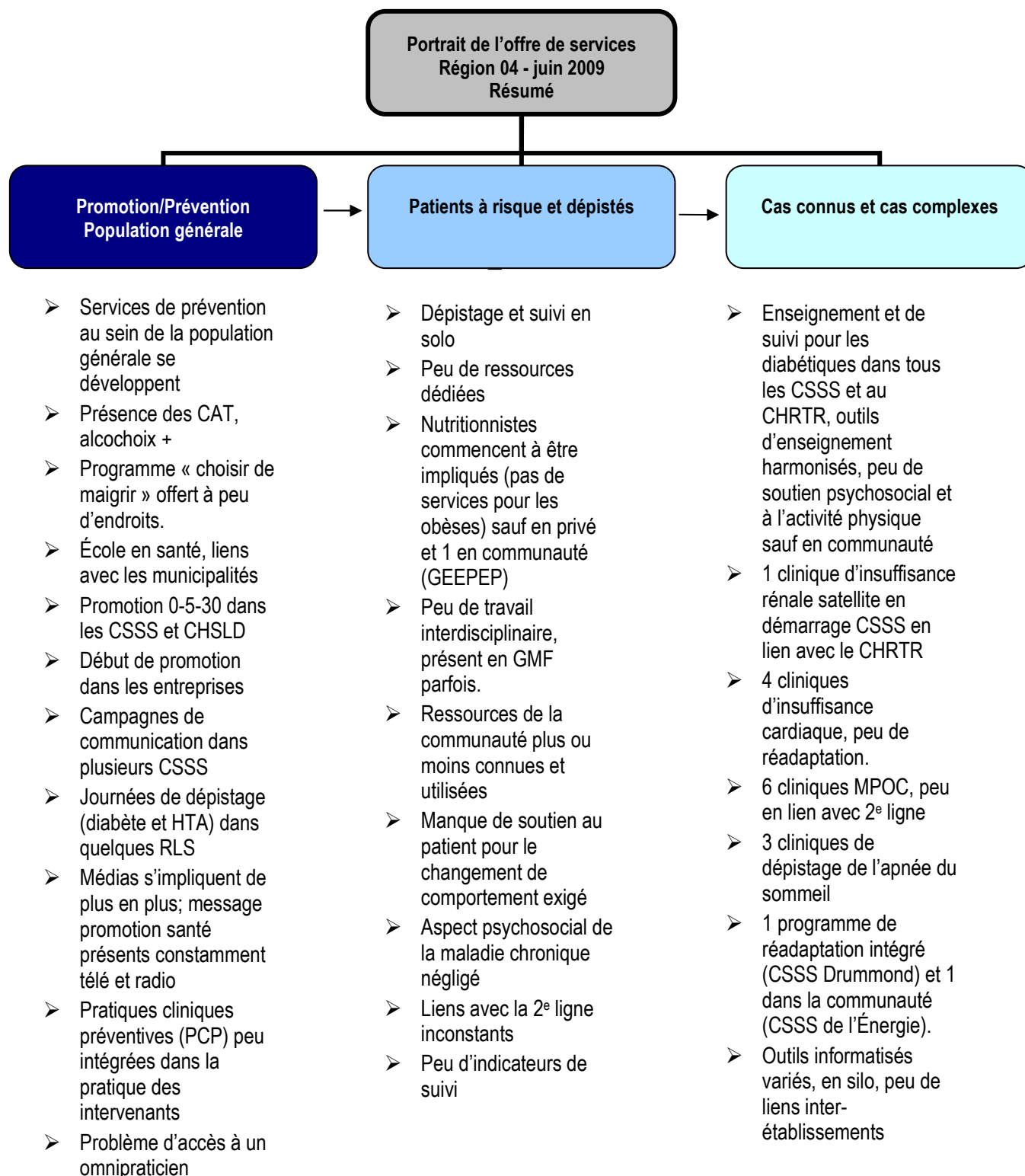
Les résultats démontrent une différence entre les territoires urbains et ruraux. En effet, même si les territoires urbains sont mieux nantis en ressources médicales, ils obtiennent les résultats les plus bas tant pour l'indice global d'expérience de soin que pour les autres indices spécifiques. Ce constat suggère que c'est moins la quantité de ressources que l'organisation des services de première ligne qui détermine une expérience de soins favorable.

Les organisations de première ligne ont été classées en cinq modèles distincts. Le modèle qui s'avère le plus performant est celui de coordination intégrée caractérisé par une responsabilité populationnelle, une forte intégration aux activités de l'ensemble du réseau, un nombre important de ressources, une étendue de services offerts et une mixité d'offre de services avec et sans rendez-vous. Les groupes de médecine de famille (GMF) sont de ce groupe.

Cette étude démontrait également des lacunes au niveau des liens entre les CSSS, les CH et la première ligne médicale :

- Les résultats d'examen sont non disponibles pour un client sur dix lorsqu'il se présente à son rendez-vous médical;
- 36 % des médecins déclarent recevoir un rapport complet du CH sur l'hospitalisation de leurs patients dans les deux semaines suivant le congé;
- Un médecin de famille sur trois travaille avec une équipe multidisciplinaire et un cabinet sur quatre a recours régulièrement aux services de cliniciens autres que des médecins.

Selon le plan régional d'effectifs médicaux, il manquerait environ 150 médecins omnipraticiens dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, ce problème d'accessibilité a une influence majeure sur le repérage et le dépistage précoce des maladies chroniques.



PLANIFICATION STRATÉGIQUE

Suite à l'analyse des données recueillies et considérant le contexte actuel de ressources limitées, l'équipe de l'Agence et des chargées de projet proposent donc quatre volets à implanter. Les comités locaux d'implantation pourront prioriser un des volets selon leur réalité locale et la disponibilité de ressources.

Volet 1 Programme d'éducation à la santé « Ma santé à vie »

- Repérage et prise en charge en première ligne des personnes souffrant d'intolérance au glucose, d'hypertension, de dyslipidémie, de syndrome métabolique et de problèmes respiratoires;
- Offre de services d'enseignement et suivi interdisciplinaire (médecine, nutrition, soins infirmiers, kinésiologie, pharmacie et intervention psychosociale) en lien avec les programmes de soutien existants (abandon du tabac, alcochoix + et autres);
- Programme d'éducation au patient et à ses proches en première ligne, basé sur l'approche motivationnelle et l'accompagnement, visant la réduction des facteurs de risques cardiovasculaires et le maintien de la santé par l'adoption de saines habitudes de vie et l'apprentissage de l'autogestion de sa santé.

Volet 2 Suivi intégré des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

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

Volet 3 Système de gestion de base de données

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

Volet 4 Autogestion de la maladie

Intégrer l'aspect d'autogestion de la maladie dans le plan d'enseignement à la personne atteinte de maladie chronique par le biais de plans d'action, d'outils d'apprentissages (CD, DVD, journal de suivi) ou

d'ateliers de groupe touchant les aspects influençant la condition du patient; activité physique, gestion du stress, communication avec les soignants, alimentation et autres sujets.

Une grande emphase doit être mise sur trois processus de développement d'habileté : un plan d'action réaliste, la résolution de problèmes reliés à la maladie et la prise de décision. L'approche motivationnelle et des ateliers hautement participatifs, le support des pairs et le succès expérimenté construisent la confiance des participants en leur habileté à gérer leur santé et à rester actifs.

Stanford pourrait correspondre à la mise sur pied d'un programme validé d'ateliers sur l'autogestion en communauté tel celui de ce volet.

LES LIVRABLES DU PROJET :

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

MONTAGE FINANCIER

2008-2009	Montant alloué (base annualisée)
Chargée de projet local dans les 8 CSSS et au CHRTR 7,4 ETC x 2 ans	593 000 \$
6 ETC (récurrent) nutritionnistes	410 000 \$
0,5 ETC (récurrent) conseiller en pratique clinique et préventive	264 000 \$
Développement d'outils informatisés (récurrent)	75 000 \$

En attendant d'éventuels crédits de développement pour le projet de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques, le défi réside dans l'optimisation des ressources en place et des liens à établir avec les ressources existantes dans la communauté.

ÉTAPES FRANCHIES

DATE	DESCRIPTION	RÉALISÉ
Janvier 2009	Nomination de la chargée de projet régionale, formation à la gestion de projet	X
Mars 2009	Nomination des chargées de projet locaux complétée, calendrier des rencontres, réalisation d'un questionnaire et début de l'état de situation de l'offre de services pour chaque RLS	X
Mars 2009	Ajout de nutritionnistes dans tous les CSSS et définition de mandat	X
	Début de la tournée des établissements par la chargée de projet régionale	X
Mai 2009	Kiosque de l'Agence sur le projet au colloque de l'Association des omnipraticiens de la Mauricie	X
Juin 2009	Ajout de 0.5 ETC conseillers en pratique clinique préventive dans les CSSS	7/8
Juin 2009	Formation des conseillers en pratique clinique préventive	Reporté
Mars 2009	Participation au Colloque des maladies chroniques à Montréal et réalisation d'un slogan identifiant le projet	X
	Première rédaction de la charte de projet	X
Juin 2009	État de situation des services offerts pour les personnes atteintes de maladie chronique par territoire et dégagement des priorités locales	X
Septembre 2009	Présentation du projet à l'exécutif du DRMG	X
Octobre 2009	Participation au congrès mondial sur le diabète, Montréal	X
	Choix d'un visuel pour le projet	X
Novembre 2009	Finalisation de la rédaction de la charte de projet	X
	Lancement du programme de réadaptation pulmonaire par la RQAM	X
	Début des cliniques de facteurs de risques CSSS Drummond et CSSS de Trois-Rivières	X
Décembre 2009	Adoption des orientations par le Comité de pilotage stratégique de l'Agence et la Table des directeurs d'établissements	X
Janvier 2010	- Plan d'action et mise sur pied de comité de travail - Collaboration avec l'UQTR pour stages en kinésiologie dans les CSSS - Formation des infirmières GMF et chargées de projet au suivi des patients en stades précoces d'insuffisance rénale et à l'approche motivationnelle	X
Février 2010	Mise sur pied d'un comité de travail pour la prise en charge de la clientèle MPOC du Trois-Rivières métropolitain	X

D'autres projets touchant les maladies chroniques sont également en cours de réalisation et nous les soutenons. Trois cliniques de suivi en insuffisance rénale ont démarré durant l'été 2009 au CSSS Drummond, au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et au CSSS de l'Énergie. Une clinique de dépistage de l'apnée du sommeil et une clinique MPOC ont été mises sur pied au CSSS de Bécancour – Nicolet-Yamaska. Un logiciel de gestion de données a été installé au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable permettant d'identifier les grands consommateurs de services et améliorer leur suivi. Le comité régional des soins palliatifs procède actuellement à l'analyse des services offerts aux patients MPOC en fin de vie.

ENGAGEMENTS CLINICO-ADMINISTRATIFS 2009-2012

Au 1^{er} juin 2010, pour tous les CSSS et le CHRTR, l'Agence demande le dépôt d'un plan de mise en œuvre de l'implantation d'un modèle régional de prévention et gestion des maladies chroniques tenant compte des plans d'actions déjà élaborés dans le cadre des projets cliniques et en santé publique.

LES INDICATEURS MESURABLES

Il est important de pouvoir évaluer l'impact de nos actions sur les clientèles ciblées, chaque établissement doit identifier les indicateurs et la source d'information qui peuvent leur fournir ces indicateurs qui seront choisis pour mesurer l'impact des services implantés. L'Agence et les établissements vont convenir de la fréquence de cueillette de certaines données à déterminer afin de permettre leur agrégation au niveau régional.

À titre d'exemple, voici des indicateurs qui pourraient être utilisés :

Volet 1 Programme d'éducation à la santé « Ma santé à vie »

SYNDROME MÉTABOLIQUE		
INDICATEURS	INTERPRÉTATION	SOURCE D'INFORMATION
1. Nombre d'usagers différents vus en nutrition	Taux de fréquentation	I-CLSC ou autre
2. Nombre d'interventions individuelles en nutrition	Intensité d'intervention	I-CLSC ou autre
3. Nombre d'interventions de groupe en nutrition	Présence / fréquence d'intervention de groupe	I-CLSC
4. Nombre de patients identifiés « syndrome métabolique » inscrits au programme	Prévalence, réponse au programme	I-CLSC, code 1399
5. Nombre de patients ayant suivi un atelier sur l'activité physique	Réponse au programme	
6. Nombre de patients ayant augmenté leur niveau d'activité physique, 6 mois après avoir reçu le programme	Efficacité du programme	Questionnaire, évaluation à 6 mois (à déterminer)
7. Nombre de patients dont le tour de taille a diminué 6 mois et 1 an après le début du programme	Efficacité du programme	Donnée non-accessibles dans les systèmes existants
8. Nombre de patients dont la glycémie à jeun a diminué ou s'est normalisée	Efficacité de la prévention du diabète type 2	
9. Nombre de patients dont l'hypertension est maîtrisée ou s'est améliorée (avec ou sans médication)	Efficacité de l'ensemble des interventions	

Volet 2 Suivi intégré des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

MPOC (Maladie pulmonaire obstructive chronique)		
INDICATEUR	INTERPRÉTATION	SOURCE D'INFORMATION
1. Nombre de patients recevant des services avec diagnostic de MPOC	Volume de la clientèle	I-CLSC et autre
2. Nombre de rencontres pour enseignement : ▪ Individuel ▪ En groupe	Approche de groupe est prouvée efficiente et il est souhaitable de la retrouver pour cette clientèle (nutrition, kinésiologie ou autre)	
3. Nombre de visites sur une base ambulatoire en clinique MPOC	Travail effectué et évaluation du besoin de cette clientèle	
4. Nombre de patients ayant maintenu ou améliorer VEMS ▪ À 6 mois et chaque année	Efficacité du suivi	
5. Nombre d'usagers hospitalisés avec diagnostic de MPOC	Peut mesurer l'impact d'un manque de suivi, absence d'un plan d'action	Med-Echo
6. Moyenne d'âge de ces individus	Identifier notre clientèle	Med-Echo
7. Nombre d'usagers ayant été hospitalisés durant l'année ▪ Deux fois et plus ▪ Trois fois et plus ▪ Quatre fois et plus ▪ Cinq fois et plus	Identifier grands consommateurs de soins, patients les plus vulnérables	Med-Echo
8. Nombre d'usagers visitant l'urgence en dedans de 30 jours post-hospitalisation	Retour à l'urgence peut signifier manque de suivi post-hospitalisation	SIURGE
9. Nombre de patients recevant des services à domicile	Liens avec les services à domicile, degré de perte d'autonomie de la clientèle	I-CLSC

CONCLUSION

En Mauricie et Centre-du-Québec, ce projet de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques est une voie incontournable pour affronter le défi déjà très actuel du vieillissement de notre population dans un contexte de pénurie de ressources. La particularité de ce projet est qu'il s'organise et s'implante simultanément. En effet, les différents réseaux locaux de services ayant débuté le développement et l'organisation de services plus ou moins intégrés pour cette clientèle. Il faut maintenant réunir les acteurs du réseau au niveau régional et concerter nos actions, à partir d'un portrait précis de la situation, afin d'atteindre une réelle intégration des services sur tout le continuum de soins. De plus, les ressources servent actuellement à répondre en deuxième ligne à une demande toujours croissante provenant de la clientèle atteinte de plusieurs maladies chroniques et à un stade avancé de la maladie. Dans un premier temps, nous souhaitons agir en prévention et dès l'apparition des facteurs de risque et au début de la maladie en misant sur la capacité des clients d'autogérer leur maladie avec le soutien approprié d'équipes interdisciplinaires et ainsi avoir un réel impact sur leur santé. Vivre en santé avec une maladie chronique est ensuite le défi à relever pour les personnes atteintes et nous devons les soutenir ensemble pour atteindre cet objectif.



Projet de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques de la Mauricie et du Centre-du-Québec « Ma santé à vie »

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

Objectifs et population cible

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

Gouvernance

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

Organisation des services

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

Activités cliniques et santé publique

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

Résultats Court terme

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

Moyen terme

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

Long terme

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

ANNEXE 1 - ÉVALUATION “ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE (ACIC)”

Volets évalués basé sur le “Chronic Care Model”

Traduction libre par Josée Massicotte

Partie 1 Organisation du système de santé

Partie 2 Liens avec la communauté

Partie 3 Niveau d'organisation des services

- 3.1 Soutien à l'autogestion
- 3.2 Fondement et lignes directrices
- 3.3 Intégration des services
- 3.3 Système informatisé de données cliniques

Partie 4 Intégration du modèle de soins chroniques

Cette évaluation a été complétée par les chargées de projet suite à la réalisation du portrait de l'offre de services de leur RLS pour les maladies chroniques ciblées. C'est une mesure qui contient une part de subjectivité mais qui peut nous donner une indication intéressante de la qualité du suivi. Quand un CSSS n'offre pas un service, il doit côter 0/11 mais cela ne signifie pas que les patients n'ont pas accès à ce service mais qu'ils doivent se les procurer dans un autre RLS.

Que cela signifie-t-il?

Cette évaluation (ACIC) permet d'évaluer la qualité des soins et le soutien accordé à la gestion intégrée des maladies chroniques. Le plus haut résultat est de 11 et le plus faible 0. Voici la grille d'interprétation des résultats :

- 0 à 2 : soutien limité pour la gestion intégrée des maladies chroniques;
- 3 à 5 : soutien de base pour la gestion intégrée des maladies chroniques;
- 6 à 8 : assez bon soutien pour la gestion intégrée des maladies chroniques;
- 9 à 11 : développement optimal pour la gestion intégrée des maladies chroniques.

**Évaluation de l'offre de services en prévention et gestion intégrée
des maladies chroniques**

Partie 1 Organisation du système de santé ; l'efficacité passe par le focus sur les maladies chroniques

Composante	Niveau D	Niveau C	Niveau B	Niveau A
Leadership général concernant l'organisation des services en maladies chroniques	Inexistant ou de peu d'intérêt	Aucune ressource allouée mais s'exprime dans la vision à long terme	Prise en charge par des ressources dédiées	Intégrée au plan stratégique à long terme, à des ressources dédiées et imputables
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Objectifs d'organisation des services en MC	Inexistants ou limités à une condition	Définis mais non réévalués	Sont définis, mesurables et suivis	Sont mesurables, suivis régulièrement et intégrés dans une planification d'amélioration continue
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Contrôle : les indicateurs de résultats	Ne sont pas utilisés pour influencer les objectifs de performance clinique	Sont utilisés pour influencer l'offre de services et son coût	Sont utilisés pour motiver le patient à atteindre ses objectifs	Sont utilisés pour motiver les intervenants et organisations à supporter les objectifs de traitements des patients
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Les leaders expérimentés ou gestionnaires	S'opposent au développement d'une offre de services pour les MC	Ne priorisent pas l'offre de services aux personnes atteintes de MC	Supportent les efforts d'amélioration de l'offre de services	Participent de façon évidente à l'amélioration de l'offre de services
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Les avantages	Découragent la responsabilisation du patient ou un changement du réseau	Ne nuisent pas mais n'encouragent pas la responsabilisation du patient ou un changement du réseau	Encouragent la responsabilisation du patient ou un changement du réseau	Sont faits spécifiquement afin de promouvoir une meilleure offre de services aux personnes atteintes de MC
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Total _____

Moyenne (total divisé par 5) _____

Partie 2 Liens avec la communauté

Composante	Niveau D	Niveau C	Niveau B	Niveau A
Les liens entre le patient et les ressources existantes dans la communauté	Ne sont pas systématiques	Sont limités à une liste de ressources communautaires identifiés et accessibles	Sont effectués grâce au support des intervenants désignés qui s'assurent que le patient en retire le maximum	Sont créés grâce à la coordination proactive entre les établissements, les ressources et les patients
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Des ententes de partenariat avec les ressources dans la communauté	N'existent pas	Sont considérées mais non implantées	Sont développées pour la mise en place de programmes et de politiques favorables	Sont recherchées activement afin de développer des programmes de soutien et des politiques formelles pour tout le réseau
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Le plan stratégique régional pour le réseau de la santé	N'offre pas de coordination tenant compte des lignes directrices, mesures ou ressources au niveau clinique	Considère la coordination tenant compte des lignes directrices, mesures ou ressources au niveau clinique mais non implantée	Prévoit la coordination des lignes directrices, mesures ou ressources au niveau clinique mais pour une ou deux conditions	Prévoit la coordination des lignes directrices, mesures ou ressources au niveau clinique pour toutes les maladies chroniques
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Total _____

Moyenne (total divisé par 3) _____

Partie 3 Pratiques cliniques prouvées efficaces dans la gestion des maladies chroniques : support à l'autogestion, organisation des services, disponibilité des données concernant les services et dossier informatisé

3.1 Soutien à l'autogestion

Composante	Niveau D			Niveau C			Niveau B			Niveau A		
L'évaluation et les données recueillies sur les besoins et activités d'autogestion	Ne sont pas effectuées			Sont attendues			Sont complétées de façon systématique			Sont évaluées régulièrement et liées à un plan de traitement disponible pour les intervenants et les patients		
Cote	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Le soutien à l'autogestion	Est limité à la distribution de documentation (pamphlets, livrets)			S'exprime par la référence à des groupes d'enseignement ou à des éducateurs			Est offert par des intervenants formés pour faire l'enseignement et le support à l'autogestion sur référence médicale			Est offert par des intervenants formés pour faire l'enseignement et le support à l'autogestion à la majorité des patients atteints de MC		
Cote	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Le soutien de la famille et des proches	N'est pas fait de façon systématique			Est accessible pour certains patients référés			Est encouragé			Est une partie intégrée de l'offre de services et inclut une évaluation systématique des besoins et le support de groupes ou de programme de coaching		
Cote	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Une approche efficace de modification du comportement et du soutien par les pairs	Est inexistante			Est limitée à la distribution de documentation (pamphlets, livrets)			Est disponible lorsque référée à un centre spécialisé avec le personnel formé			Est facilement accessible et intégrée à la pratique clinique quotidienne		
Cote	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Total _____

Moyenne (total divisé par 4) _____

3.2 Fondement et lignes directrices

Composante	Niveau D	Niveau C	Niveau B	Niveau A
Les lignes directrices	Ne sont pas disponibles	Sont disponibles mais non-intégrées aux services	Sont disponibles et soutenues par la formation continue du personnel	Sont disponibles et soutenues par la formation continue du personnel et intégrées aux services à travers des vérifications et des changements de comportements prouvés efficaces
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
L'implication des spécialistes sur l'amélioration des pratiques en première ligne	A lieu par référence traditionnelle	Est présente par le leadership des spécialistes qui s'impliquent afin que les lignes directrices soient mises à jour	Inclus des spécialistes responsables de la formation des équipes en 1 ^{ère} ligne	Inclus des spécialistes qui participe à améliorer l'offre de services en 1 ^{ère} ligne et offre la formation aux équipes basées sur les dernières lignes directrices
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
L'accès à la formation pour les intervenants	A lieu occasionnellement	A lieu de façon systématique de façon traditionnelle	Est donné selon des méthodes prouvées efficaces	La formation en équipes pour la clientèle atteinte de maladies chroniques incluant la formation aux approches communautaires et l'autogestion
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
L'information aux patients sur les lignes directrices	N'est pas transmise	Est remise lorsque demandée	Est communiquée à travers l'information spécifique remise au patient pour chaque maladie	Inclus de l'information développée afin que le patient comprenne son rôle et l'importance d'adhérer aux lignes directrices
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Total _____

Moyenne (total divisé par 4) _____

3.3 Intégration des services

Composante	Niveau D	Niveau C	Niveau B	Niveau A
L'interdisciplinarité	N'est pas pratiqué	Est assurée par la formation des personnes clés occupant un rôle central dans le modèle de soins des maladies chroniques	Est présente lors des réunions d'équipes régulières mise en place pour la vérification des lignes directrices, des rôles, des responsabilités et des problématiques influençant les services aux malades chroniques	Est assurée par des équipes de soins formées en maladies chroniques qui se rencontrent régulièrement et qui ont des rôles bien définis incluant l'éducation des patients à l'autogestion, un suivi proactif et la coordination des ressources et autres tâches
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Le leadership des équipes d'intervenants	N'est pas reconnu par les établissements ou le réseau	Est assumé par l'organisation et demeure à un niveau de définition de rôles entre partenaires	Est assuré par une personne désignée à la tête d'une équipe, mais dont le rôle n'est pas défini	Est assuré par une personne désignée à la tête d'une équipe qui s'assure que les rôles et responsabilités sont partagés et bien définis afin de prendre en charge les maladies chroniques
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Un logiciel de rendez-vous	Est utilisé pour les visites lors d'épisodes de soins aigus, les suivis et les visites de contrôle	Assure un suivi pour les patients atteints de maladies chroniques	Est souple et permet de savoir la durée des visites ou le nombre de groupes	Inclut l'organisation des soins pour un patient qui doit voir plusieurs intervenants afin qu'il puisse le faire en une seule visite
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Suivi	Est prévu de façon traditionnelle selon le besoin par le patient ou l'intervenant	Est prévu selon ce que recommandent les lignes directrices	Est assuré par l'équipe de suivi qui enregistre les visites du patient	Est adapté au besoin du patient, varie en intensité et en méthodologie (téléphone, courriel, visite) tout en assurant le respect des lignes directrices
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Visites planifiées en maladies chroniques	Ne sont pas utilisées	Sont utilisées occasionnellement pour les cas complexes	Sont une option pour les patients intéressés	Sont utilisées pour tous les patients et incluent une évaluation régulière, des interventions préventives et une attention particulière au soutien à l'autogestion
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
La continuité des soins	N'est pas une priorité	Dépend des références écrites et des résumés de dossiers qui circulent entre les intervenants et spécialistes	Est entre les mains des intervenants et spécialistes, est priorisée mais non systématique	Est une priorité et est assurée pour tous les patients atteints de maladie chronique par une coordination active des acteurs impliqués incluant les groupes communautaires
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Total _____

Moyenne (total divisé par 6) _____

3.4 Système informatisé de données cliniques

Composante	Niveau D	Niveau C	Niveau B	Niveau A
Listes informatisées des patients avec leurs diagnostics	Ne sont pas disponibles	Sont disponibles pour le nom, dx, nom du référant et date de la dernière intervention sur papier ou électroniquement	Permettent de ressortir des indicateurs concernant un groupe de la population par priorité clinique	Sont reliées aux lignes directrices en faisant ressortir un état de situation des services nécessaires
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Rappel aux intervenants	N'est pas disponible	Inclut une note concernant la présence de maladies chroniques mais ne fait pas de lien avec les services requis lors de la rencontre	Inclut des indications sur les services requis par période	Inclut des informations spécifiques pour les équipes sur le suivi des lignes directrices durant les rencontres individuelles de patients
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Rétroaction sur le travail accompli	N'est pas faite	Est faite occasionnellement de façon générale	Est faite régulièrement et permet un suivi de la performance et est spécifique à la population suivie par l'équipe	Est régulière, spécifique à l'équipe, est remise personnellement par un leader reconnu et permet l'amélioration de la performance de l'équipe
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
L'information concernant les besoins de services pour un groupe spécifique de patients	N'est pas disponible	Peut être accessible avec des efforts supplémentaires ou une programmation particulière	Est disponible à la demande mais non disponible systématiquement	Est fournie régulièrement aux intervenants pour la planification des services
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Plans de traitement individualisé	Ne sont pas prévus	Sont faits de façon standardisée	Sont faits en équipe et incluent des objectifs en autogestion et cliniques	Sont faits en équipe et incluent des objectifs en autogestion et cliniques. Ils sont utilisés pour le suivi dans tous les points de services
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Total _____

Moyenne (total divisé par 5) _____

Partie 4 Intégration du modèle de soins chroniques ; Un système de soins efficace intègre et compose avec tous les éléments du modèle de soin chronique, établissant un lien entre les objectifs d'autogestion du patient et les systèmes d'information disponibles.

Composante	Peu de soutien	Soutien de base	Bon soutien	Soutien important
L'information aux patients sur les lignes directrices	N'est pas transmise	Est transmise sur demande	Est transmise à travers l'éducation spécifique faite aux patients	Est transmise à l'aide de matériel éducatif qui inclut le rôle du patient et sa responsabilité les lignes directrices dans la gestion de sa maladie
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Les systèmes d'information	N'incluent pas les objectifs d'autogestion du patient	Incluent les résultats d'évaluation du patient mais pas les objectifs de suivi	Incluent les résultats d'évaluation du patient, les objectifs d'autogestion du patient établis en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire	Incluent les résultats d'évaluation du patient, les objectifs d'autogestion du patient établis en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire en plus de rappel aux patients et aux intervenants du suivi nécessaire ainsi que les dates de réévaluation recommandées
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Les services dans la communauté	Ne sont pas en lien avec le réseau de la santé	Font des liens à l'occasion lors des rencontres entre les responsables des organisations au sujet des services	Font des liens avec le réseau de la santé à l'aide d'outils formels sur l'évolution du patient	Font des liens avec le réseau de la santé régulièrement à l'aide d'outils formels sur l'évolution du patient, ses liens servant à adapter les services aux besoins des patients
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Gestion et planification dans les organisations au sujet des maladies chroniques	Ne sont pas basées sur une approche populationnelle	Utilise des indicateurs informatisés pour planifier les services	Utilise des indicateurs informatisés pour planifier les services basés sur l'analyse des besoins de la population incluant le développement de programmes d'autogestion et de liens avec la communauté	Utilise des indicateurs informatisés pour planifier les services basés sur l'analyse des besoins de la population incluant le développement de programmes d'autogestion et de liens avec la communauté et des évaluations de suivi planifiées pour mesurer la performance dans le temps
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Les suivis de routine, évaluations et plan de traitements	Ne sont pas assurés	Sont faits sporadiquement	Sont la responsabilité de personnes désignées (infirmières pivots)	Sont la responsabilité de personnes désignées (infirmières pivots) qui utilisent le dossier électronique pour la coordination des suivis en collaboration avec l'équipe et le patient
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Composante	Peu de soutien	Soutien de base	Bon soutien	Soutien important
L'information aux patients sur les lignes directrices	N'est pas transmise	Est remise lorsque demandée aux patients désirant se prendre en main	Est communiquée à tous les patients en vue d'une modification de comportements pour atteindre une autogestion efficace et le recours aux intervenants, au besoin seulement	Est révisée par l'équipe interdisciplinaire et le patient en vue d'une modification de comportement en lien avec les lignes directrices, les objectifs du patient et sa capacité à s'adapter
Cote	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Total _____

Moyenne (total divisé par 6) _____

Résultat final (additionnez les totaux de chaque tableau)

Organisation du système de santé _____

Liens avec la communauté _____

Soutien à l'autogestion _____

Fondement et lignes directrices _____

Intégration des services _____

Système informatisé de données cliniques _____

Intégration du modèle de soins chroniques _____

Résultat final de la gestion intégrée des maladies chroniques _____

Résultat moyen (total divisé par 7) _____

Interprétation du résultat :

0 à 2 : soutien limité pour la gestion intégrée des maladies chroniques

3 à 5 : soutien de base pour la gestion intégrée des maladies chroniques

6 à 8 : assez bon soutien pour la gestion intégrée des maladies chroniques

9 à 11 : développement optimal pour la gestion intégrée des maladies chroniques

RÉSULTATS D'ÉVALUATION ACIC

22 juin 2009

	MPOC	DIABÈTE	INSUFFISANCE RÉNALE	MALADIES CARDIOVASCULAIRES	TOTAL (sur 11)
Établissement #1	3.2	10	10.4	10	8.4
Établissement #2	405	402	3.4	2.4	3.6
Établissement #3	8.5	8.5	3.4	8.5	7.2
Établissement #4	8.5	8.0	6.1	6.5	7.3
Établissement #5	2.8	4.3	2.8	2.2	3.0
Établissement #6	3.1	8.1	0	8.1	4.8
Établissement #7	0	6.8	1.8	1.8	2.6
Établissement #8	6.2	5.1	0	1.7	3.3
Établissement #9	3.8	7.5	7.5	4.9	6.0
TOTAL / 11 pour la région 04	4.4	6.9	3.9	5.1	5.1

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous les collaborateurs qui ont accepté de partager leur expérience et leur expertise avec les chargées de projet afin de permettre l'avancement des travaux.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Programme-service santé physique; maladies chroniques. (Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscaminque), Marie-Josée Racicot 2004.
- 2) Portrait de la condition physique de l'adulte, Statistique Canada, 2009.
- 3) Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques (mai 2007, ministère de la Santé et des Services sociaux).
- 4) Stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques. Plan d'action 2008-2013. (ministère de la Santé et des Services sociaux, Mars 2008.)
- 5) Plan d'action régionale en santé publique 2009-2012, (Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et Centre-du-Québec).
- 6) Portrait du directeur de santé publique 2003 : les habitudes de vie et les maladies chroniques en Mauricie et au Centre-du-Québec : Mieux comprendre pour mieux intervenir. (Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et Centre-du-Québec).
- 7) L'Accessibilité et la continuité des services de santé : une étude de première ligne au Québec (Mai 2008).
- 8) Coordination des soins et des services avec l'approche de suivi systématique des clientèles dans la communauté (Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et Centre-du-Québec, Juillet 2005).
- 9) Analyse de la mortalité par territoire de CSSS et pour la région 04 (Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et Centre-du-Québec).
- 10) L'intégration des pratiques cliniques préventives (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec).
- 11) PRIISME : Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois (Léonard Aucoin, mars 2005).
- 12) 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. (MSSS, mars 2010).

- 13) L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec : barrières et éléments facilitants (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Décembre 2007).
- 14) La réadaptation pulmonaire, pièce maîtresse de la gestion intégrée de la maladie pulmonaire obstructive chronique, une évidence! (RQAM, novembre 2008).
- 15) Vivre en santé avec une maladie chronique (Karen Lorig, Halted Holman, David Sobel, Diana Laurent, Sonia Gonzalez et Marian Minor. Bull publishing. 2008).
- 16) Réflexion sur l'organisation des soins et des services pour les patients atteints de maladies chroniques et leurs proches (Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Novembre 2005).
- 17) Assessment of Chronic Illness Care (ACIC), A National Program of the Robert Wood Johnson Foundation Group Health Cooperative of Puget Sound , Seattle.
- 18) Obesity in the United States Workforce (National Health and Nutrition Examination Survey) 1999-2000.
- 19) Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2009 (Le Commissaire à la santé et au bien-être).



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

Québec 

CENTRE ADMINISTRATIF

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

BUREAU

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

www.agencesss04.qc.ca