

Programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques

- **Contexte, définition et état de situation régional**
- **Orientations régionales 2007-2012**
- **Plan régional de mise en oeuvre**

Estrie 2007-2012

Adopté par le conseil d'administration le 17 octobre 2007

Dans ce document, le genre masculin est utilisé dans le seul but d’alléger le texte et, lorsqu’il y a lieu, désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Reproduction totale ou partielle autorisée avec mention de la source

Document disponible sur le site Web de l’Agence
www.santeestrie.qc.ca/agence

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Bibliothèque et Archives du Canada
ISBN 978-2-9211776-53-0

TABLE DES MATIÈRES

Contribution à l'élaboration du <i>programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques</i>	v
Sigles utilisés dans le document	vii

Préambule.....	1
Introduction.....	1
Documents de référence	2

PARTIE I - CONTEXTE, DÉFINITION ET ÉTAT DE SITUATION

1. Définition du <i>programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques</i>	5
1.1 Contexte et historique du programme	5
1.2 Définition et problématique.....	8
1.3 Approches théoriques privilégiées en prévention et gestion des maladies chroniques	9
1.3.1 Approche en gestion de maladies chroniques : Modèles et stratégies.....	10
1.3.2 Approche en prévention des maladies chroniques : une approche intégrée s'appliquant principalement à trois habitudes de vie	12
1.4 Clientèles visées	14
1.5 But et objectifs du <i>programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques</i>	14
1.6 Organisation des services	15
1.6.1 Gamme de services à offrir	15
1.6.2 Ajustement de l'offre de service au degré d'atteinte des personnes	19
1.7 Interfaces	21
2. État de situation en Estrie	21
2.1 Portrait sommaire des maladies chroniques et ses principaux facteurs de risque	21
2.2 Bilan sommaire des réalisations estriennes en prévention et gestion des maladies chroniques ..	27
2.2.1 Services de santé publique en matière de promotion de la santé et de prévention.....	27
2.2.2 Les programmes en santé physique.....	28
2.2.3 Quelques constats généraux	32

PARTIE II - ORIENTATIONS RÉGIONALES 2007-2012

3. Orientations et priorités régionales 2007-2012	35
3.1 Principes directeurs	35
3.2 Orientation en matière d'organisation des services : accessibilité, continuité et qualité.....	35
3.2.1 L'accessibilité	36
3.2.2 La continuité.....	37
3.2.3 La qualité.....	38
3.3 Priorités 2007-2012	39
3.4 Contribution des partenaires.....	40
4. Évaluation et reddition de comptes	44
5. Éléments administratifs et de soutien aux services	45
5.1 Enjeux des ressources humaines	45
5.2 Enjeux du soutien informatique.....	46
5.3 Enjeux du financement	47
5.4 Enjeux des communications	48

PARTIE III - PLAN RÉGIONAL DE MISE EN ŒUVRE

6. Plan régional de mise en œuvre 2007-2012	51
--	-----------

ANNEXES

1. : Contexte à l'élaboration du <i>programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques</i>	63
2. : Données sociosanitaires	67
3. : Portrait des interventions de santé publique en lien avec les maladies chroniques et les habitudes de vie	83
4.-A : Programme intégré de prévention des maladies chroniques de type : « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION »	89
4.-B : Démarche participative en sept étapes	94
4.-C : Exemple de calendrier des événements par habitudes de vie 2006	95
5. : La hiérarchisation des services	97

CONTRIBUTION À L'ÉLABORATION DU PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PHYSIQUE : PRÉVENTION ET GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

Nous tenons à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à l'élaboration de ce document :

Direction : Lynda Périgny
Coordination et rédaction : Francine Boulanger et Robert Pronovost
Collaborateurs principaux : Denyse Lamontagne et Michel Carbonneau
Autres collaborateurs : Denise Beauséjour, Alain Ouellet, Johanne Paradis, Carole Roy, Denise Roberge, Ginette Noël et Raymonde Vaillancourt

Les membres du comité consultatif :

Pour le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) :

- Docteur Serge Lepage
- Docteure Ghislaine Houde
- Christine Lessard
- Linda Cormier
- Madeleine Provencher

Pour les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) :

- Donald Chrétien, CSSS des Sources
- François Therrien, CSSS du Granit
- Johanne Archambault, CSSS-IUGS
- Louise Gagnon, CSSS du Val-Saint-François

Pour le Département régional de médecine générale (DRMG) :

- Docteure Raymonde Vaillancourt

Pour les organismes de la communauté :

- Brigitte Lambert, Fondation des maladies du cœur
- Charles Lamontagne, ROC Estrie

Pour la Direction de la santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (ASSSE) :

- Docteur Robert Pronovost, médecin-conseil, Service prévention promotion
- Michel Carbonneau, agent de recherche, Service soutien méthodologique et de l'évaluation
- Docteure Denise Beauséjour, médecin-conseil, Service prévention promotion

Pour la Direction de l'organisation des services (DOS) de l'ASSSE :

- Francine Boulanger, chargée de projet
- Denyse Lamontagne, agente de planification, de programmation et de recherche

Les membres du comité de pilotage de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie concernant les projets cliniques.

Mise en pages et traitement de texte : Marie-Eve Brière

SIGLES UTILISÉS DANS LE DOCUMENT

ADRLSSSE	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l’Estrie
ADS	Analyse différenciée selon les sexes
ASPQ	Association de santé publique du Québec
ASSSE	Agence de la santé et des services sociaux de l’Estrie
AVC	Accidents cérébraux vasculaires
CAT	Centre d’abandon du tabagisme
CEA	Centre d’enseignement sur l’asthme
CHSLD	Centre d’hébergement et de soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	Centre local de services communautaires
CQTS	Conseil québécois sur le tabac et la santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DEA	Défibrillateur externe automatisé
DOS	Direction de l’organisation des services
DSP	Direction de la santé publique
DSPE	Direction de la santé publique et de l’évaluation
DRMG	Département régional de médecine générale
ÉES	École en santé
FTS	Fumée de tabac secondaire
GMF	Groupe de médecine de famille
GTPPP	Groupe de travail provincial sur la problématique du poids
IC	Insuffisance cardiaque
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MCV	Maladies cardiovasculaires
MELS	Ministère de l’Éducation, du Loisir et du Sport
MOS	Modèle d’organisation des services
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d’évaluation multiclientèle
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSBL	Organismes sans but lucratif
PAL	Plan d’action local de santé publique de l’Estrie
PALV	Perte d’autonomie liée au vieillissement
PAR	Plan d’action régional de santé publique de l’Estrie
PCP	Pratique clinique préventive
PII	Plan d’intervention individualisé
PIPMC	Plan intégré de prévention des maladies chroniques
PNSP	Programme national de santé publique
PQAT	Plan québécois d’abandon du tabagisme
PQLT	Plan québécois de lutte contre le tabagisme
PQDCS	Programme québécoise de dépistage du cancer du sein
PSI	Plan de services individualisé
RAMQ	Régie de l’assurance-maladie du Québec
RCR	Réanimation cardio-respiratoire
RLS	Réseau local de services
RQAM	Réseau québécois d’asthme et de la MPOC
RRSSSE	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l’Estrie
RUIS	Réseau universitaire intégré de services
SCC	Société canadienne du cancer
SP	Santé physique

PRÉAMBULE

Ce document concernant le *programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques* est composé de trois sections distinctes, soit :

- Contexte, définition et état de situation régional;
- Orientations régionales de l'Estrie 2007-2012*;
- Plan régional de mise en œuvre.

Nous avons mené ces travaux afin de soutenir la réalisation des projets cliniques dans chacun des territoires de CSSS. Divers documents de référence ont balisé les travaux effectués. Une consultation a été réalisée auprès d'un comité consultatif créé à cet effet afin d'obtenir des avis et commentaires, et ce, tant sur l'état de situation des services en Estrie, sur le modèle organisationnel et clinique que sur les orientations et priorités régionales proposées.

INTRODUCTION

L'importance du phénomène des maladies chroniques, tant en Estrie qu'au Québec et dans les autres sociétés occidentales, n'est plus à démontrer. Même si les maladies chroniques sont différentes les unes des autres, les personnes atteintes et leur entourage doivent affronter des défis communs : vivre avec les symptômes et les incapacités, gérer les impacts émotionnels de la maladie, subir des traitements médicaux et pharmaceutiques complexes, apporter des ajustements difficiles à leur style de vie ainsi qu'interagir fréquemment avec une multitude d'intervenants de santé et de services sociaux. Les maladies cardio et cérébro-vasculaires, l'hypertension, l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le diabète et l'obésité sont parmi les plus préoccupantes par leur ampleur et leurs conséquences. Plusieurs de ces maladies chroniques sont évitables : des facteurs de risque bien identifiés liés aux habitudes de vie des individus – tabagisme, mauvaise alimentation, manque d'activité physique, etc. – sont souvent la cause de leur développement.

Pour faire face à ces problèmes, des modèles conceptuels de gestion des maladies chroniques ont été expérimentés dans plusieurs pays et sont en voie d'implantation au Canada et dans certaines régions du Québec. Le présent document, inspiré des modèles de gestion des maladies chroniques, précise les paramètres d'une organisation des services intégrée de façon à favoriser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts. Il présente des orientations et des pistes d'action liées à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé, aux pratiques cliniques préventives, au traitement et au contrôle de la maladie, à la réadaptation ainsi qu'aux activités de soutien et d'accompagnement.

Le document identifie finalement les conditions ou leviers requis pour assurer l'actualisation des orientations. De plus, il précise les mécanismes à mettre en place pour développer et rendre disponible, d'ici 2010, des outils propres à soutenir les organisations et les intervenants sur des thèmes aussi variés que le travail en interdisciplinarité, les protocoles cliniques associés à la préoccupation de performance clinique, le dossier clinique partageable, la formation, le partage d'expertise et la gestion du changement.

Soulignons que les cancers, une problématique parmi les plus importantes en maladie chronique, ne sont pas traités dans le présent document faisant l'objet d'une programmation exclusive et complète en soi, soit le *programme-services Santé physique : Cancer et Soins palliatifs*, adopté par le conseil d'administration de l'Agence le 25 octobre 2006. C'est également à l'intérieur de ce programme-services qu'est retrouvée la description des services de fin de vie et de soins palliatifs à offrir aux personnes atteintes d'une maladie chronique en Estrie (que ce soit de cancer, de MCV ou d'autres maladies chroniques). Une telle description ne sera pas reprise dans le cadre du présent programme-services.

Soulignons que devant l'importance de partager une même vision et d'indiquer la direction prise, ce document décrit le programme-services dans la perspective de sa finalité, soit l'adoption d'un modèle et d'une programmation cadre en matière de prévention et de gestion de maladies chroniques en Estrie. Cependant, sa mise en œuvre sera progressive et en fonction des ressources disponibles. De plus, selon les principes mêmes d'une démarche de concertation, l'implantation complète des diverses composantes du modèle devra se faire en collaboration avec les différents partenaires concernés et en respectant les structures organisationnelles existantes.

* Vu les orientations ministérielles déposées récemment ainsi que l'allocation de budgets de développement substantiels à l'été 2007, la planification et la mise en place de ce Programme-services se fera sur 2007-2012.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Divers documents contribuent à faire évoluer l'organisation actuelle de services auprès de cette clientèle. Citons entre autres choses :

- MSSS, *Projet clinique, cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et des services sociaux*, document principal, octobre 2004.
- Plan stratégique 2006-2010 du MSSS :
- Priorités ministérielles;
- Enjeux, orientations, axes et objectifs.
- Les Documents ministériels en appui aux projets cliniques : Programme santé physique – Volet : maladies chroniques (Document de travail, version 1, mai 2006).
- MSSS, *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques*, document de travail, 17 mai 2007.
- Les Documents ministériels en appui aux projets cliniques : Programme-services Santé publique (Document de travail, version 1, mars 2006).
- Cahier des charges 2007-2008 – ententes de gestion et d'imputabilité à intervenir entre l'ASSSE et le MSSS du Québec.
- MSSS du Québec, *L'organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale par des traitements de dialyse*, Document d'orientations, Québec, janvier 2007.
- Programme national de santé publique 2003-2012.
- Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, ASSSE-DSP.
- Rapport final, *Chantier « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION »* (juillet 2005);
- MSSS, Cadre de référence (document de travail), *Vers une stratégie québécoise de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques*;
- Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux par l'équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention (Rapport Perreault) : *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes*.
- Les documents du groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP).
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, 1994 et mises à jour.

Le présent texte sur le *programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques* a été élaboré en s'inspirant de l'ensemble de ces ouvrages ainsi que d'autres références retrouvées tout au long du document.

PARTIE I

Contexte, définition et état de situation régional

1. DÉFINITION DU PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PHYSIQUE : PRÉVENTION ET GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

1.1 Contexte et historique du programme

CONTEXTE DE LA TRANSFORMATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

En décembre 2003, une loi (Loi 25) introduisit au cœur du réseau de la santé et des services sociaux deux grands principes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Dorénavant, les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local sont amenés à *partager collectivement une responsabilité* à son endroit, en agissant :

- d'une part, pour favoriser l'accès, la continuité et la qualité des soins de santé et des services sociaux offerts à la population :
 - de la prévention aux soins de fin de vie,
 - en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux,
- et, d'autre part, pour améliorer l'état de santé et le bien-être de la population en réalisant des actions au profit de toute la population ou de groupes en particulier.

Pour répondre aux nouvelles mesures législatives, organisationnelles et cliniques, l'élaboration de neuf programmes-services ont été entrepris en Estrie dont le présent, le *programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques*. L'annexe 1 présente sommairement les changements organisationnels et cliniques imposés par le Projet clinique.

CONTEXTE PROVINCIAL EN MATIÈRE DE MALADIES CHRONIQUES

Depuis quelques années, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) présente une vision, des principes et stratégies d'intervention et même, dans une certaine mesure, certains services à offrir en matière de maladies chroniques. Voici certains événements clés au niveau provincial qui abondent dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme-services de prévention et de gestion des maladies chroniques.

1998 – Lancement du Plan québécois de lutte contre le cancer (PQLC) et du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

1999 – FORUM NATIONAL SUR LES URGENCES

La préoccupation de soins intégrés a fait l'objet d'une orientation visant une meilleure continuité de soins aux clientèles vulnérables, notamment les personnes âgées en perte d'autonomie et celles atteintes de maladies chroniques.

2000 – PLAN DE CONTINGENCE DES URGENCES

Le Plan d'action du MSSS est venu renforcer l'orientation des soins et services intégrés en y apportant le soutien nécessaire aux modèles et aux expériences efficaces de réseaux intégrés.

2000 – Le rapport de la Commission Clair recommande la mise en place de réseaux de services intégrés pour les personnes avec des maladies complexes, souvent de nature chronique.

2003 – Le programme national de santé publique 2003-2012¹ formule des objectifs portant sur les maladies chroniques et sur les habitudes de vie.

2003 – Le Plan de la santé et des services sociaux « Pour faire les bons choix » publié par le MSSS à l'automne 2002 mentionne qu'il faut s'assurer de la présence d'une équipe interdisciplinaire de suivi pour les personnes atteintes d'une maladie chronique et de garantir un accès dans tous les territoires de CLSC à des services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques (diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), problèmes cardiovasculaires, cancer, etc.).

2004-2005 – Plan d'action de lutte contre le cancer

2006 – DÉPÔT DE DOCUMENTS PAR LE MSSS

- Accès aux services pour les personnes atteintes de maladies chroniques : l'organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale par des traitements de dialyse.
- Les Documents ministériels en appui aux projets cliniques : Programme santé physique – Volet : maladies chroniques.

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.

2007 – Des orientations ministérielles concernant les maladies chroniques seront déposées au printemps 2007.

2007-2008 – Dans son Cahier des charges 2007-2008², le MSSS établit parmi ses priorités la prévention et la gestion des maladies chroniques et entend ainsi emboîter le pas en soutenant la mise en œuvre d'une approche globale et intégrée de prévention et de gestion qui peut s'appliquer à la plupart des maladies chroniques, et ce, en vue de réduire la prévalence et l'impact de ce fléau sur les personnes, leur entourage et le système de soins. Cette démarche vient appuyer les initiatives déjà en cours dans le réseau pour agir au regard d'une ou de maladies chroniques spécifiques.

Soulignons finalement que divers travaux provinciaux, notamment en matière de lutte à l'obésité, exercent d'importantes pressions sociales et politiques sur la réalisation d'interventions intersectorielles en lien avec les maladies chroniques et les habitudes de vie. Citons les travaux issus :

- de l'Association de santé publique du Québec (AS PQ) et de son groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP);
- de l'équipe de travail, présidée par monsieur le maire Jean Perrault, mandatée en 2004 par le Conseil des ministres suite au Forum des générations pour mobiliser les efforts en prévention, particulièrement pour contrer l'obésité chez les jeunes (rapport intitulé *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes* qui fut présenté au ministre de la santé et des services sociaux);
- de la Table de concertation nationale en prévention et en promotion (Direction générale de santé publique, MSSS) et de ses différents chantiers sur l'obésité dont celui sur le « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION ».

CONTEXTE RÉGIONAL EN MATIÈRE DE MALADIES CHRONIQUES

L'approche, le modèle, les orientations et les priorités énoncés dans ce document s'inscrivent en continuité et en complémentarité avec divers travaux réalisés ou en cours en Estrie. Citons :

- les programmes régionaux en santé cardiovasculaire, soit : la réadaptation cardiaque et l'insuffisance cardiaque;
- les MPOC et l'asthme;
- le diabète;
- le *Programme de prévention des maladies chroniques au sein des services généraux des CSSS*.

Maladies cardiovasculaires

DEPUIS 1986 – La problématique des maladies cardiovasculaires (MCV) a été reconnue comme prioritaire en Estrie.

1994-1997 – PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Les MCV sont la priorité numéro 1.

1996 – Adoption du modèle d'organisation des services (MOS) en santé cardiovasculaire par la Régie Régionale

2000-2001 – PLAN D'ACTION DE LA RÉGIE RÉGIONALE

La Régie fait de la santé cardiovasculaire une de ses priorités et fixe comme objectif l'établissement d'une programmation régionale en ce domaine. Les travaux mènent à l'identification de deux problématiques à traiter en tout premier lieu : la réadaptation cardiaque et l'insuffisance cardiaque.

La Régie établit également un partenariat avec l'Université de Sherbrooke et participe ainsi au projet de démonstration de la faculté de médecine comme Centre collaborateur de l'OMS pour la stratégie internationale : *Vers l'unité pour la santé*.

2003 – Portrait de la situation – Les maladies cardiovasculaires en Estrie

Insuffisance cardiaque

NOVEMBRE 2001 – Le comité directeur en santé physique de la Régie régionale de l'Estrie recommande l'implantation d'un programme d'intervention pour la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque.

NOVEMBRE 2003 – Ouverture de la Clinique d'insuffisance cardiaque au CHUS.

² Cahier des charges 2007-2008 – ententes de gestion et d'imputabilité à intervenir entre l'ASSSE et le MSSS du Québec.

EN 2005-2006 – Dans une perspective de création d’un réseau régional intégré en insuffisance cardiaque, une coordination régionale est créée entre les hôpitaux périphériques pour l’implantation éventuelle de cliniques d’insuffisance cardiaque dans les CSSS (dans les établissements opérant un service d’urgence 24/7). Une formation est donnée aux infirmières pivot des CSSS.

HIVER 2007 – Implantation des cliniques d’insuffisance cardiaque dans les CSSS de l’Estrie.

Réadaptation cardiaque

ÉTÉ 2002 – Implantation du programme de réadaptation cardiaque au CHUS, le CHUS-Actif.

AUTOMNE 2004 – Déploiement dans les 7 MRC de la région 05 du programme régional de réadaptation cardiaque.

Maladies respiratoires

À la suite du Plan de contingence visant le désengorgement des urgences :

MPOC

1998 – Modèle d’organisation des services (MOS) Programme de la santé respiratoire région 05.

2000-2001 – Constitution d’un fonds provincial de 8 millions pour soutenir les milieux adoptant une véritable approche de gestion intégrée des services : Soutien à l’intégration des services aux personnes âgées et aux personnes souffrant de problèmes respiratoires importants.

2002 – Soutien financier régional aux travaux d’implantation du Réseau MPOC de l’Estrie.

2003 – Formation en MPOC. Insuffisance cardiaque – Projet provincial de formation.

2003 – Implantation du Réseau MPOC dans les 7 MRC de la région 05.

Asthme :

1992 – Centre d’enseignement sur l’asthme (CEA) : Programme d’éducation de sensibilisation et de prise en charge des patients asthmatiques au CHUS.

2005 – Transfert au CSSS-IUGS.

Diabète

1991 – Ouverture du Centre de jour du diabète de l’Estrie au CHUS.

- Services d’enseignement offerts aux CSSS des Sources et du Val-Saint-François.
- Avec la venue des GMF, un suivi individuel est offert dans la majorité des GMF de la région.

Insuffisance rénale

2002 – Clinique P.R.E.V.O.I.R., Clinique de pré-dialyse : (Prévention optimale de l’insuffisance rénale) au CHUS.

Programme de prévention des maladies chroniques au sein des services généraux des CSSS

En octobre 2002, était adopté par le conseil d’administration de la Régie régionale de l’Estrie le *Programme de prévention des maladies chroniques au sein des services de santé courants des CLSC* (devenu le *Programme de prévention des maladies chroniques au sein des services généraux des CSSS*) touchant les champs cliniques de : *la cessation tabagique, l’alimentation et l’activité physique*. Ce programme utilise des interventions brèves (brief counseling) par les intervenants des CSSS et offre aux personnes à risque des services de counseling intensifs par rapport aux habitudes de vie ciblées (incluant les services du Centre d’abandon du tabagisme).

Plans d’action locaux et régional de santé publique

Parmi les autres travaux régionaux importants exerçant une influence sur le présent programme-services, soulignons l’adoption des plans d’action locaux et régional³ de santé publique 2004-2007 précisant les activités à entreprendre ou à consolider quant aux fonctions de surveillance, de promotion, de prévention et de protection en matière de santé, dont plusieurs éléments concernant le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques.

³ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L’ESTRIE (2004). *Plan d’action régional de santé publique de l’Estrie 2004-2007 (PAR-SP)*, Sherbrooke, Direction de santé publique et de l’évaluation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 275 p.

1.2 Définition et problématique

DÉFINITION

Les maladies chroniques se caractérisent par une origine non contagieuse, par un cumul et l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque multiples tout au long de la vie d'une personne, par une longue période de latence et un cours prolongé, par des dérangements fonctionnels ou des incapacités et souvent par l'incurabilité^{4, 5}. Les principales maladies chroniques, en termes de morbidité et de mortalité, sont les maladies cardiovasculaires (MCV) incluant les cardiopathies ischémiques, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle et l'accident cérébro-vasculaire, le cancer, le diabète, l'obésité, les maladies respiratoires chroniques (maladie pulmonaire obstructive chronique et asthme), les maladies de l'appareil musculosquelettique (arthrite, arthrose, ostéoporose), les maladies neuro-dégénératives (Alzheimer, Parkinson) et les maladies buccodentaires⁶ ainsi que leurs déterminants. Soulignons que pour l'OMS, les maladies chroniques comprennent, en plus, des maladies non transmissibles : des maladies transmissibles persistantes (ex. : VIH/SIDA); des troubles mentaux durables et des incapacités physiques permanentes.

Soulignons que pour le MSSS, dans son document de travail (mai 2006) intitulé « Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, Projet clinique Santé physique volet : maladies chroniques », l'insuffisance rénale fait partie de la liste des maladies chroniques. En fait, l'insuffisance rénale est effectivement une condition chronique qui peut résulter d'un problème vasculaire, du diabète, etc.

Le MSSS, dans son document de travail⁷ « Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques,», se concentre sur les maladies chroniques suivantes :

- les maladies cardiovasculaires;
- le diabète de type 2;
- la maladie pulmonaire obstructive chronique;
- l'asthme;
- les maladies du système ostéo-articulaire.

En Estrie, aux fins du présent programme-services **2007-2012**, les maladies chroniques ciblées en priorité sont les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'asthme et le diabète de type 2.

Le choix de ces maladies repose sur l'importance de celles-ci, notamment en terme d'impact sur la santé (mortalité et morbidité), sur la qualité de vie et sur les services (voir section 2.1), mais aussi parce qu'elles constituent fréquemment des comorbidités retrouvées chez les mêmes individus ou groupes d'individus (ex. : diabète et MCV). Partageant des éléments de pathogénèse semblables dont des habitudes de vie néfastes pour la santé, ce choix permet d'optimiser des stratégies de prévention. Il permet également de consolider, d'intégrer et d'harmoniser plusieurs programmes entrepris en Estrie (réadaptation cardiaque, clinique d'insuffisance, réseau MPOC, etc.).

PROBLÉMATIQUE

En regard de la problématique engendrée par les maladies chroniques, soulignons que celles-ci sont en grande partie responsables de la diminution de la qualité de vie de milliers d'Estriens en plus d'être une cause importante de mortalité précoce. Elles font de plus en plus l'objet de préoccupations étant donné, d'une part, le vieillissement de la population qui entraîne une hausse du nombre de personnes atteintes de ces maladies et, d'autre part, l'augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque qui y sont associés. Elles exercent également des pressions importantes sur les services et conséquemment sur les coûts du réseau de la santé. La mise en œuvre d'une approche globale et intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques est nécessaire, et ce, en vue de réduire la prévalence et l'impact de ce fléau sur les personnes, leur entourage et le système de santé. De plus, la majorité de ces maladies chroniques ont en commun des facteurs de risque modifiables sur lesquels il est possible d'agir. Au nombre de ces facteurs, se retrouvent certaines habitudes de vie (ex. : tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité), des facteurs biologiques (ex. : excès de poids, hypertension, dyslipidémies, dysglycémie) et des facteurs socioenvironnementaux (ex. : accès limité à des aliments sains à des coûts abordables, présence de fumée de tabac secondaire (FTS), inégalités socioéconomiques, etc.)⁸. Soulignons que le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité représentent les trois premières causes

⁴ McKenna MT, Taylor WR, Marks JS, Koplan JP. *Current Issues and Challenges in Chronic Disease Control in Chronic Disease Epidemiology and Control*, 2nd ed., Brownson RC, Remington PL, Davis JR (ed), APHA, Washington 1998.

⁵ Lévesque JF, Déry V. *Vers la santé durable : l'organisation des interventions en santé du cœur – le modèle promotion des habitudes de vie saines et prévention des maladies chroniques non transmissibles*. Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2001.

⁶ International Union for Health Promotion and Education. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. : Shaping Public Health in a New Europe -A Report for the European Commission*. Brussels, 1999.

⁷ MSSS, *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques*, document de travail, 17 mai 2007.

⁸ Brigitte LACHANCE, Julie COLGAN et Sylvie MARTEL. *Vers une stratégie québécoise de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques. Cadre de référence* (document de travail), Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 2005, p.8. (à paraître).

directes de mortalité, toutes causes confondues. Des interventions sont ainsi à réaliser tant pour rejoindre les individus que pour modifier les facteurs environnementaux qui structurent et encadrent les décisions individuelles et les comportements tels que la disponibilité des produits, les structures physiques, les structures sociales et politiques ainsi que les messages culturels et médiatiques.

Les maladies tels le diabète, les maladies cardiovasculaires (MCV) et les maladies pulmonaires obstructives chroniques sont des maladies progressives et irréversibles. Au fur et à mesure de leur évolution, elles ont un impact de plus en plus marqué sur les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des personnes atteintes et de leurs proches. Ces maladies chroniques demandent une approche adaptée à la situation des patients.

L'approche de soins aux malades chroniques diffère de celle des soins aigus. Il ne s'agit pas de guérir la personne atteinte : on vise à réduire la détérioration des conditions de santé. Le suivi systématique et l'implication concertée de tous les intervenants sont essentiels pour maintenir une qualité de vie aux patients, notamment en prévenant les hospitalisations et les fréquentes visites à l'urgence. La composante éducation, réadaptation et autogestion de la maladie par le patient constituent des éléments essentiels du traitement et demandent souvent un changement de culture de la part du personnel soignant qui est formé pour prendre en charge la personne malade. Les proches et divers partenaires de la communauté sont appelés à jouer un rôle important dans les services à apporter.

1.3 Approches théoriques privilégiées en prévention et gestion des maladies chroniques

L'évolution médicale et technologique, l'augmentation de la longévité, le vieillissement de la population, la présence grandissante de facteurs de risque chez un plus grand nombre d'individus et, dans bien des cas, à un plus jeune âge viennent alourdir le fardeau des maladies chroniques et imposent de nouvelles façons d'aborder celles-ci. La culture et la structure actuelle de l'offre de service en matière de santé reflètent notre préoccupation de répondre notamment aux besoins de soins aigus ou temporaires. Cette orientation vers des soins aigus se reflète par l'emphase sur le diagnostic des maladies, les consultations initiées par les patients et les traitements à visée curative ou de soulagement des symptômes⁹. Or, émerge la nécessité d'agir non seulement sur les personnes nouvellement atteintes ou qui présentent des complications, mais d'agir d'une façon proactive. Citons¹⁰ :

- Prévenir l'apparition de facteurs de risque évitables (en favorisant par exemple l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie);
- Intervenir précocement sur les maladies (dépistage et diagnostic précoce, contrôle de facteurs de risque telle la dyslipidémie, etc.);
- Prévenir/ralentir la progression et l'apparition des complications (suivi systématique, approche interdisciplinaire, autogestion, etc.).

Une approche systématique et cohérente de prévention et de gestion des maladies chroniques est nécessaire, celle-ci devant faire l'objet d'une vision, de principes et d'objectifs communs et partagés par l'ensemble des décideurs, des gestionnaires, des professionnels et des divers intervenants concernés dans la communauté.

Cette vision implique la pertinence d'intégrer, aux services offerts dans la région et dans chacun des réseaux locaux de services, la promotion de la santé et la prévention par des stratégies diversifiées (notamment éducationnelles et environnementales) auprès non seulement des individus, mais aussi des groupes vulnérables et de la population en général. Elle implique également une participation active des gens, des familles et des communautés à leur santé. Elle nécessite de consolider l'offre de service dans un continuum allant de la prévention aux soins palliatifs, dans une approche de mise en réseau et de hiérarchisation des services.

Afin d'élaborer une prévention et une gestion efficace des maladies chroniques, le présent programme-services est inspiré de modèles et de stratégies appuyés par une abondante littérature. Il s'avère important de réaliser que les modèles et stratégies théoriques présentés à la section suivante servent, dans le présent contexte, à déterminer une vision, des principes directeurs, la nature et la gamme de services à mettre en place. La partie II « Les orientations régionales de l'Estrée 2007-2012 » présente les éléments retenus et schématisés aux tableaux 3 et 4. Il n'est nullement visé l'application intégrale d'un des modèles théoriques.

⁹ National Public Health Partnership, Preventing Chronic Disease: A Strategic Framework, Background Paper, Australie, Octobre 2001, p.22.

¹⁰ Idem, p. 6.

1.3.1 APPROCHE EN GESTION DE MALADIES CHRONIQUES : MODÈLES ET STRATÉGIES

Un modèle préliminaire d'organisation de services a été développé au milieu des années 1990 aux États-Unis par le *Group Health Cooperative*¹¹ de Seattle. Ce modèle favorise une approche plus populationnelle de soins aux maladies chroniques reconnaissant qu'il faut passer d'un modèle organisationnel de soins basés sur les maladies aiguës à un modèle organisationnel qui met l'accent sur la gestion des maladies chroniques. Parallèlement à ces travaux, le mouvement de la « médecine fondée sur des données probantes » (*evidence-based medicine*) prenait de l'ampleur. Ses promoteurs invitaient la communauté médicale à tenir compte des meilleures données scientifiques dans la prise de décision concernant les soins et traitements à fournir aux patients, de façon à réduire la variation observée. On parle ici d'interventions efficaces et prometteuses. Le tout a mené à l'élaboration du « *Modèle de soins des maladies chroniques* » (*Chronic Care Model*), modèle intégré de gestion des maladies chroniques touchant six axes principaux d'interventions. Ce modèle est en voie d'implantation et de généralisation dans de plus en plus de régions aux États-Unis, au Canada et même ici au Québec (en Abitibi).

Une version modifiée a été proposée et est utilisée entre autres en Colombie Britannique. L'« *Expanded Chronic Care Model* »¹² attribue un rôle actif à la communauté (comme milieu d'intervention, mais aussi comme acteur), intervient davantage sur les déterminants de la santé dont les environnements et permet une place plus grande à la promotion de la santé.

Le modèle « *Expanded Chronic Care Model* » (figure 1) propose les assises suivantes¹³ :

- **Approche intégrée des maladies chroniques dans l'organisation du système de santé :**
Développer et implanter un programme structuré et planifié de lutte contre les maladies chroniques présentant une vision, des principes directeurs, des objectifs, etc. communs et partagés par les principaux acteurs et détenteurs d'enjeux du système de la santé, mais également par les partenaires concernés de la communauté. D'entrée de jeux, les ressources et politiques de la communauté doivent prendre place au côté de l'organisation du système de la santé dans une approche systémique aux maladies chroniques. Un engagement de tous les partenaires est essentiel.
- **Ressources et politiques de la communauté :**
 - Mobiliser les ressources de la communauté et former des partenariats leur permettant une participation active à la réponse des besoins des personnes;
 - Développer et implanter des politiques publiques favorables à la santé de la population;
 - Créer des environnements favorables à la santé (permettant des conditions de vie et de travail sécuritaires, stimulantes, satisfaisantes et favorables à la santé telle l'adoption de saines habitudes de vie, etc.);
 - Renforcer des actions communautaires (participation active à l'établissement des priorités, aux objectifs ainsi qu'aux plans d'action).
- **Autogestion et développement des habiletés et capacités personnelles des individus :**
Habiler la personne, qui est l'acteur principal. Mettre l'emphasis sur la participation active des personnes sur leur santé, tant sur l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie que sur la gestion personnelle de leurs conditions. Assurer non seulement les enseignements nécessaires à cette fin, mais aussi les mécanismes d'information et les ressources de soutien (dans les organisations de la santé comme dans la communauté), etc.
- **Aide à la décision clinique :**
Promouvoir l'utilisation de protocoles de soins fondés sur des données scientifiques probantes. Promouvoir l'utilisation de ces données probantes non seulement dans les soins, mais aussi dans les stratégies à mettre en place pour favoriser le maintien de la santé et le bien-être des individus. Dans cette optique, les intervenants de la première ligne doivent travailler avec des spécialistes pour les soins à accorder aux personnes atteintes, mais aussi avec des professionnels spécialisés dans les stratégies de promotion/prévention en regard des services à offrir dans la communauté.
- **Organisation des services, production des soins :**
Redessiner l'organisation de la pratique médicale et des autres professions, redéfinir les responsabilités et adapter l'offre de soins. Prévoir non seulement les services à offrir aux personnes atteintes (suivi systématique, équipes interdisciplinaires, prise en charge par un intervenant pivot, etc.), mais aussi des interventions pour supporter les individus et les communautés dans leurs rôles à jouer (participation active des OSBL, des groupes communautaires, bref des diverses ressources de la communauté concernées).

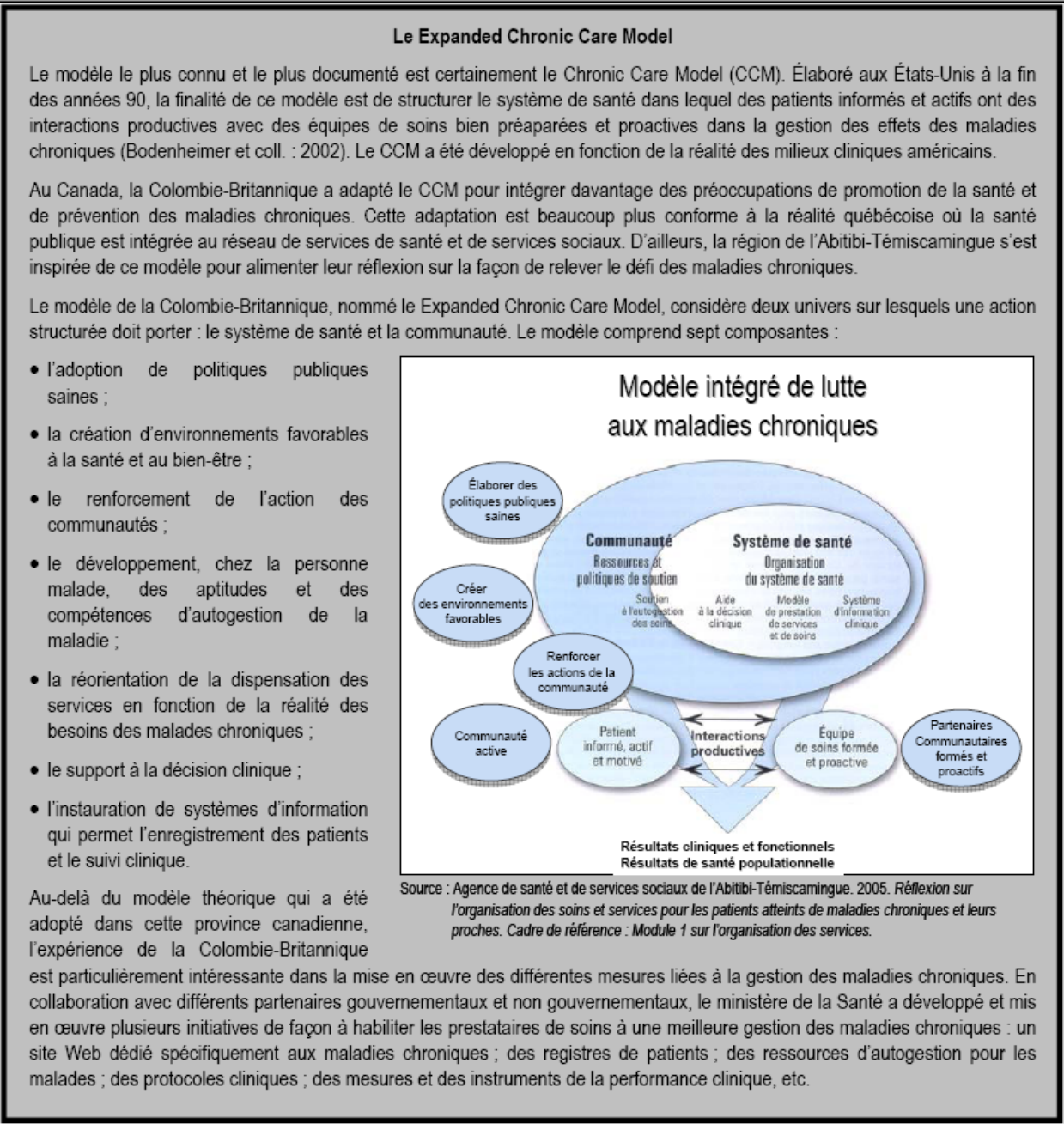
¹¹ Group Health Corporation est une coopérative de santé reconnue comme l'un des systèmes de santé les plus innovateurs des États-Unis.

¹² Victoria Barr, Anita Dotts, Brenda Marin_Link, Darlene Ravensdale, Sylvia Robinson, Lisa Underhill, The Expanded Chronic Care Model: An integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model, Hospital Quarterly, Vol. 7 No 1, 2003, page 73-82.

¹³ Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., Salivaras, S., The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model, Hospital Quarterly, Vol. 7, No 1, 2003, pages 73-82.

- **Système d'information :**
Identifier et organiser les données des populations cibles et des collectivités pour offrir des soins proactifs, partager l'information et évaluer la performance des services. Mettre en place un système d'information clinique efficace.

Figure 1



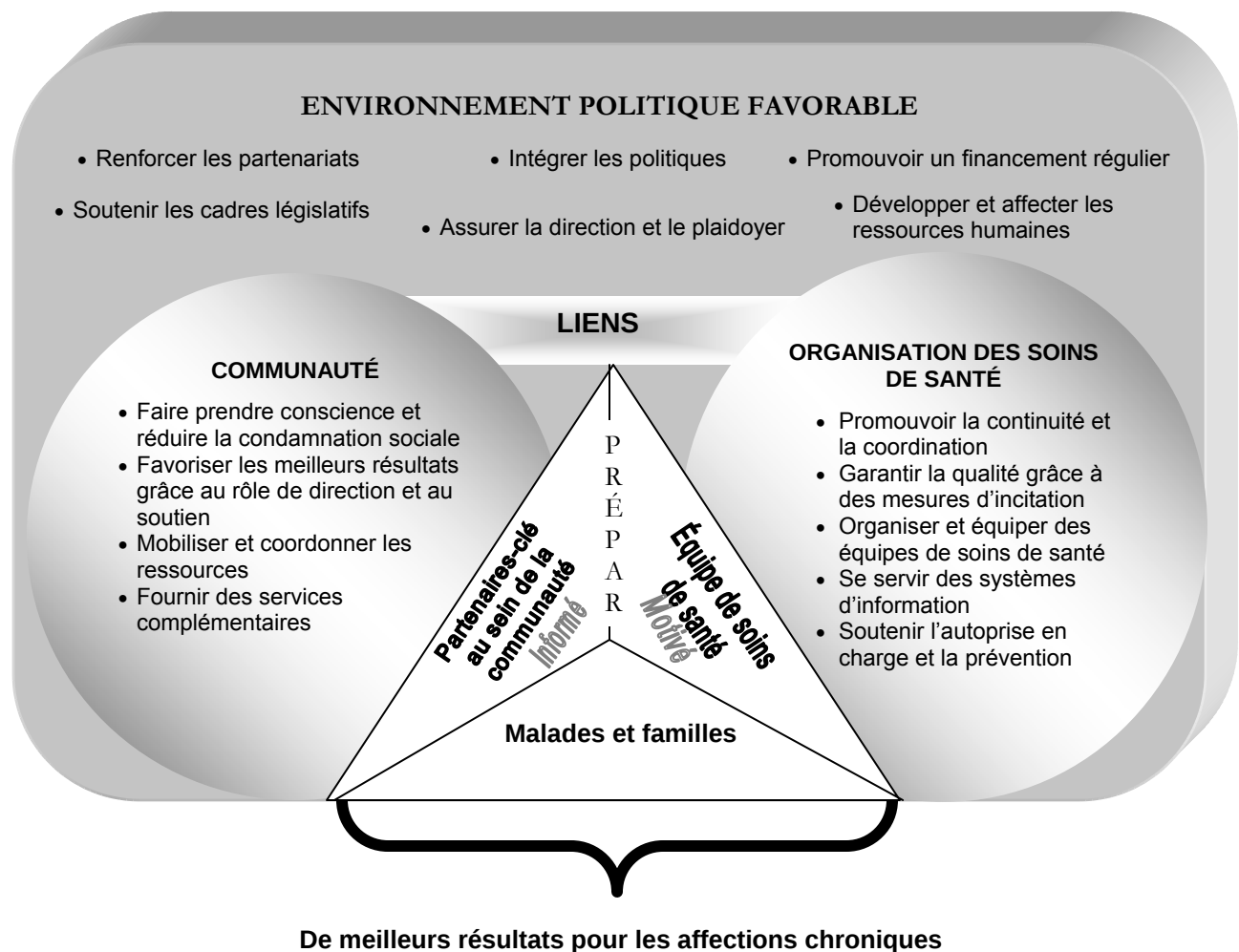
Source : MSSS, *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques*, document de travail, 17 mai 2007, p. 16.

L'OMS a également effectué des travaux à partir du « Modèle de soins des maladies chroniques » qui ont mené à l'élaboration du « Cadre des soins novateurs pour les affections chroniques » (figure 2). Ce cadre permet de mettre une emphase sur les éléments suivants¹⁴ :

- la participation des personnes à leurs soins en étant préparées, informées et motivées (d'où la nécessité d'agir non seulement sur la connaissance, mais aussi sur les habiletés et la capacité d'intervenir de ceux-ci);
- la participation non seulement de la personne à ses soins, mais également de la famille et des ressources de la communauté (triade malade/famille, équipe de soins de la santé et partenaires-clés au sein de la communauté);
- l'importance au niveau de l'organisation des soins de la mise en place d'une équipe bien organisée et équipée, de la coordination et de la continuité des services et de la nécessaire contribution des organismes et organisations de la communauté aux soins, mais aussi à la promotion et à la prévention ainsi qu'à l'autogestion de la santé des personnes.
- l'importance d'un environnement politique favorable qui supporte les interventions en matière des maladies chroniques : politiques intégrées, financement, ressources humaines, cadres législatifs, partenariat intersectoriel, leadership, direction et plaidoyer.

¹⁴ Epping-Jordan, J.E., Pruitt, S.D., Bengoa, R., Wagner, E.H. Improving the quality of health care for chronic conditions, Qual Saf Health Care; vol 13, 2004, p. 299-305.

Figure 2 : Le Cadre des soins novateurs pour les affections chroniques de l’OMS



1.3.2 APPROCHE EN PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES : UNE APPROCHE INTÉGRÉE S’APPLIQUANT PRINCIPALEMENT À TROIS HABITUDES DE VIE

Tant l’évolution scientifique que les orientations ministérielles proposées ces dernières années exercent une influence directe et indirecte sur la nécessaire évolution des interventions en regard de la promotion de saines habitudes de vie et de la prévention des maladies chroniques. La littérature, tout comme divers ouvrages ministériels et travaux provinciaux en cours, convergent vers les mêmes éléments prometteurs pour dresser une lutte efficace aux maladies chroniques. Ces éléments sont :

- Une approche intégrée;
- La promotion de saines habitudes de vie;
- Une combinaison de stratégies éducationnelles et environnementales visant à la fois les individus, les collectivités et les différents milieux de vie.

Selon les données scientifiques récentes, les experts s’entendent sur le fait qu’il faut adopter une *approche intégrée* dans la lutte aux maladies chroniques. En 2000, le Canada, en tant que membre de la 53^e Assemblée mondiale de la santé, a adopté une résolution appuyant la *Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles* de l’OMS¹⁵. Cette stratégie met l’accent sur les efforts intégrés de prévention s’appliquant aux trois principales habitudes de vie ou facteurs de risque de maladies chroniques : le *tabagisme*, l’*alimentation inadéquate* et la *sédentarité*.

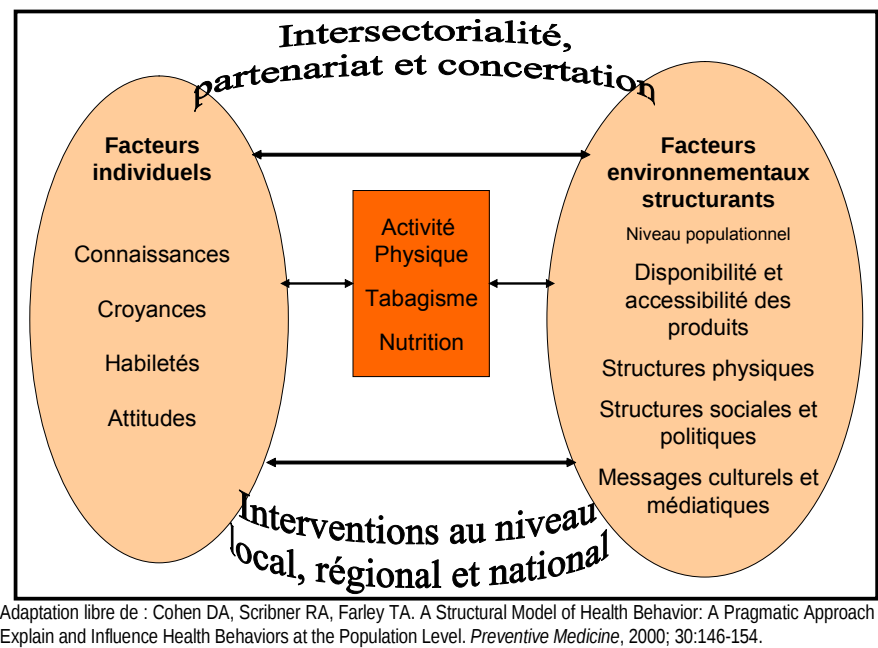
Dans le cadre de référence en voie d’adoption à la Direction générale de santé publique du MSSS intitulé « *Vers une stratégie québécoise de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques* »¹⁶, il est spécifié qu’une approche globale doit permettre d’intégrer plusieurs stratégies dans les divers milieux de vie où se retrouvent les gens (travail, école, communauté) au regard des trois habitudes de vie, et ce, tant aux niveaux national, régional que local tout en rejoignant les partenaires intersectoriels de manière coordonnée, cohérente et efficiente en évitant le dédoublement des actions. Cette approche s’assure aussi que des interventions sont réalisées tant pour rejoindre les individus que pour modifier les facteurs environnementaux qui structurent aussi les comportements en lien avec l’adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Le cadre conceptuel commun proposé dans les

¹⁵ Organisation mondiale de la santé. *Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*, 53^e Assemblée mondiale de la santé, Genève, 2000. Rapport du directeur général.

¹⁶ Brigitte LACHANCE, Julie COLGAN et Sylvie MARTEL. *Vers une stratégie québécoise de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques. Cadre de référence (document de travail)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 2005, p.35. (à paraître).

travaux ministériels pour développer et planifier la gamme d'interventions qui seront proposées aux niveaux national, régional et local, s'inspire notamment du modèle de Cohen¹⁷ présenté à la figure 3.

Figure 3 : Cadre conceptuel



Selon le modèle de Cohen, l'adoption d'un comportement de santé, ou d'une saine habitude de vie, par un individu ou par une population est modulée par l'interaction des facteurs individuels et des facteurs environnementaux structurants pour lesquels l'individu n'a pas ou peu de contrôle direct. Les interventions qui utilisent une approche individuelle pour changer des comportements comprennent, entre autres, le counseling et l'éducation auprès de la personne ou de la population. Ces interventions tendent à influencer les connaissances, les croyances, les habiletés et les attitudes. Les interventions environnementales ciblent des facteurs qui structurent et encadrent les décisions individuelles, soit : la disponibilité des produits, les structures physiques, les structures sociales et politiques ainsi que les messages culturels et médiatiques.



Tout en optant pour ces stratégies éducatives et environnementales, un programme, initialement développé dans la région de la Capitale-Nationale, est en voie d'implantation dans plusieurs régions du Québec. Il s'agit du *Programme intégré de prévention des maladies chroniques* « 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION ».

Ce programme¹⁸ intègre, dans un même message, les cibles à atteindre à l'égard de trois habitudes de vie, soit vivre sans fumée (0 tabagisme), déguster des fruits et des légumes tous les jours (minimum cinq fruits et légumes par jour) et être actif (minimum 30 minutes d'activités physiques par jour). De multiples stratégies sont mises en œuvre pour atteindre ces objectifs :

- des actions environnementales : modifications des milieux de vie (travail, école, loisirs), tant sur les plans physiques que sociopolitique ou économique, pour les rendre favorables aux saines habitudes de vie (ex. : installation de supports à vélo). Des exemples concrets sont disponibles pour que les milieux et les individus puissent adopter leur propre initiative.
- des actions éducatives :
 - auprès des professionnels de la santé – promotion et soutien de pratiques cliniques préventives (PCP) reconnues efficaces pour promouvoir les saines habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques auprès de leur clientèle;
 - auprès de la population – sensibilisation du grand public par des campagnes de communication faisant la promotion des saines habitudes de vie.

Le bilan d'implantation de l'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION relate la faisabilité des activités, mais souligne que le volet de travail avec les communautés pour rendre les environnements favorables demeure peu développé dans la plupart des régions, qui ont d'abord mis en place des pratiques cliniques préventives pour agir sur les facteurs individuels. (Site : <http://www.0-5-30.com/>)

¹⁷ D.A. Cohen, R.A. Scribner RA, T.A. Farley. *A Structural Model of Health Behavior: A Pragmatic Approach to Explain and Influence Health Behaviors at the Population Level*. *Preventive Medicine*, 2000; 30 : 146-154.

¹⁸ Description extraite du document de travail du MSSS intitulé *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques*, 17 mai, p. 26.

1.4 Clientèles visées

Les clientèles du *programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques* sont :

- La population en général (au regard de la promotion de la santé ainsi que de la prévention et du dépistage);
- Les personnes à risque de développer une maladie chronique ou susceptibles d'en être atteintes notamment en raison :
 - de l'âge;
 - de facteurs biologiques (ex. : surplus de poids, hypertension, dyslipidémies, problème de glycémie);
 - de l'adoption de comportements à risque, citons :
 - le tabagisme;
 - l'inactivité;
 - l'alimentation pauvre en fruits et légumes;
- Les personnes atteintes d'une maladie chronique.

Une des clientèles importantes à considérer dans le programme-services est celle des proches, notamment les proches aidants. Selon le MSSS¹⁹, le proche aidant désigne toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.

1.5 But et objectifs du *programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques*

BUTS

Adopter et mettre en place un modèle efficace de prévention et de gestion des maladies chroniques approprié aux besoins de la population, des groupes vulnérables et des individus, et ce, dans une vision d'approche populationnelle et de mise en réseau de services hiérarchisés.

OBJECTIFS

Pour la population :

- Réduire l'incidence des maladies chroniques ainsi que la mortalité et la morbidité qui s'y rattachent.
- Réduire la prévalence des facteurs de risque dans la population.

Pour la personne :

- Réduire et corriger les facteurs de risque modifiables (tels la sédentarité, le tabagisme, une mauvaise alimentation, un excès de poids, une HTA, une dyslipidémie et un problème de glycémie).
- Optimiser les capacités, l'autonomie et la qualité de vie des personnes le plus longtemps possible.
- Renforcer et valoriser l'autogestion de la santé et favoriser la prise en charge par la personne de sa maladie.
- Soutenir la personne dans son milieu de vie naturel.

Pour l'organisation des services :

- Rendre des services accessibles, continus, complémentaires et de qualité à l'intérieur d'un continuum de services (de la promotion/prévention aux soins de fin de vie) prenant appui sur des services de première ligne.
- Favoriser la complémentarité et l'articulation efficace des services de première ligne avec les services spécialisés et surspécialisés ainsi qu'avec les partenaires de la communauté (incluant l'établissement de corridor de services entre ceux-ci).
- Favoriser une participation active des organismes et organisations de la communauté à l'offre de service.
- Renforcer les stratégies éducationnelles et environnementales s'adressant à la population, aux groupes vulnérables et aux individus.
- Faciliter l'accès à un médecin de famille qui assure une prise en charge et un suivi systématique en collaboration avec les ressources du réseau de la santé et des services sociaux et de la communauté.
- Optimiser un dépistage, un diagnostic précoce et un bon contrôle des maladies chroniques;
- Réduire le nombre d'exacerbations des maladies chroniques, d'hospitalisations et de visites à l'urgence.
- Assurer une gestion efficace des connaissances (ex. : modèle d'intervention, interventions cliniques, etc. basés sur les données probantes).

¹⁹ MSSS, *Chez soi, le premier choix – Politique de soutien à domicile*, 2003.

1.6. Organisation des services

1.6.1 GAMME DE SERVICES À OFFRIR

Le tableau 1, extrait du « National Public Health Partnership. Preventing Chronic disease: A Strategic Framework Background Paper », présente bien l’ensemble des interventions à réaliser tant au niveau de la population qu’au niveau des individus.

Tableau 1 : **Prévention et contrôle des maladies chroniques : Cheminement de la population dans le continuum des maladies chroniques**

POPULATION EN SANTÉ	À RISQUE	DÉVELOPPEMENT DE LA MALADIE	CONTRÔLE DE LA MALADIE CHRONIQUE
Prévention primaire	Prévention secondaire/dépistage précoce	Traitement/prévention tertiaire	
• Promotion de saines habitudes de vie • Promotion d’environnements sains • Approche ciblée/populationnelle	• Dépistage • Triage • Examens périodiques • Intervention précoce • Contrôle des facteurs de risque : habitudes de vie, médication	• Traitement • Traitement/contrôle des épisodes aigus • Prévention des complications	• Suivi systématique • Réadaptation • Autogestion de la maladie
• Santé publique • Soins de 1^{re} ligne • Secteurs hors MSSS	• Soins de 1^{re} ligne • Santé publique	• Services spécialisés • Hospitalisations • Soins de 1^{re} ligne	• Soins de 1^{re} ligne • Soutien à domicile
Promotion de la santé	Promotion de la santé	Promotion de la santé	Promotion de la santé

Prévention de l’apparition des facteurs de risque

Prévention du développement de la maladie et prévention des hospitalisations

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

Source : National Public Health Partnership. Preventing Chronic disease: A Strategic Framework Background Paper, October 2001, p. 6

À cette série d’interventions doivent s’ajouter toutes les mesures d’adaptation et de soutien à la personne ainsi que les services de fin de vie et de soins palliatifs.

Voici une brève description des services s’adressant tant à la population, aux groupes vulnérables qu’aux individus dans une visée de promotion de la santé et de prévention, mais aussi de gestion efficace des maladies chroniques (Tableau 2).

AGIR AUPRÈS DE LA POPULATION, DES GROUPES VULNÉRABLES ET DES INDIVIDUS POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ ET PRÉVENIR LES MALADIES CHRONIQUES

Il y a lieu d’agir en amont pour maintenir et améliorer la santé ainsi que pour éviter ou retarder l’apparition de certaines maladies chroniques tels le diabète, les maladies cardiovasculaires et les MPOC. À cet égard, le Programme national de santé publique 2003-2012²⁰ et ses plans d’action locaux (PAL) et régional (PAR) identifient une série d’interventions à réaliser. Citons :

- l’organisation de campagnes de communication axées sur de saines habitudes de vie (la saine alimentation, la pratique régulière de l’exercice physique et le non-usage du tabac) et, plus particulièrement, le soutien aux campagnes nationales tel le *Défi j’arrête, j’y gagne!*
- la promotion et l’application de politiques, de lois et de règlements favorisant l’adoption de saines habitudes de vie. À titre d’exemple : l’application de la loi sur le tabac aux niveaux régional et local ainsi que le soutien à l’implantation de la « *Politique-cadre sur une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif* » en milieu scolaire. (*politique à venir du ministère de l’Éducation, du Loisir et du Sport*).
- la promotion et la prévention en ce qui concerne de saines habitudes de vie dans les milieux de vie :
 - la consolidation des actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire visant l’accessibilité et la disponibilité des aliments sains et nutritifs.
 - la création d’environnements favorables à la santé et d’actions éducatives dans les milieux municipaux et de travail. Les actions entreprises peuvent consister, notamment, à faciliter l’accès à des ressources, à des services ou à des équipements adéquats et à influencer les décisions de la population ou des milieux de vie dans le sens de la santé et du bien-être.

²⁰ Programme national de santé publique 2003-2012, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2003, p. 46.

- la conception et l'organisation dans les milieux scolaires d'environnements et d'activités favorables à l'acquisition et au maintien de saines habitudes de vie : le non-usage du tabac, une saine alimentation, l'activité physique (en lien, par exemple, avec l'approche *École en santé*).
- la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives :
 - la promotion du counseling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires et l'activité physique. Le PAR prévoit entre autres choses la promotion du counseling auprès des intervenants de la première ligne ainsi que la consolidation du *Programme régional de prévention des maladies chroniques au sein des services généraux* de chacun des CSSS. Celui-ci offre du counseling (bref et intensif) sur les habitudes de vie, incluant les services des Centres d'abandon du tabagisme (CAT).

Une grande proportion de ces interventions fait ressortir l'importance des stratégies environnementales. Or, la plupart des leviers d'action directe sur les environnements physique, social et économique appartiennent à d'autres secteurs d'activité que celui de la santé et des services sociaux. Il s'avère donc nécessaire d'inclure dans les activités à mettre en place par les partenaires des réseaux locaux de services *le soutien au développement des communautés et la participation aux actions intersectorielles* favorisant la santé et le bien-être.

Il s'agit en fait de soutenir, entre autres choses, le processus d'autonomisation des milieux²¹ en vue de favoriser la réalisation de projets issus de ceux-ci qui visent à améliorer les conditions de vie et la qualité de vie des individus ainsi qu'à prévenir des problèmes psychosociaux et de santé physique qui sont influencés par le contexte de vie. Les projets de développement des communautés sont particulièrement pertinents lorsque les problèmes, leurs facteurs de risque ainsi que le contexte dans lequel ces problèmes et ces facteurs se manifestent sont suffisamment connus²² et que le contexte social et les environnements exercent une influence certaine sur ces problèmes ou sur ces facteurs de risque. C'est le cas, par exemple, des activités qui visent à modifier les habitudes de vie.

AGIR AUPRÈS DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES²³

La détection précoce des personnes atteintes de maladies chroniques tels que le diabète, l'hypertension artérielle²⁴ et les maladies cardiovasculaires, de même que la mise en place d'interventions efficaces, permettent de retarder la détérioration des conditions de santé des personnes. Ainsi, il y a lieu d'agir auprès des personnes atteintes de maladies chroniques par :

- une détection et un traitement précoce (incluant les interventions sur les habitudes de vie) des facteurs de risque biologique tels que l'hypertension artérielle, la dysglycémie, la dyslipidémie et l'obésité, lors des visites médicales, selon les recommandations reconnues par les groupes d'experts;
- des diagnostics précoces des maladies chroniques lors de visites médicales;
- des interventions générales auprès des personnes atteintes, comme l'enseignement de base, une médication efficace et un suivi médical régulier;
- un suivi systématique des personnes atteintes de maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, HTA, etc.) dont l'état requiert des interventions ciblées (enseignement plus poussé, plan d'action, autogestion de la maladie, etc.);
- la mise en place d'une deuxième ligne des services spécialisés bien structurés, qui collabore avec le niveau local pour, entre autres, diagnostiquer et évaluer l'ampleur des problèmes, orienter les traitements et suivre au besoin les personnes, notamment, à des moments charnières de l'évolution de la maladie.

Le MSSS propose certains services à retrouver en matière de gestion des maladies chroniques dans son document d'orientation intitulé *Accès aux services pour les personnes atteintes de maladies chroniques : L'organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale par des traitements de dialyse*²⁵.

Pour le MSSS, les services de niveau local sont essentiels pour les personnes atteintes de maladies telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle et l'obésité. Le rôle du médecin de famille est particulièrement important pour la détection précoce, le diagnostic et le suivi médical de ces personnes. Les pharmaciens communautaires participent aussi au suivi des personnes notamment en surveillant les interactions médicamenteuses avec les médicaments en vente libre.

²¹ Programme national de santé publique 2003-2012, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2003, p. 22.

²² Easterling, D. et coll., *Promoting Health by Building Community Capacity : Evidence and Implications for Grantmakers*, Denver (Colorado), The Colorado Trust, 1998, 24 p.

²³ MSSS, *Accès aux services pour les personnes atteintes de maladies chroniques : L'organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale par des traitements de dialyse*. Document d'orientation. Direction générale des services de santé et médecine universitaire et Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques. Octobre 2006. pp. 34-35.

²⁴ L'HTA, le diabète et l'obésité sont à considérer à la fois comme maladie chronique et comme facteur de risque, celles-ci contribuant à la pathogénèse d'autres maladies chroniques dont les MCV.

²⁵ MSSS, *Accès aux services pour les personnes atteintes de maladies chroniques : L'organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale par des traitements de dialyse*. Document d'orientation. Direction générale des services de santé et médecine universitaire et Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques. Octobre 2006. p. 40.

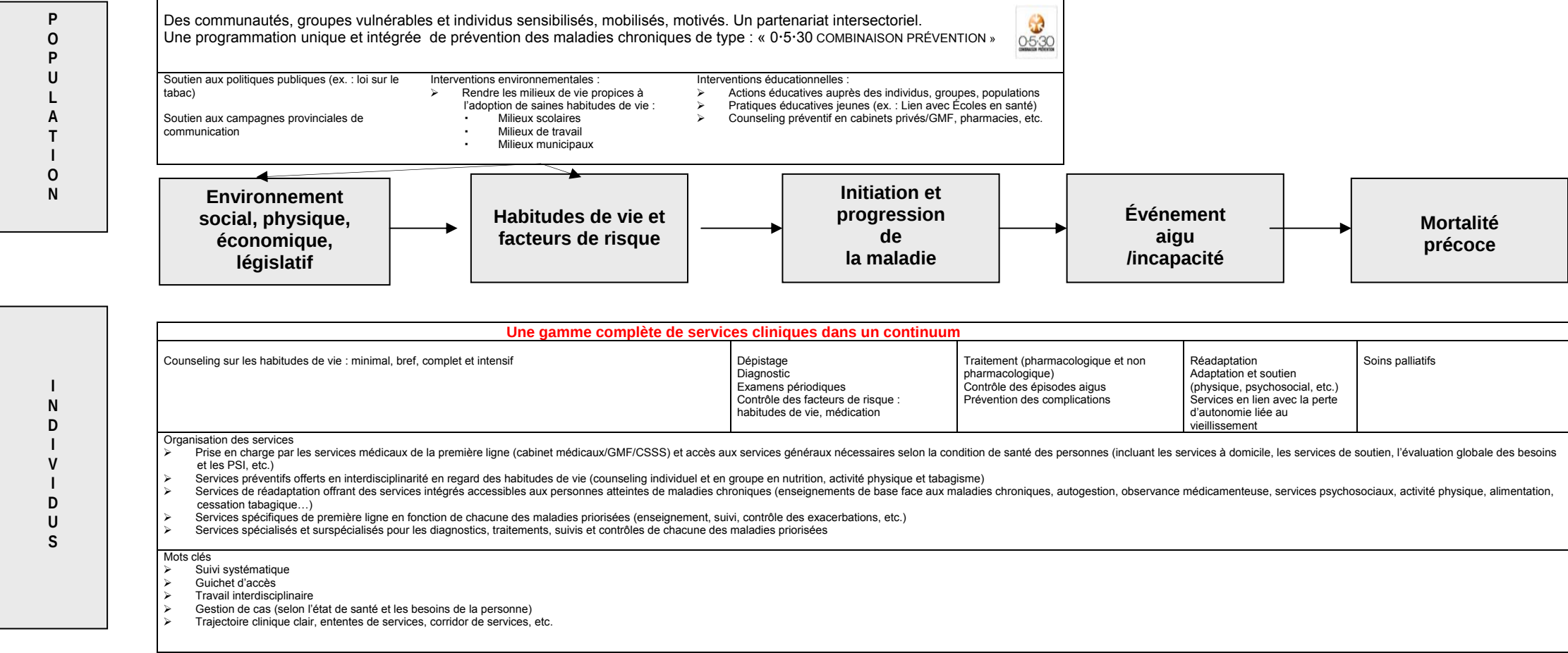
Le MSSS précise que chacun des CSSS devrait être en mesure de répondre avec leur réseau local au suivi systématique des personnes atteintes de maladies chroniques tels le diabète et les maladies cardiovasculaires. De façon générale et non exhaustive, cela devrait comprendre un suivi médical par un médecin de famille, de la détection et un diagnostic précoce, des services d'enseignement et d'autogestion incluant une relance périodique pour vérifier et renforcer les acquis et l'autogestion de la maladie, un suivi systématique à l'intérieur de services intégrés comprenant des services infirmiers, de nutrition, psychosociaux et de kinésiologie.

Spécifions que le MSSS souhaite que des services de réadaptation devraient être disponibles également, le but étant d'offrir une gamme complète de services (notamment d'éducation visant l'autogestion, l'observance médicamenteuse, la cessation tabagique, l'intervention nutritionnelle, la gestion du stress, le soutien psychosocial et l'activité physique) aux personnes atteintes d'une maladie chronique.

De plus, les gens plus sévèrement atteints, notamment ceux en perte d'autonomie, dont la condition nécessite une prise en charge et le soutien d'un intervenant pivot devraient être en mesure de bénéficier en CSSS d'une évaluation et d'une réponse à l'ensemble de leurs besoins (OÉMC, PSI, etc.) ainsi que des services mis en place dans le cadre du programme-services PALV.

Tableau 2

Présentation sommaire de services à offrir en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques dans une vision de continuum de services



1.6.2 AJUSTEMENT DE L’OFFRE DE SERVICE AU DEGRÉ D’ATTEINTE DES PERSONNES²⁶

Une des étapes proposées pour améliorer la qualité des soins dispensés est de bien identifier les besoins des patients, particulièrement ceux qui ont des besoins complexes et nombreux, afin de déterminer la cible prioritaire permettant ainsi un maximum d’impact. Il est essentiel de bien adapter les interventions selon les différents degrés d’atteinte pathologique et de besoins. Pour ce faire, il est pertinent d’utiliser le modèle proposé par Kaiser Permanente²⁷ qui prône une approche proactive et préventive plutôt que réactive et non planifiée selon les épisodes aigus.

Une classification des patients selon trois niveaux d’atteinte²⁸ permet de dessiner l’offre de service nécessaire.

Niveau 1 : 75 % des patients avec maladie chronique – faible risque :

Soutenir le patient et ses proches pour développer des habiletés, des connaissances et la confiance pour prendre en charge leur condition de façon efficace, besoin de soutien et d’éducation « *self care management* » ou programme d’autogestion.

Niveau 2 : 20 % des patients avec maladie chronique – haut risque :

Définir des soins orientés de façon spécifique pour les patients avec des pathologies chroniques complexes. Identifier les patients à risque qui nécessitent des services spécifiques, mais aussi des services spécialisés et suspécialisés et l’implication des divers professionnels (équipe interdisciplinaire) « *disease management* ».

Niveau 3 : 5 % des patients avec maladie chronique – très haut risque :

Identifier la clientèle la plus vulnérable, très complexe pour une approche « *case management* ».

Les infrastructures nécessaires sont les ressources communautaires, les cliniques spécialisées et surspécialisées et la prise en charge par des équipes interdisciplinaires (avec évaluation de l’ensemble des besoins de la personne, PSI, etc.)

Voici pour chacun des niveaux une brève description des services

NIVEAU 1

Le but des interventions est de développer des stratégies pour éduquer et soutenir les patients et leur famille pour qu’ils s’occupent d’eux-mêmes et de leur condition. On vise à améliorer leur santé, à diminuer la progression, à assurer une meilleure prise en charge des détériorations subites, à améliorer leur qualité de vie et à développer leur indépendance.

Il faut plus que donner de l’information sur leur condition, il faut impliquer le patient et ses ressources et s’assurer qu’il a les habiletés et les connaissances nécessaires pour « gérer » sa condition. Le patient doit se responsabiliser et développer des mécanismes « d’auto-monitorage ».

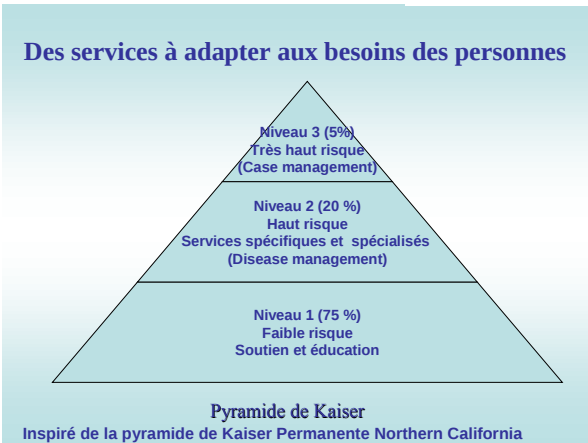


Figure 4

RATIO DU PARTAGE SOINS PROFESSIONNELS / PRISE EN CHARGE PAR LE PATIENT SELON LES TROIS NIVEAUX D'ATTEINTE DE MALADIES CHRONIQUES

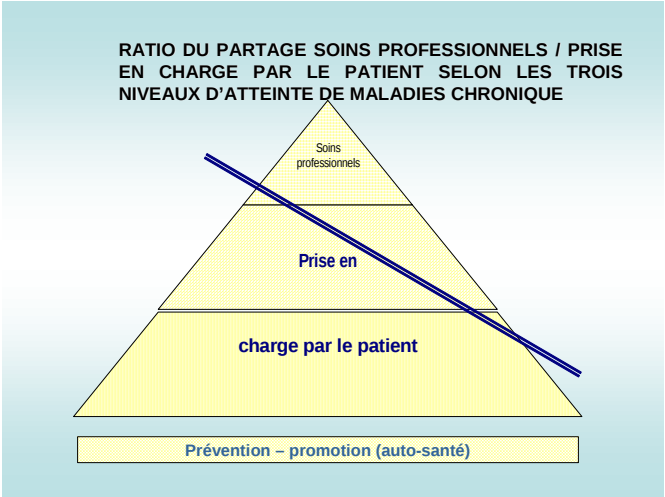


Figure 5

²⁶ Cette section de texte est tirée des travaux exécutés par l’Agence de la santé et des services sociaux de l’Abitibi-Témiscamingue dans son document : *Réflexion sur l’organisation des soins et services pour les patients atteints de maladies chroniques et leurs proches*. Cadre de référence, Module : 1 : modèle d’organisation, 14 décembre 2005.

²⁷ Kaiser Permanente est un HMO (Health Maintenance Organization) sans but lucratif qui est à la fois une compagnie d’assurance et un système de santé. Elle est la plus grande HMO des États-Unis regroupant 30 hôpitaux, 431 cliniques médicales et compte sur un personnel médical de 11 000 médecins. Elle dessert 8,2 millions de personnes

²⁸ Department of Health. Supporting People with Long term conditions. An NMS and social care model to support local innovation and integration. Janvier 2005.

L'éducation du patient et ses proches est la priorité d'intervention. Divers moyens, tels que la diffusion d'information appropriée et accessible, des rencontres de groupe, des rencontres avec des patients engagés, l'obtention d'outils et d'équipements, peuvent être utilisés et combinés. Le patient doit pouvoir se référer à une personne contact. Celle-ci effectue des rappels et des contrôles. Le soutien de la communauté et de l'entourage est essentiel.

NIVEAU 2

Le but de ces interventions est de donner des soins proactifs, selon des standards et des protocoles, qui peuvent vraiment faire une différence pour les patients et leurs proches. L'intervention doit être effectuée précocement dans l'évolution de la maladie avec un délai de réponse rapide. On vise alors à retarder la progression de la maladie, à assurer une prise en charge des détériorations associées aux conditions chroniques, à améliorer la qualité de vie et à diminuer les visites à la salle d'urgence et les hospitalisations.

L'équipe de soins primaires est ici très importante. Elle travaille en collaboration avec des spécialistes et aussi avec le support du milieu communautaire. Cette équipe examine et analyse les soins reçus par le patient et évalue comment ceux-ci peuvent être améliorés. Elle effectue un suivi auprès du patient et de ses proches régulièrement et s'assure que le patient obtient les soins dont il a besoin.

Il s'agit donc dans un premier temps de bien identifier les patients et les impliquer dans le processus. Se servir de standards ou protocoles déjà connus (adaptés) ou développer des nouveaux outils et mettre le patient en contact avec les autres professionnels de l'équipe.

La dernière étape en est une de révision : vérifier si le patient reçoit les soins nécessaires et revoir avec lui et ses proches le plan d'action et les gains obtenus. Il faut ressortir les informations importantes et s'assurer qu'elles ont une signification pour le patient et ses proches.

NIVEAU 3

Des critères rigoureux de sélection doivent être développés pour bien identifier la clientèle la plus vulnérable. Il faut s'assurer que la sélection permet de rejoindre tous les patients nécessitant des soins de niveau 3. Voici quelques critères de sélection :

- Nombre d'admissions à l'hôpital,
- Durée moyenne de séjour,
- Nombre de problèmes médicaux (comorbidité),
- Nombre de consultations médicales,
- Polypharmacie,
- Autres facteurs de risques psychosociaux majeurs,
- Présence de plusieurs maladies chroniques.

Les services sont à offrir par les CSSS, mais aussi par les établissements régionaux, notamment le CHUS, pour les personnes dont l'état requiert des services spécialisés ou surspécialisés. Ce type de patient devrait pouvoir se référer à un intervenant pivot. Le travail en interdisciplinarité est essentiel pour ce type de patient. Un plan de soins doit être établi en partenariat entre les professionnels et doit tenir compte des besoins et des ressources du patient et de ses proches sur le plan physique, psychologique, social et économique. C'est un processus continu de réévaluation selon l'évolution et les changements survenus et les résultats obtenus.

Finalement, l'intervenant pivot, par son rôle de coordination, a besoin de développer des liens et des outils en vue de faciliter le cheminement des tests d'investigation, les processus de consultation et d'établir des liens systématiques (lors de congé du secteur courte durée, soins à domicile...). Il ne doit pas être orienté « soins de santé » seulement. Les patients atteints de maladie chronique de niveau 3 ont besoin d'une approche interdisciplinaire, car c'est un lot de difficultés combinées qui crée cet état vulnérable.

La prévention et la promotion

Dans l'optique d'améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population de chacun des territoires, des actions concertées et structurées de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques devraient constituer la base de la pyramide. Des stratégies éducatives et environnementales doivent être mises en œuvre pour notamment mobiliser la communauté en la matière (ex. : pour créer des environnements favorables à la santé et au bien-être). Les intervenants locaux doivent porter une attention particulière aux pratiques cliniques préventives. Il s'agit, entre autres choses, de mettre en place les conditions favorisant l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie ainsi que la capacité des personnes d'agir sur leur santé et leur bien-être (figure 5).

1.7 Interfaces

Voici les principaux programmes-services avec lesquels il y a une interaction à établir :

- **Santé publique :**
 - Interventions avec les divers milieux cliniques pour favoriser les pratiques cliniques préventives, notamment de counseling et détection précoce des troubles biologiques telle l'HTA;
 - Interventions globales et concertées (en collaboration, notamment avec le réseau de l'éducation, les milieux de travail et les municipalités) pour promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie, etc.
- **Services généraux**
 - Principale porte d'entrée donnant accès aux activités de santé publique, aux activités cliniques et d'aide ainsi qu'aux activités médicales.
- **Pertes d'autonomie liées au vieillissement**
 - Organisation des services en lien avec le PALV desservant la clientèle du présent programme-services.
- **Santé physique : Volet Soins palliatifs**
 - Accès aux soins palliatifs de fin de vie : services d'aide et d'assistance à domicile et services professionnels.

2. ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE

Dès le début des travaux sur les orientations et priorités du *programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques*, il a été convenu que l'état de situation en Estrie devait reposer sur le portrait des maladies chroniques, réalisé et mis à jour par la Direction de santé publique et de l'évaluation, mais aussi sur l'identification de certains écarts alimentés par divers documents, notamment :

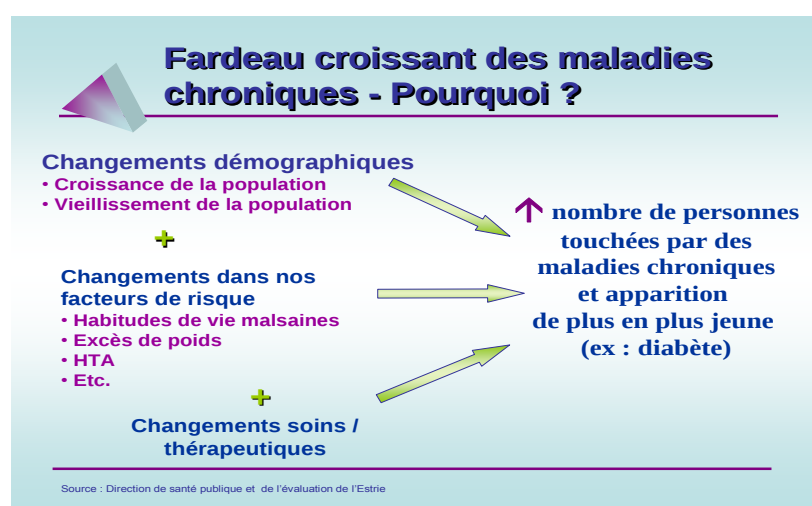
- Le *programme-services Santé physique : Cancer et Soins palliatifs*, adopté en octobre 2006 par le CA de l'ASSSE;
- Le Programme national de santé publique 2003-2012 et ses PAR et PAL;
- Le document de travail intitulé : « *Les documents ministériels en appui au projet clinique, Programme Santé physique – Maladies chroniques* » (document de travail, version 1.0, 2006).

2.1 Portrait sommaire des maladies chroniques et ses principaux facteurs de risque

Problématique

Les maladies chroniques sont en grande partie responsables de la diminution de la qualité de vie de milliers d'Estriens et de Québécois tout en étant une cause importante de mortalité précoce. **Le nombre de personnes atteintes par ces maladies est appréciable et ce nombre connaîtra au cours des prochaines années une hausse significative** en raison du vieillissement rapide de la population, de la trop forte prévalence de certains facteurs de risque et de l'amélioration des soins thérapeutiques (figure 6). Les maladies chroniques exercent donc des pressions importantes et croissantes sur les services et conséquemment sur les coûts du réseau de la santé.

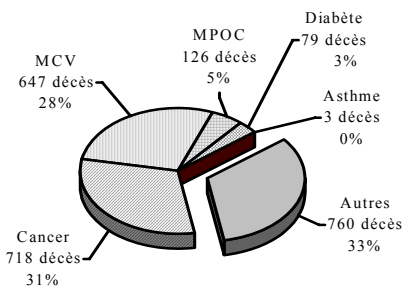
Figure 6
Facteurs à l'origine de la croissance du fardeau des maladies chroniques



Fardeau

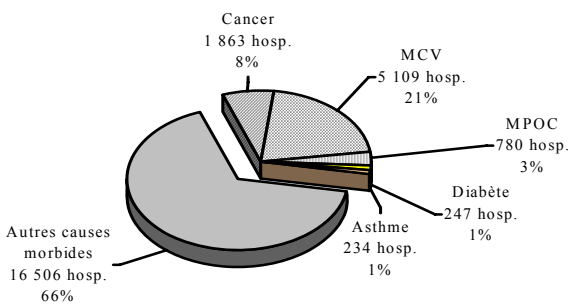
En Estrie comme au Québec, les maladies chroniques constituent un lourd fardeau en regard de la santé. Près de six personnes sur dix déclarent souffrir d’au moins un problème de santé de longue durée²⁹. De plus, ces maladies entraînent une réduction significative de l’espérance de vie. Par exemple, si on éliminait les décès dus au cancer, l’espérance de vie augmenterait de 3,5 années, autant chez les hommes que chez les femmes³⁰. Environ 67 % des décès, le tiers des hospitalisations et près de 20 % des consultations médicales de 1^{re} ligne sont attribuables aux maladies cardiovasculaires, au cancer, aux MPOC, au diabète et à l’asthme (figures 7 et 8) et il est raisonnable de croire que ces proportions augmentent, puisque la prévalence des maladies chroniques est en hausse.

Figure 7
Répartition des décès selon la cause,
Estrie, 2003



Source : Fichier des décès, MSSS.

Figure 8
Répartition des hospitalisations selon la cause de morbidité, population de l’Estrie,
moyenne des années 2003-2004 et 2004-2005



Source : Fichier Med-Écho, MSSS.

Les maladies chroniques entraînent aussi une réduction de la qualité de vie des personnes atteintes. Par exemple, quatre diabétiques sur dix affirment être limités dans leurs activités de la vie quotidienne contre quelque deux non-diabétiques sur dix³¹. Chez les asthmatiques, on estime qu’environ 40 % doivent sporadiquement, au cours de l’année, réduire leurs activités physiques et 20 % doivent s’absenter de l’école, du travail ou de leurs activités sociales à cause de leur état³². Les MCV, le cancer et la MPOC ont aussi un impact considérable sur la qualité de vie des personnes atteintes et leurs proches. On estime que l’élimination de ces trois maladies entraînerait une augmentation de l’espérance de vie en bonne santé de quelque 5 à 6 ans³³.

Les maladies chroniques pèsent également lourd en termes de coût économique. Selon des estimations de Santé Canada³⁴, les MCV, le cancer et les maladies respiratoires accapareraient déjà en 1998 environ 16 % du budget québécois de la santé, soit quelque 3,1 milliards de dollars, sans compter les coûts indirects qui s’élevaient alors à environ 7,2 milliards, pour un total de plus de 10 milliards.

²⁹ STATISTIQUE CANADA (2003). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 2,1. in INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Compendium de tableaux produit avec le Fichier de microdonnées à grande diffusion de Statistique Canada, mai 2005.

³⁰ DOUGLAS, Manuel G et coll. (2003). Espérance de vie corrigée en fonction de la santé en l’absence d’une cause chez les Canadiens atteints de certaines maladies chroniques, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 24, no 4, p. 121-129.

³¹ CARBONNEAU, Michel (2004). *Les maladies chroniques en Estrie : le diabète*, direction de santé publique et de l’évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l’Estrie, p. 34.

³² CARBONNEAU, Michel (2007). *Les maladies chroniques en Estrie : les maladies respiratoires*, Direction de santé publique et de l’évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l’Estrie, p. 45.

³³ DOUGLAS, Manuel G et collab. (2003). Espérance de vie corrigée en fonction de la santé en l’absence d’une cause chez les Canadiens atteints de certaines maladies chroniques, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 24, no 4, p. 121-129.

³⁴ SANTÉ CANADA (2002). Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998, 98 p.

Tendances de la mortalité

Au cours des quinze dernières années, la mortalité par MCV a diminué presque de moitié en Estrie comme au Québec, le taux ajusté de mortalité en Estrie passant de 336 à 172 décès pour 100 000 personnes entre 1986 et 2003. Mais parallèlement à cette baisse, rien n'indique que le taux ajusté d'incidence des MCV soit en régression. Pour 2001-2003, le taux ajusté de mortalité par MCV en Estrie est légèrement inférieur à celui du Québec avec des valeurs de 221/100 000 chez les hommes et de 135/100 000 chez les femmes.

Durant la même période, la mortalité par cancer³⁵ est demeurée relativement stable avec un taux ajusté d'environ 200 décès pour 100 000 personnes en Estrie. Pour 2001-2003, le taux ajusté de mortalité par cancer chez les hommes et les femmes de l'Estrie est respectivement de 260 et 158 décès pour 100 000 personnes, des valeurs comparables à celles du Québec. Chez les hommes, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon est le plus mortel, suivi du cancer colorectal et celui de la prostate. Chez les femmes, bien que le cancer du sein soit de loin celui à l'origine du plus grand nombre de nouveaux cas, c'est aussi le cancer de la trachée, des bronches et du poumon qui est la première cause de décès par cancer, suivi du cancer du sein et du cancer colorectal. Pour tous ces types de cancer, l'Estrie affiche, en 2001-2003, des taux ajustés de décès comparables à ceux du Québec, sauf pour le cancer colorectal où l'Estrie affiche un taux légèrement inférieur.

Entre 1986 et 2003, en Estrie comme au Québec, le taux ajusté de mortalité par MPOC a augmenté chez les femmes tout en diminuant chez les hommes. Pour 2001-2003, ce taux se situe en Estrie à 52/100 000 chez les hommes contre 18/100 000 chez les femmes, des taux statistiquement comparables à ceux du Québec. Par ailleurs, la mortalité par diabète est demeurée relativement stable entre 1986 et 2003, et ce, en Estrie comme au Québec. Pour 2001-2003, le taux ajusté de mortalité par diabète est comparable entre l'Estrie et le Québec et se situe à 26/100 000 chez les hommes contre 15/100 000 chez les femmes.

Tendances de l'hospitalisation

Règle générale, en Estrie comme au Québec, on hospitalise moins pour une maladie chronique. Entre 1986 et 2005, les taux ajustés d'hospitalisation pour les principales maladies chroniques (MCV, cancer, MPOC, diabète et asthme) ont tous diminué, autant chez les femmes que chez les hommes. Cette diminution est soutenue pour les MCV, le cancer et la MPOC. Pour l'asthme et le diabète, on remarque une stabilisation depuis 1999-2000.

Comparativement au Québec, entre 2003 et 2005, on relève en Estrie des taux ajustés d'hospitalisation supérieurs à ceux de la province pour les MCV, le diabète et la MPOC, mais inférieurs pour le cancer et l'asthme.

Tendances du recours à la 1^{re} ligne

Les principales maladies chroniques prennent une part croissante dans les consultations médicales de 1^{re} ligne³⁶. Entre 1999 et 2004, la proportion de consultations dues aux principales maladies chroniques est passée de 12,7 % (79 161 consultations) à 18,2 % (120 326 consultations). En s'appuyant sur cette augmentation, on peut estimer qu'en 2011, environ 3/10 des consultations médicales de 1^{re} ligne auront comme cause l'une ou l'autre de ces maladies (MCV, cancer, MPOC, asthme ou diabète). Ce changement anticipé dans la composition de la clientèle de 1^{re} ligne surviendra surtout en raison du vieillissement accéléré de la population.

Tendances de la prévalence

La prévalence des principales maladies chroniques est en augmentation, mais certaines de ces maladies méritent une attention toute particulière en termes de fréquence présente et anticipée.

En premier lieu, il faut mentionner la progression fulgurante de la prévalence de l'asthme au cours des quinze dernières années et il semble que le mouvement n'ait pas encore atteint son apogée. Seulement entre 1998 et 2003, le pourcentage d'asthmatiques dans la population a presque doublé, passant de 5 à 9 %. Si la tendance se maintient, on estime qu'environ 48 000 Estriens (16 % de la population) seront asthmatiques en 2011 contre 26 540 en 2003 (9,1 % de la population) (figures 10 et 11). La cause exacte de l'asthme est inconnue. Son augmentation dans la population peut s'expliquer en partie par une sous-notification antérieure du diagnostic par les médecins, mais certains spécialistes de la question sont convaincus qu'il y a « quelque chose » dans l'environnement, en rapport avec le développement économique et l'industrialisation, qui entretient cette augmentation³⁷.

³⁵ Dans ce portrait, le cancer fait référence aux codes CIM-9 suivants : 140 à 172 et 174 à 208. Le cancer de la peau autre que le mélanome est exclu (CIM-9 : 173).

³⁶ Consultations faites auprès d'un omnipraticien en tout lieu, sauf à l'hôpital (urgence ou hospitalisation).

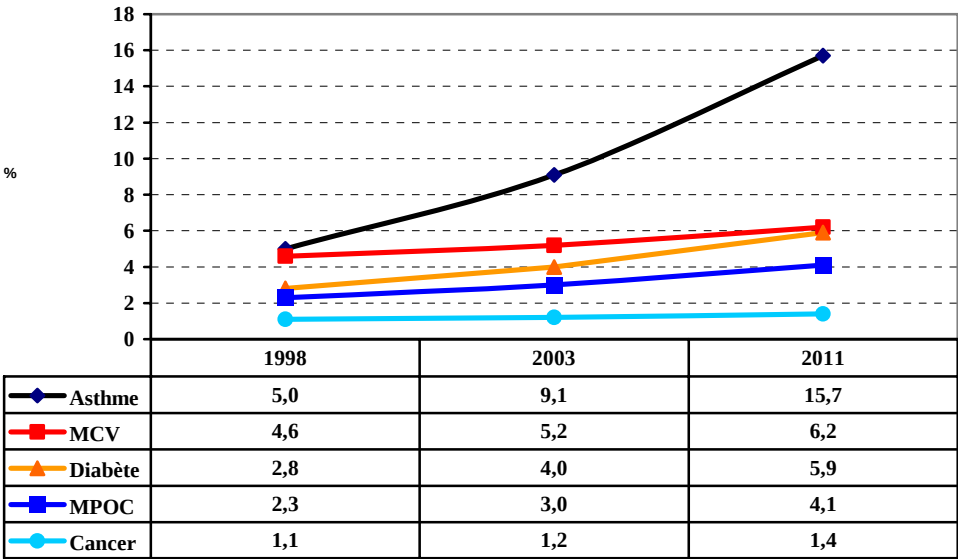
³⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *L'asthme bronchitique*. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs206/fr/index.html, 30 août 2006.

Le diabète connaît aussi une croissance importante au sein de la population. Entre 1998 et 2003, la prévalence du diabète est passée de 2,8 à 4 %. En 2003, on estimait qu’environ 11 500 Estriens avaient reçu un diagnostic de diabète. En 2011, on prévoit qu’au moins 18 000 Estriens auront reçu un tel diagnostic, soit environ 5,9 % de la population (figures 9 et 10)³⁸.

Les MCV et la MPOC sont également en progression au sein de la population, quoique leur croissance soit moins forte que l’asthme et le diabète. En 2003, on estimait respectivement à environ 15 100 et 8 600 personnes le nombre d’Estriens aux prises avec une MCV ou une MPOC, c’est-à-dire quelque 5,2 % et 3 % de la population. En 2011, on anticipe que près de 18 900 Estriens auront une MCV et 12 500 une MPOC, soit 6,2 % et 4,1 % de la population (figures 9 et 10).

Finalement, soulignons que la prévalence du cancer est aussi en augmentation au sein de la population, mais à un degré moindre que l’asthme, le diabète, les MCV et la MPOC. En 2003, environ 3 600 Estriens (1,2 % de la population) souffraient d’un cancer. En 2011, on estime que ce nombre s’établira à quelque 4 300 personnes, soit 1,4 % de la population (figures 9 et 10).

Figure 9
Prévalence (en %) des principales maladies chroniques,
Québec, 1998, 2003 et projection 2011



Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2003.
Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada.
Note : Les pourcentages du Québec sont généralement comparables à ceux de l’Estrie.

Figure 10
Prévalence des principales maladies chroniques,
Estrie, 2003 et projection 2011

Maladie	Nombre de personnes atteintes		Écart entre 2003 et 2011
	2003	2011	
Asthme	26 540	47 900	+ 80 %
Diabète	11 500	18 000	+ 56 %
MPOC	8 600	12 500	+ 45 %
MCV	15 100	18 900	+ 25 %
Cancer	3 600	4 300	+ 19 %

Note : Les données du tableau ont été estimées avec les pourcentages de la figure 4 et les prévisions démographiques du MSSS.

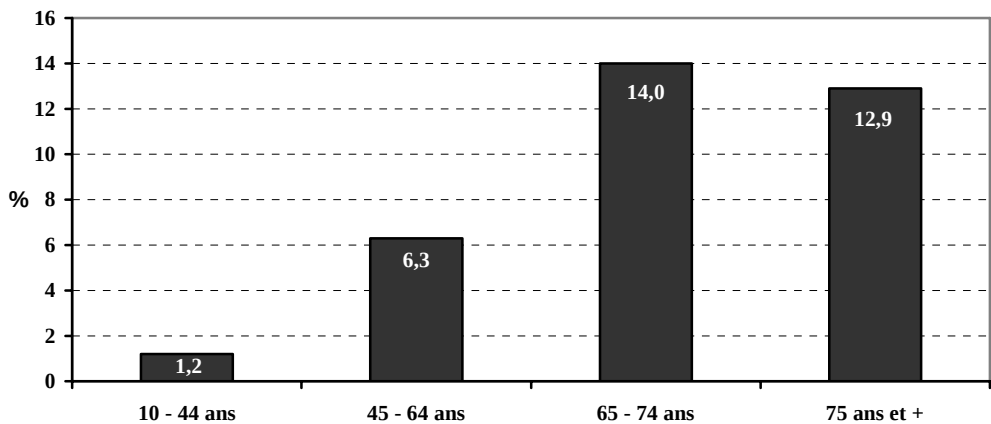
La population vieillit

Étant donné leur période plus ou moins longue de latence, les maladies chroniques apparaissent généralement à un âge plus avancé, autour de 45 ans, comme c’est le cas du diabète (figure 11). Dans cette perspective, il est prévisible que le vieillissement de la population, combiné à la croissance démographique de l’Estrie, entraînera une hausse sensible du nombre de personnes aux prises avec une

³⁸ La prévalence du diabète est sous-estimée parce qu’un certain nombre de diabétiques ne connaissent pas leur condition, donc ne consultent pas. Selon Diabète Québec, le nombre réel de diabétiques serait environ 1,7 fois supérieur au nombre de cas diagnostiqués.

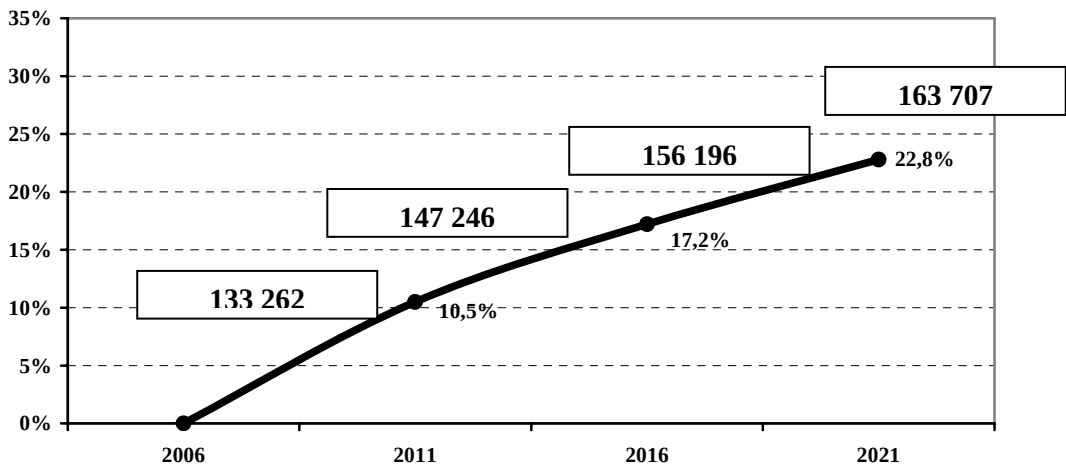
maladie chronique. En Estrie comme au Québec, la clientèle plus à risque d’être atteinte de maladie chronique connaît une croissance accélérée; en région, sur une période de 5 ans, soit entre 2006 et 2011, l’accroissement sera de 10,5 %. Sur une période de 10 et de 15 ans, la population à risque aura augmenté respectivement de 17,2 % et 22,8 % (figure12).

Figure 11
Prévalence (en %) du diabète selon le groupe d’âge,
Québec, 2003



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2003.

Figure 12
Accroissement (en %) des 45 ans et plus,
Estrie, 2006, 2011, 2016, 2021



Source : Projections démographiques du MSSS.

L’accroissement de la population à risque de développer une maladie chronique varie sensiblement d’une MRC à l’autre. Parmi les MRC de l’Estrie, ce sont celles de Memphrémagog, de la Ville de Sherbrooke et du Granit qui connaîtront dans les prochaines années les augmentations les plus considérables de leur population âgée de 45 ans ou plus, soit respectivement une augmentation d’environ 30,9 %, 24,8 % et 23,7 % entre 2006 et 2021.

Dans la MRC des Sources, on anticipe une augmentation faible et stable des 45 ans et plus à quelque 5 % entre 2006 et 2021. Dans cette MRC, la population vieillit très rapidement, mais diminue globalement en vertu surtout d’un solde migratoire négatif; ceux qui restent sont de plus en plus vieux.

Dans les autres MRC, soit celles du Haut-Saint-François, du Val-Saint-François et de Coaticook, l’accroissement de la population à risque de maladie chronique sera appréciable, mais inférieure à la moyenne de l’Estrie (figure 13).

Figure 13
Accroissement (en %) des 45 ans et plus par MRC,
Estrie, 2006, 2011, 2016, 2021

Territoire	2006	2011	2016	2021
Granit	0 %	11,3 %	18,4 %	23,7 %
Des Sources	0 %	3,7 %	4,6 %	4,9 %
Haut-Saint-François	0 %	9,9 %	15,6 %	19,2 %
Val-Saint-François	0 %	9,2 %	13,7 %	16,9 %
Ville de Sherbrooke	0 %	10,8 %	18,0 %	24,8 %
Coaticook	0 %	8,2 %	11,6 %	13,7 %
Memphrémagog	0 %	13,3 %	23,2 %	30,9 %
Estrie	0 %	10,5 %	17,2 %	22,8 %

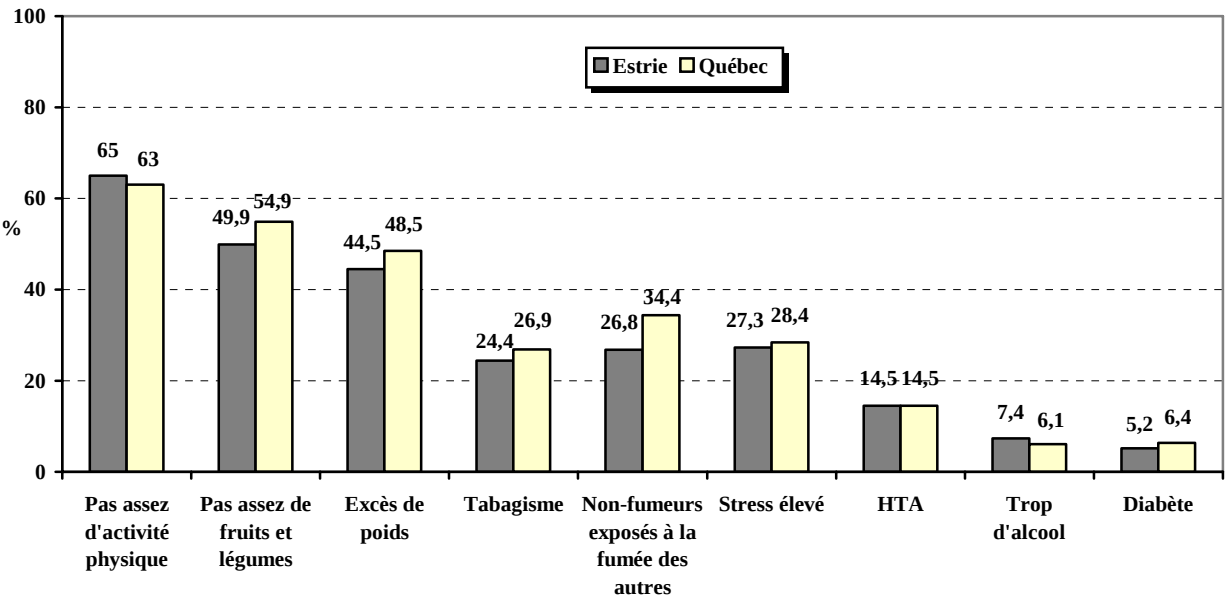
Source : Projections démographiques du MSSS.

Facteurs de risque

En un coup d’œil

- En 2003, environ 28 % des hommes et 21 % des femmes de l’Estrie fument. Le pourcentage est en diminution chez les deux sexes.
- En 2005, en Estrie, près de 20 % des filles et 14 % des garçons du secondaire fument. Le pourcentage est à la baisse chez les deux sexes.
- Environ 27 % des non-fumeurs en Estrie, hommes ou femmes, sont exposés chaque jour ou presque à la fumée du tabac des autres personnes. On anticipe une baisse.
- Environ 60 % des hommes et 40 % des femmes en Estrie consomment moins de cinq portions par jour de fruits et légumes. Ce pourcentage est de 60 % chez les jeunes du Québec.
- Près de 60 % des hommes et 69 % des femmes de l’Estrie ne font pas suffisamment d’activités physiques de loisir pour en retirer des bénéfices tangibles pour leur santé. Ce pourcentage est de 60 % chez les jeunes de l’Estrie. La tendance est à la baisse.
- L’excès de poids est à la hausse chez les jeunes comme chez les adultes des deux sexes. Environ 25 % des jeunes et près de 45 % des adultes (53 % des hommes et 36 % des femmes) sont en excès de poids en 2003.
- Quelque 13 % des hommes et 2 % des femmes âgés de 15 ans ou plus de l’Estrie ont un niveau de consommation d’alcool à risque. La tendance est très légèrement à la baisse.
- Environ 15 % de la population souffre d’hypertension artérielle. Chez les femmes de 65 ans ou plus, ce pourcentage atteint 48 %.
- 5 à 6 % des Estriens âgés de 20 ans ou plus ont reçu un diagnostic de diabète. La tendance est à la hausse.
- 48 % des 18-74 ans ont une cholestérolémie $\geq 5,2$ mmol/l. Cette proportion augmente avec l’âge, particulièrement chez les femmes.

Prévalence (en %) des principaux facteurs de risque des maladies chroniques,
Estrie et Québec, 2003



Notes : Les prévalences de la figure ci-contre s’appliquent à des populations de 12, 15, 18 ou 20 ans et plus selon le cas.
Les prévalences de l’Estrie ne diffèrent pas statistiquement de celles du Québec, sauf pour le diabète où le taux de l’Estrie est significativement plus faible que celui du Québec.

Les Estriens comme les Québécois présentent un risque élevé de développer au cours de leur vie une maladie chronique. Environ huit adultes sur dix présentent au moins un des problèmes suivants : tabagisme, activité physique insuffisante, excès de poids, hypertension artérielle, consommation d'alcool à risque ou diabète. Deux adultes sur dix affichent trois problèmes ou plus.

Les tendances observées pour quelques facteurs de risque sont encourageantes. Ainsi, le tabagisme diminue dans la population. En 1987, près de 40 % des Estriens de 15 ans et plus fumaient régulièrement ou occasionnellement. En 2003, cette proportion s'établit à environ 25 %. Les dernières données sur le tabagisme chez les jeunes du secondaire font également état d'une baisse encourageante. Toutefois, environ 27 % des non-fumeurs de l'Estrie âgés de 12 ans ou plus ont déclaré, en 2000-2001, être exposés chaque jour ou presque à la fumée de tabac, mais on anticipe une baisse. Par ailleurs, la proportion de consommateurs d'une quantité d'alcool présentant un risque à la santé (quatorze consommations ou plus par semaine) a légèrement diminué depuis 1987, passant de 7 à 6 %.

Malheureusement, l'ampleur et la tendance d'autres facteurs de risque ou maladies restent préoccupantes. Ainsi, en Estrie, la moitié des adultes ne consomment pas suffisamment (cinq portions ou plus) de fruits et légumes chaque jour ou présentent un niveau élevé de cholestérol sanguin, alors que le tiers des adultes disent vivre continuellement avec un niveau élevé de stress. Également, chez les quelque 15 % de personnes hypertendues, environ le tiers ne connaît pas leur condition, et parmi les personnes qui connaissent leur condition, près de 40 % ne sont pas contrôlées. De plus, environ 5 % des adultes en Estrie sont des diabétiques diagnostiqués, mais le pourcentage réel des personnes atteintes du diabète pourrait être le double selon Diabète Québec³⁹.

En outre, la proportion d'individus qui ne font pas suffisamment d'activité physique est toujours élevée dans notre population (65 %). Parallèlement à ce constat, l'augmentation de l'excès de poids dans la population est aussi préoccupante. En 1987, près de trois personnes sur dix âgées de 15 ans ou plus avaient un excès de poids contre cinq personnes sur dix en 2003. Chez les jeunes de 6 à 16 ans, environ le quart présente un excès de poids, c'est-à-dire que 8 % sont obèses, alors que près de 17 % font de l'embonpoint. Depuis 1978, le pourcentage de jeunes avec un excès de poids est passé de 10 à 23 %. La sédentarité et la hausse de l'excès de poids sont fort préoccupantes, en particulier chez les jeunes, quand on sait que ces deux facteurs sont souvent présents dans la genèse du diabète, de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie, tous des facteurs de risque majeurs des maladies cardiovasculaires.

La prévalence de plusieurs des facteurs de risque des maladies chroniques n'est pas la même chez les hommes et les femmes ou encore chez les personnes défavorisées.

Les femmes sont généralement plus sédentaires et plus affectées par l'hypertension artérielle à partir de 65 ans. Les hommes fument en plus grande proportion que les femmes. Les taux de diabète diagnostiqué, de consommation élevée d'alcool, de consommation inadéquate de fruits et légumes et d'excès de poids sont également plus élevés chez les hommes.

Les personnes défavorisées sont souvent plus sujettes aux maladies chroniques. Environ le tiers des Québécois faiblement scolarisés ou à faible revenu déclarent être atteints d'au moins une des maladies chroniques suivantes : MCV, cancer, diabète, MPOC ou asthme. Chez les personnes plus favorisées, ce pourcentage s'établit à quelque 15 %⁴⁰.

Pour plus de détails, des données sociosanitaires sont présentées à l'annexe 2.

2.2 Bilan sommaire des réalisations estriennes en prévention et gestion des maladies chroniques

2.2.1 SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION

Le portrait estrien (présenté plus en détail à l'annexe 3) en matière de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques met en évidence la variété et la qualité des interventions déjà en place et sur lesquelles le développement du présent programme-services peut miser. Certains éléments méritent d'être soulignés :

- En regard des politiques publiques, citons le soutien à l'application de la Loi sur le tabac et l'appui à la future Politique-cadre sur une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif en milieu scolaire (politique à venir sous l'égide du MELIS).
- En regard des campagnes de communication, citons :
 - en promotion de l'activité physique : campagne « Plaisirs d'hiver » et celle de « Mon style de marche »;

³⁹ DIABÈTE QUÉBEC. www.diabete.qc.ca/html/sante/vivre/html/portrait1.html, 10 mars 2004.

⁴⁰ STATISTIQUE CANADA (2003). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 2,1.

- en prévention du tabagisme : *Défi j'arrête, j'y gagne!*, *Gang allumée* en milieu scolaire, *Spectacle in vivo*, etc.;
- dans une approche de messages combinés : le *Défi 5·30*;
- En regard des milieux de vie, citons :
 - le Programme régional « Vers des écoles sans fumée »;
 - l'approche *École en santé*;
 - *Québec en forme*;
 - « Cour d'école saine et active (École active) ».
- En regard des pratiques cliniques préventives, citons :
 - le Programme de prévention des maladies chroniques au sein des services généraux des CSSS offrant des services de counseling sur les habitudes de vie, incluant les services du Centre d'abandon du tabagisme (CAT);
 - les interventions réalisées auprès des GMF, plus particulièrement auprès des infirmières, en matière de développement et de soutien aux pratiques cliniques préventives dont le counseling de type « 0·5·30 ».

Le *milieu scolaire* fait l'objet d'une attention particulière par le déploiement d'interventions en matière de lutte contre le tabagisme et de promotion de l'activité physique ainsi que par la mise en place de l'approche « École en santé ». Quant aux messages culturels et médiatiques, qui peuvent être pris à la fois comme mesures individuelles et comme facteurs environnementaux, soulignons que plusieurs activités sont réalisées, notamment en soutien aux campagnes provinciales axées sur la promotion et l'acquisition de saines habitudes de vie.

Par ailleurs, si plusieurs activités peuvent déjà être répertoriées, certaines faiblesses peuvent également être constatées :

- Sur le plan des programmes et activités :
 - le manque de stratégies et d'interventions planifiées en matière de saine alimentation aux niveaux des individus et de la population;
 - l'absence à ce jour d'une programmation visant la clientèle adulte, axée sur une approche intégrée des habitudes de vie.
- Sur le plan des clientèles rejointes dans les milieux de vie : les activités éducatives et environnementales en milieu de travail sont peu nombreuses, sinon inexistantes.
- Sur le plan des ressources : les ressources disponibles constituent une barrière importante à la prévention et à la promotion et restreignent la diversité des interventions ainsi que leurs déploiements.

Globalement, malgré la diversité des services et interventions réalisées, il ne peut être que constatée l'absence relative d'une approche intégrée :

- axée sur les habitudes de vie,
- combinant à la fois des stratégies éducationnelles, environnementales et de communication,
- ciblant la population, les groupes vulnérables et les individus (tout au long de leur vie).

Malgré l'utilisation dans certaines circonstances du terme « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION », un réel *Programme intégré de prévention des maladies chroniques de type* : « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION » n'existe pas en Estrie (voir annexe 2 pour une description sommaire de ce que pourraient être les principes, objectifs et stratégies d'un tel programme).

Eu égard aux approches, stratégies et actions théoriques privilégiés à la section 1, il s'avère nécessaire que le présent programme-services, par ses services de santé publique :

- axe prioritairement ses interventions de promotion de la santé et de prévention sur l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie;
- permette d'intégrer plusieurs stratégies dans les divers milieux de vie où se retrouvent les gens (travail, école, communauté) au regard des trois habitudes de vie, et ce, tant aux niveaux régional que local tout en rejoignant les partenaires intersectoriels de manière coordonnée, cohérente et efficiente en évitant le dédoublement des actions (tant pour rejoindre les individus que pour modifier les facteurs environnementaux);
- permette d'optimiser le counseling en regard des habitudes de vie ainsi que la détection précoce de certains facteurs de risque biologiques modifiables, notamment l'HTA (à la fois considérée comme un facteur de risque et comme une maladie).

2.2.2 LES PROGRAMMES EN SANTÉ PHYSIQUE

Un ensemble de mesures ont été planifiées dans le cadre du plan de contingence des urgences et des travaux antérieurs de la Régie Régionale de l'Estrie (ex. : PROS-MCV). Parmi celles-ci figuraient la mise en place du réseau MPOC ainsi que l'implantation du Programme régional de services en santé cardiovasculaire (réadaptation cardiaque et insuffisance cardiaque). Les objectifs visés étaient de :

- diminuer de 30 % les consultations à l'urgence;
- diminuer de 30 % les hospitalisations;
- améliorer la qualité de vie.

LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Le Programme régional de services en santé cardiovasculaire comporte deux volets : la réadaptation cardiaque et l'insuffisance cardiaque. L'implantation d'un programme régional de réadaptation cardiaque et de cliniques d'insuffisance cardiaque a été retenue à la suite des recommandations du Comité régional en santé cardiovasculaire. Effectivement, les membres de ce comité avaient identifié ces mesures comme étant les plus susceptibles d'avoir un impact significatif sur la qualité de vie de la clientèle atteinte ainsi que sur l'utilisation judicieuse des services en milieu hospitalier, plus particulièrement les visites à l'urgence et les hospitalisations.

Après avoir dressé un portrait de la situation en Estrie, l'implantation de ces programmes s'est fait de façon progressive.

Réadaptation cardiaque

Spécifions qu'en réadaptation, le but est d'offrir une gamme complète de services (éducation visant l'autogestion, l'observance médicamenteuse, la cessation tabagique, l'intervention nutritionnelle, la gestion du stress, le soutien psychosocial et l'activité physique) aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire. Or, un tel projet ne peut que s'appuyer sur une organisation de services et sur un mode d'intervention dont pourraient hautement bénéficier les personnes atteintes de diabète, de MPOC, d'asthme ou autres.

Le programme a débuté ses activités en 2002 au CHUS pour ensuite se déployer dans les sept MRC de l'Estrie en 2004. Il s'adresse à une clientèle connue pour cardiopathie ischémique (angine, infarctus, angioplastie, pontage coronarien). Il vise à améliorer la santé cardiovasculaire et la qualité de vie des personnes atteintes, à les aider à récupérer et à prévenir d'autres événements cardiaques. Le même programme de réadaptation est offert au CHUS et dans les CSSS. Ce qui le différencie est la supervision médicale pour la clientèle à risque.

Le programme est d'une durée de 12 semaines au cours desquelles différents professionnels accompagnent les personnes dans la prise en charge de leur santé. À la fin du programme, un suivi téléphonique est effectué par l'infirmière, à 6 semaines, 3, 6 et 12 mois afin d'évaluer les nouveaux besoins et, si nécessaire, définir avec le participant de nouvelles stratégies de changements de comportements.

Afin de favoriser une réintégration à une vie la plus normale possible, les infirmières intervenantes-pivots, intervenants psychosociaux, kinésiothérapeutes, nutritionnistes et autres assistent les personnes dans la modification de comportements ou facteurs nuisibles à leur santé, tels l'inactivité physique, l'alimentation riche en gras, le surplus de poids, l'hypertension, le stress et le tabagisme. Pour ce faire, des rencontres individuelles et de groupe ainsi que des activités ponctuelles d'éducation sont offertes aux participants ainsi qu'à leurs proches. L'activité physique est au cœur de la réadaptation. Des séances d'exercices adaptées à la condition cardiaque du participant et animées par la kinésiothérapeute du Programme ont lieu près du domicile de celui-ci. Les clientèles plus à risque (évaluées par une méthode de stratification du risque basée sur les guides de pratique en réadaptation cardiaque) sont suivies au CHUS ou dans un établissement offrant une accessibilité à un médecin de façon immédiate, advenant la survenue d'un événement cardiaque. Toutefois, des normes de sécurité telles : la formation régulière des intervenants à la réanimation cardio-respiratoire (RCR) et à l'utilisation du défibrillateur externe automatisé (DEA) et l'accessibilité à un défibrillateur cardiaque sont appliqués lors des séances d'activités physiques.

Le suivi médical est toujours assuré par le médecin de famille du participant. Un médecin désigné a été nommé par le DRMG dans chacun des CSSS pour soutenir l'équipe et ses collègues dans la stratification du risque et la prescription d'exercice. Chaque CSSS a la responsabilité d'assurer l'accès à des services de stratification du risque ainsi qu'à la prescription d'exercices par l'intermédiaire du médecin désigné.

Lorsque ce rôle ne peut être assumé par celui-ci, une entente peut être convenue avec le CHUS afin d'obtenir ces résultats obligatoires à l'inscription du patient au volet « activités physiques ».

Insuffisance cardiaque (IC)

Un programme régional d'insuffisance cardiaque représente le véhicule par excellence pour le traitement et le suivi de la population atteinte d'IC en cliniques ambulatoires. Ainsi, par des interventions précoces et concertées axées sur des mesures telles que la prévention des facteurs causaux des maladies cardiovasculaires sur la non adhérence aux traitements et sur la détection rapide de l'émergence de situations critiques, les personnes atteintes d'IC dans la région 05 (Estrie) peuvent compter sur un suivi clinique adapté à leur état de santé et ainsi jouir d'une meilleure qualité de vie.

La Clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS (la clinique mère) a rencontré les premiers patients à l'automne 2003. La clientèle est constituée de patients de classe fonctionnelle III et IV (modérés à sévères) selon la *New York Heart Association* (NYHA).

Le suivi de ces clientèles se fera à l'automne 2007 dans les cliniques satellites des 7 MRC de la région 05 avec le soutien professionnel de la clinique mère du CHUS. Tous les CSSS offriront des services aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et leurs proches dont le diagnostic est établi par le médecin ou le cardiologue.

À la suite d'une hospitalisation ou d'une visite à la clinique mère du CHUS, lorsque le diagnostic sera établi et les examens terminés, la personne sera orientée vers la clinique d'insuffisance cardiaque de son territoire.

Un suivi individualisé sera offert selon les besoins de la personne, la classe d'insuffisance cardiaque (classe 1 à 4) et le type d'établissement (avec ou sans urgence 24/7). Ainsi, le patient avec une atteinte plus sévère de la maladie (classe III et IV), à plus haut risque de décompensation cardiaque, sera suivi dans un établissement ayant une urgence 24/7 et possédant un plateau technique minimal (laboratoire, radiologie, etc.). Un médecin désigné, nommé par le DRMG, assurera des disponibilités dans ces établissements pour ce type de clientèle. Le programme n'a pas de durée déterminée. La personne sera suivie tout au long de sa maladie.

Le suivi médical demeure toujours sous la responsabilité du médecin de famille.

LES MALADIES RESPIRATOIRES

Réseau des maladies pulmonaires obstructives chroniques de l'Estrie (MPOC)

En fonction depuis novembre 2001, ce service régional est offert dans tous les CSSS et est sous la coordination du CHUS. Il s'agit d'un réseau ambulatoire de réadaptation ciblant la clientèle atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.

Ce programme a été institué afin de réduire le nombre de visites à l'urgence et les hospitalisations des personnes faisant partie du réseau. Les services offerts visent le renforcement des compétences de la personne atteinte et de sa famille pour s'auto soigner en toute sécurité à la maison, et ce, dès l'apparition des premiers signes d'aggravation. Cette clientèle, en plus de recevoir une formation de quatre heures, conserve en sa possession un cahier pochette contenant un plan d'action signé par le médecin. Ce plan comprend, entre autres, des indications à suivre pour améliorer sa condition, des ordonnances médicales à faire remplir lors de crise et l'identification de ressources à contacter.

De plus, un réseau de soutien est offert par des professionnels. Ces derniers contactent aux six semaines la clientèle inscrite. Ils fournissent, au besoin, un support téléphonique aux heures régulières de travail, soit de 8 heures à 16 heures. Cette approche permet à la clientèle d'autogérer sa maladie.

Depuis l'implantation, une augmentation annuelle du nombre de personnes inscrites au Réseau MPOC est de l'ordre de 20 à 23 %. Une évaluation continue a été faite pour vérifier l'atteinte de ces résultats. Ainsi, de 78 à 91 % des crises d'exacerbation ont été traitées à la maison à partir du plan d'action. Environ 20 % des crises ont mené à une visite à l'urgence et 15 % à une hospitalisation. L'implantation du Réseau MPOC a amélioré la qualité de vie de nombreuses personnes atteintes de la MPOC. Cela se confirme encore lorsqu'on regarde le niveau de satisfaction de la clientèle qui s'est maintenu, depuis avril 2003, à plus de 96,8 %. Environ 500 patients y sont actuellement suivis.

Réadaptation respiratoire

Un programme de réadaptation respiratoire a débuté ses activités en avril 2005 au CHUS pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques, de bronchite ou d'emphysème. Il s'agit d'un programme d'exercices conçu spécialement pour cette clientèle et facilement réalisable à la maison, sans impliquer beaucoup de matériel spécialisé. Le programme individualisé s'adapte à la condition et aux capacités personnelles de chacun. De plus, un volet éducatif porte sur la médication, les facteurs aggravants, la conservation d'énergie et la gestion du stress.

À l'heure actuelle, une vingtaine de personnes seulement ont pu bénéficier de ce programme au CHUS. Le MSSS, en collaboration avec le Réseau québécois d'asthme et de la MPOC (RQAM), se penche actuellement sur un éventuel déploiement d'un programme de réadaptation respiratoire.

Diabète

Le Centre de jour du diabète de l'Estrie a débuté ses activités en octobre 1991 au CHUS à Fleurimont. L'hôpital Hôtel-Dieu offrait aussi des services semblables depuis février 1992. Avec la fusion des deux hôpitaux, les services ont continué à être offerts dans les deux établissements, mais les programmes d'enseignement, les protocoles et les outils ont été standardisés afin d'uniformiser les services dans le CHUS. À partir d'avril 2004, le programme a été offert uniquement à l'Hôtel-Dieu. Le Centre de jour du diabète de l'Estrie, volet ambulatoire de la médecine spécialisée du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, se donne pour mission de répondre aux besoins d'enseignement et de traitement des adultes diabétiques de la région 05. La clientèle inscrite au programme du Centre de jour du diabète de l'Estrie

provient de références professionnelles en post-hospitalisations ou à la suite d'une demande de même nature en provenance de la communauté. L'équipe professionnelle du Centre de jour du diabète de l'Estrie assure le maintien des compétences via des activités de soutien et de formation auprès des équipes soignantes des unités de soins de l'établissement.

Que la personne en besoin soit nouvellement diagnostiquée, mal contrôlée ou nécessitant une insulinothérapie de novo, les activités d'enseignement et de soutien dispensées par l'équipe interdisciplinaire du Centre de jour du diabète de l'Estrie cherchent à optimiser l'autonomie fonctionnelle de la personne diabétique, à restaurer son équilibre biopsychosocial et à réduire les facteurs de risque modifiables associés à la maladie.

Le programme porte sur l'évaluation et le suivi conjoint par une équipe multidisciplinaire des personnes diabétiques de type 1 ou 2 visant l'optimisation du contrôle du diabète et des facteurs de risque associés, l'éducation, la responsabilisation et la prise en charge de la maladie par les personnes. Sont offerts :

- des cours de 4 jours, des cours de 2 jours et demi pour les personnes âgées, des services de consultation individuelle, des cours et un suivi de diabète durant la grossesse, des sessions éducatives pour les diabétiques de type 2 de novo et les intolérants au glucose.

Il est important de noter qu'il y a 8 à 10 mois d'attente au CHUS pour le cours donné sur 4 jours, ce qui représente environ 300 personnes.

Un programme d'intégration de l'activité physique dans la vie des personnes diabétiques nommé Programme DIABÈTE-ACTIF au Centre de jour du diabète de l'Estrie est né d'un partenariat public/privé avec la compagnie pharmaceutique Glaxo SmithKline. Les services portent sur des cours de groupe sur les bienfaits de l'activité physique ainsi que des séances d'entraînement.

À l'heure actuelle, il n'existe pas encore de trajectoire clinique déterminée de services hiérarchisés pour la 1^{re} et la 2^e ligne. Nous observons une grande variabilité de services dans les CSSS, allant de service ponctuel minimal à un suivi par une infirmière, une nutritionniste et un pharmacien. Seuls les CSSS des Sources et du Val-Saint-François offrent un programme d'enseignement. Actuellement, le CSSS du Val-Saint-François offre quatre groupes de rencontres animées par une infirmière, une nutritionniste et une pharmacienne invitée. Ce service se veut un programme d'enseignement d'une durée de 10 heures réparties en 5 rencontres de 2 heures, échelonnées sur 5 semaines. Dans les GMF, certains assurent un suivi par l'infirmière et le médecin en alternance. Aucun n'offre un programme structuré d'enseignement.

Asthme

- Clinique d'asthme du CHUS

Une clinique d'asthme est en place au CHUS depuis septembre 1992. Toutefois, des changements y ont été apportés ces dernières années. La clinique existe toujours au CHUS à raison d'une journée par semaine uniquement pour la clientèle pédiatrique uniquement et offre les services d'enseignement par un médecin, un pharmacien et un inhalothérapeute. Pour accéder à cette clinique, le patient doit absolument être référé à un pneumologue (consultation médicale obligatoire) par un médecin de famille ou un professionnel de la santé. Environ 300 patients y sont actuellement suivis, dont près de 80 nouveaux annuellement.

- Centres d'enseignement pour asthmatiques

Lorsque le diagnostic est confirmé, il est recommandé à la personne de se présenter au Centre d'enseignement de l'asthme pour une rencontre individuelle. Le but de cette rencontre est d'aider la personne à se prendre en main en améliorant ses connaissances sur la maladie, dont la prise adéquate des médicaments, en lui apprenant à contrôler son environnement et à gérer son stress lors d'une crise. Les services suivants sont offerts :

- un plan d'action qui guidera le patient en cas de détérioration;
- un soutien et un suivi dans l'application d'un plan d'action.

CSSS-IUGS et CSSS du Granit

Le Centre d'enseignement pour asthmatique a déjà existé au CHUS, mais a transféré la totalité de ses activités au CSSS-IUGS il y a environ deux ans. Les patients qui y sont dirigés ne nécessitent aucune consultation en pneumologie et sont référés par les médecins de famille, les unités de soins et les urgences des centres hospitaliers ou par le patient lui-même. Un inhalothérapeute est responsable de la coordination de cette clinique. Toutefois, cette clinique est sous-utilisée, la clientèle n'y étant pas référée pour diverses raisons. Le CSSS du Granit a aussi un Centre d'enseignement avec les mêmes services.

2.2.3 QUELQUES CONSTATS GÉNÉRAUX

Le MSSS, dans son document de travail intitulé « *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques* » (mai 2007), présente certaines difficultés qui peuvent sûrement être constatées en Estrie comme ailleurs dans les autres régions du Québec. Il y est mentionné :

« Le système québécois actuel, à l'instar de plusieurs autres systèmes de santé dans le monde, comporte certaines lacunes organisationnelles et de fonctionnement pour faire face adéquatement au défi que représentent les maladies chroniques » (Congessional Budget Office 2004) :

- *un diagnostic tardif des maladies chroniques;*
- *des maladies chroniques souvent non traitées ou mal contrôlées avant que des complications ou des épisodes aigus surviennent;*
- *une diffusion des données probantes, parfois inadéquate, engendrant dans certains cas des écarts entre les pratiques des intervenants et ce qui a été démontré comme efficace en milieu clinique (pratique basée sur les données probantes);*
- *des pratiques professionnelles en silo et un modèle traditionnel de prise en charge par un seul intervenant – les personnes atteintes de maladies chroniques reçoivent des services de plusieurs intervenants et sont trop souvent appelées à gérer, coordonner et prendre en charge leurs propres traitements, et ce, avec des habiletés trop limitées pour bien le faire;*
- *un suivi médical insuffisant, surtout en raison de l'absence d'enregistrement de la personne auprès d'un groupe de médecins;*
- *un manque d'intégration des pratiques cliniques préventives dans les continuums de services existants;*
- *la difficulté d'inclure une perspective de prévention et de promotion dans l'organisation générale des services de santé et des services sociaux ».*

PARTIE II

Orientations régionales de l'Estrie 2007-2010

3. ORIENTATIONS ET PRIORITÉS RÉGIONALES 2007-2012

La mise en œuvre du *programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques* exigera des investissements tant pour assurer la disponibilité des services que pour modifier leur organisation ou mettre en place les structures pour les offrir. À ce jour, bien que des pas tangibles aient été franchis, beaucoup reste à faire, et ce, dans tous les milieux, pour créer un réel continuum de services et réaliser l'intégration et la hiérarchisation des services dans la région.

3.1 Principes directeurs

Certains éléments ressortent des modèles théoriques consultés (le modèle « Expanded Chronic Care Model » a fortement influencé les travaux) ainsi que des principes d'action et des orientations utilisés par le MSSS dans son Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques (document de travail)⁴¹. Ceux-ci ont inspiré l'énoncé suivant des principes directeurs guidant le choix des orientations et des priorités 2007-2012 :

- Renforcer la prévention et la promotion :
 - Agir prioritairement sur les déterminants de la santé et les facteurs de risque par une approche intégrée combinant des stratégies éducationnelles, environnementales et de communication, et ciblant la population, les groupes vulnérables et les individus.
 - Promouvoir la santé tout au long de la vie des individus;
 - Développer et mettre en place un partenariat permettant des actions intersectorielles et des politiques publiques supportantes.
- Responsabiliser :
 - Renforcer l'engagement des décideurs du système de santé et des services sociaux envers la prévention et la gestion des maladies chroniques;
 - Renforcer l'implication des collectivités locales et des organismes et organisations de la communauté dans la prévention et la gestion des maladies chroniques;
 - Renforcer le pouvoir d'agir des personnes sur leur santé. L'autogestion et l'habilitation des personnes et de leurs proches doivent prendre une place importante dans l'approche aux maladies chroniques.
- Améliorer le système de services aux personnes :
 - Assurer l'accessibilité, la continuité, la complémentarité et la qualité des services dans une vision de réseau intégré prenant appui sur des services de première ligne (cabinets médicaux/GMF, CSSS, pharmacies communautaires, etc.);
 - Assurer une hiérarchisation adéquate des services allant des services de base aux services surspécialisés dans des optiques d'optimisation des compétences et d'utilisation efficiente des ressources;
 - Détecter précocement les personnes à risque ou atteintes de maladies chroniques et donner suite rapidement;
 - Offrir le type et l'intensité des services en fonction des besoins (voir section 1.6.2);
 - Mieux suivre les personnes tout au long de leur maladie et coordonner les services offerts. Le bon service, au bon moment, par la bonne personne, au bon endroit;
 - Susciter l'apport de la communauté auprès des personnes atteintes;
 - Soutenir les milieux cliniques (soutien au changement, aide à la décision clinique, soutien à l'intégration des pratiques interdisciplinaires, etc.).
- Assurer une gestion des connaissances et de l'information guidant les actions dans la lutte aux maladies chroniques, notamment :
 - Un système d'information clinique performant;
 - La surveillance systématique des maladies chroniques et des facteurs de risque;
 - Une connaissance des données probantes (modèles d'interventions, interventions reconnues efficaces, etc.);
 - Une évaluation.

3.2 Orientation en matière d'organisation des services : accessibilité, continuité et qualité

L'organisation des services en Estrie doit respecter les trois critères centraux du MSSS : l'accessibilité, la continuité et la qualité. À cet effet, diverses mesures et interventions doivent se déployer selon un modèle structuré d'organisation de services (voir tableaux 3 et 4 à la fin de cette section 3).

Est présenté dans un premier temps la présentation détaillée des principaux éléments suivi d'un tableau synthèse.

⁴¹ Inspiré des documents :

- National Public Health Partnership. Preventing Chronic disease: A Strategic Framework Background Paper. October 2001, p.3.
- Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Réflexion sur l'organisation des soins et services pour les patients atteints de maladies chroniques et leurs proches. Présentation PP.
- MSSS. Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, document de travail, 17 mai 2007, p. 15 – 20 et p. 22.

3.2.1 L'ACCESSIBILITÉ

Un accès à des services hiérarchisés et complémentaires de 1^{re}, 2^e et 3^e ligne doit être assuré. Le MSSS, dans le *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques*, propose une description des services généraux et spécifiques au niveau local ainsi que des services spécialisés qui sont, la plupart du temps, à vocation régionale (annexe 5). Certains de ces services ne peuvent pas être offerts au niveau du territoire local en raison de l'expertise des intervenants, des masses critiques ou encore des infrastructures ou technologies nécessaires à la bonne qualité des services. Des liens et des mécanismes de référence doivent être établis entre ces services plus spécialisés et particulièrement les intervenants locaux responsables du suivi de la personne. De la formation est aussi souvent offerte par ces spécialistes régionaux pour les intervenants des CSSS.

Les éléments suivants sont visés :

➤ **Une offre de service tout au long d'un continuum de services**

Afin de garantir une offre de service optimale ainsi qu'une prise en charge adéquate de la clientèle, un continuum de services en maladies chroniques doit être établi allant de la promotion et prévention jusqu'aux soins palliatifs de fin de vie. Le Centre de santé et de services sociaux est amené à consolider ce continuum à partir du réseau local de services en collaboration avec les partenaires locaux, mais aussi régionaux (notamment le CHUS). Il est important que les services proposés s'adaptent aux trajectoires cliniques (à établir) de chacune des maladies chroniques prioritaires (MCV, diabète, MPOC, asthme) tant au niveau régional qu'à l'intérieur du réseau local de services.

➤ **Un panier de services de première ligne en prévention et en gestion des maladies chroniques, commun à l'ensemble des territoires de l'Estrie**

Une offre de service spécifique en prévention et en gestion des maladies chroniques est à consolider par les CSSS tout en assurant les responsabilités d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de suivi des clientèles eu égard à l'ensemble des besoins des personnes et de leurs proches.

Lorsque requis, les services offerts en maladies chroniques doivent s'arrimer efficacement aux services de guichet unique, avec les processus d'évaluation multiclientèle (OEMC), PII et PSI, ainsi qu'aux services prévus à l'intérieur des divers programmes-services, notamment celui des Services généraux, celui de Santé physique : Cancer et Soins palliatifs, celui de la Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) et celui de Santé publique.

Voici les éléments du panier de services à consolider, selon les ressources disponibles, dans chacun des territoires de l'Estrie.

■ **Services de promotion et de prévention**

Une programmation intégrée de prévention des maladies chroniques de type « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION » (annexe 4) est à offrir dans chacun des territoires de l'Estrie. Cette programmation doit viser la réalisation des interventions et des services suivants :

- Le soutien aux campagnes nationales et régionales de communication axées sur de saines habitudes de vie;
- La promotion et l'application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie, dont l'application de la loi sur le tabac et le soutien à l'implantation (à venir) de la « *Politique-cadre sur une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif* » en milieu scolaire;
- La consolidation et l'implantation des interventions en matière des habitudes de vie dans l'approche *École en santé*;
- Le développement ou la consolidation et l'implantation d'interventions éducatives et environnementales favorables à l'adoption de saines habitudes de vie dans les milieux de travail et les milieux municipaux (articulées au développement des communautés);
- La consolidation (à partir du programme de prévention des maladies chroniques existant au sein des services généraux des CSSS) d'un **plateau préventif** articulant les ressources du CSSS, de la communauté et des services cliniques du territoire, et offrant :
 - *la promotion et le soutien à la réalisation de counseling* sous toutes ses formes, notamment de counseling bref sur les habitudes de vie, mais aussi à la réalisation d'autres pratiques cliniques préventives tel le dépistage et le suivi de l'HTA. Les interventions visent le plus grand nombre possible de professionnels concernés et s'adressent particulièrement aux intervenants de la première ligne au sein de l'ensemble des services concernés des CSSS, mais aussi auprès des GMF/cabinets médicaux, pharmacies, etc.;

- *la tenue d'activités éducatives* s'adressant à la population ou à des groupes ciblés lors d'événements publics ou encore sur invitation de groupe ou de milieux de travail (ex. : activités de promotion d'une saine alimentation, d'initiation à la marche, etc.);
- *une offre de service de counselings intensifs* en regard des 3 habitudes de vie ciblées dont les services de la clinique d'abandon du tabagisme (CAT). L'offre de service devrait comprendre des rencontres individuelles selon les besoins identifiés et des rencontres de groupe. À titre d'exemple :
 - des ateliers introduisant les principes de base pour la pratique de l'activité physique intégrés à des séances de marche;
 - des ateliers sur la saine alimentation, etc.

Parmi les services à viser, le plateau préventif devrait être en mesure d'offrir selon les ressources disponibles une évaluation des facteurs de risque ainsi qu'un plan d'intervention individualisée de modification des habitudes de vie. Un tel plan d'intervention individualisée nécessite alors une prise en charge médicale (notamment pour les personnes à haut risque).

- ***Les cliniques d'enseignement et de réadaptation***

La clientèle devrait provenir de référence du médecin ou d'autres professionnels de la santé, de l'urgence ou du patient lui-même. L'objectif des interventions est d'optimiser l'état de bien-être et les capacités fonctionnelles des individus ainsi que d'améliorer leur autonomie actuelle ou du moins la maintenir en leur enseignant comment prendre en charge leur maladie et mieux vivre avec celle-ci. Afin de favoriser une réintégration à une vie la plus normale possible, les professionnels de l'équipe interdisciplinaire (infirmières, nutritionnistes, kinésiothérapeutes et intervenants psychosociaux) devraient assister les participants dans la modification de comportements ou de facteurs de risque (habitudes de vie nuisibles, stress, etc.). Pour ce faire, des rencontres individuelles et de groupe ainsi que des activités ponctuelles d'éducation devraient être offertes aux participants et à leurs proches. L'activité physique est au cœur des programmes de réadaptation cardiaque.

En ce qui a trait aux maladies respiratoires (asthme et MPOC), des inhalothérapeutes offrent le suivi de cette clientèle.

- ***Les services de soutien et d'adaptation dans la communauté***

L'ensemble des services d'information, d'aide, de soutien et d'adaptation offerts aux niveaux régional et local, par les divers partenaires des RLS, notamment par les OSBL et les ressources communautaires (ex. : Fondation des maladies du cœur, les diverses associations mais aussi les groupes du programme Viactive, etc.), devraient être répertoriés. Ces services disponibles dans la communauté sont souvent méconnus des personnes et leurs proches, des aidants, des professionnels ainsi que des établissements en général. Il s'avère important d'instaurer des mécanismes pour faire connaître ces services et aussi développer des outils qui consolident une offre de service en partenariat et en complémentarité (CSSS-ressources de la communauté), notamment en matière de soutien et d'adaptation autour des personnes atteintes et leurs proches.

- **Des services spécifiques (1^{re} ligne), des services spécialisés et surspécialisés pour la clientèle complexe et multi problématique**

Les CSSS et le CHUS devraient assurer en partenariat des services en interdisciplinarité visant la prise en charge des cas complexes, le contrôle des maladies et de leurs exacerbations, l'accès à des soins d'urgence et d'hospitalisations, etc. Les cliniques d'insuffisance cardiaques et le réseau MPOC sont de bons exemples en la matière.

3.2.2 LA CONTINUITÉ

L'intégration des services et la mise en place d'un continuum de services, l'utilisation d'un guichet d'accès spécifique aux maladies chroniques dans chacun des CSSS, la mise en place d'une équipe interdisciplinaire, l'utilisation d'un intervenant pivot (selon les besoins et le type de services), un système d'évaluation efficace des besoins globaux des personnes sont des éléments importants pour la continuité des services.

Parmi les conditions ou éléments à favoriser pour la continuité des services entre les différents dispensateurs dans le réseau, citons :

- une trajectoire clinique pour chacune des maladies chroniques de ce programme-services précisant l'offre de service et son articulation, les rôles et responsabilités des divers acteurs, les pratiques cliniques, etc.;

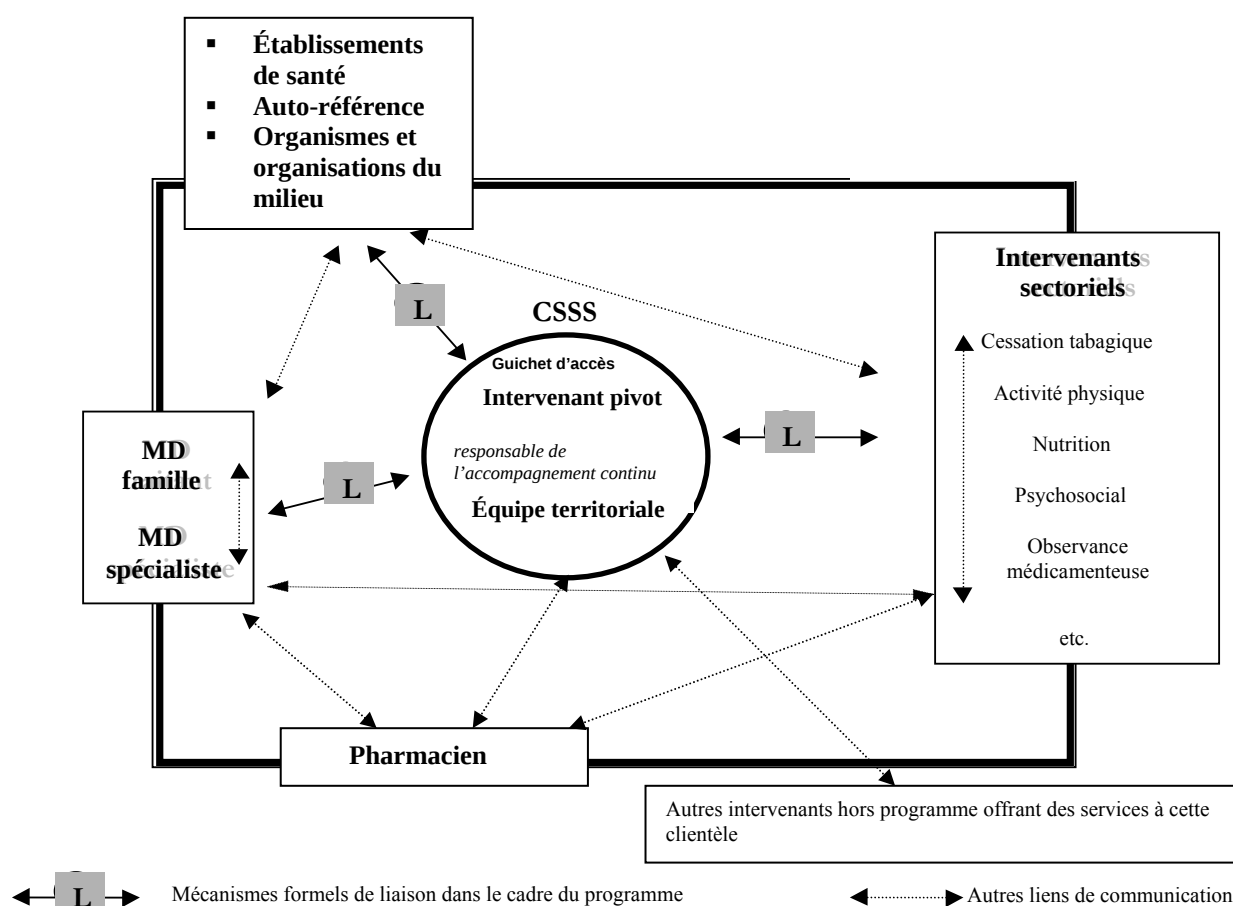
- des corridors fonctionnels de services entre les services de la 1^{re} ligne et les services de 2^e et 3^e ligne;
- l'expertise des services spécialisés disponible aux professionnels de la 1^{re} ligne;
- des liens étroits et des ententes de services établis entre les partenaires du réseau local (CSSS, GMF/cabinets médicaux, pharmacies, organismes et organisations de la communauté, etc.);
- une communication fluide entre les dispensateurs de service, que ce soit en prévention, en cours de traitement, pendant le suivi ou entre les lieux de prestation de services;
- un suivi systématique assurant une coordination interdisciplinaire des services et une prise en charge proactive des personnes qui le nécessitent;
- la gestion de cas offerte aux personnes dont la complexité des besoins et l'état de santé nécessitent des interventions plus intensives et surtout mieux coordonnées (s'appuyant notamment sur les services PALV);
- l'utilisation des outils OEMC, PII, PSI, de fiche réseau, etc.

À TITRE D'EXEMPLE : DES ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER DANS LE MODÈLE DE RÉADAPTATION REPOSANT SUR L'INTERVENANT PIVOT ET UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

Si l'intervention éducative réalisée auprès des personnes atteintes diffère selon les pathologies spécifiques, l'ensemble des rôles de l'intervenant pivot sur le plan local sont les mêmes : il assure un accompagnement continu à la personne et facilite la continuité des services entre établissements et entre professionnels du public, du privé et du communautaire (voir figure 14). Cet intervenant pivot est en interaction et agit en complémentarité avec le guichet unique du CSSS (ou l'éventuel guichet d'accès aux services en maladies chroniques). De plus, dans les territoires de CSSS, il est prévisible que les mêmes intervenantes et intervenante du CSSS, bénévoles et organismes communautaires soient sollicités pour l'ensemble des clientèles atteintes des différentes maladies chroniques.

Le schéma suivant présente une dynamique clinique à considérer dans la modélisation des services locaux d'enseignement et de réadaptation.

Figure 14 : Intervenants clés et mécanismes de liaison au niveau territorial



3.2.3 LA QUALITÉ

Afin d'assurer une qualité optimale, certains mécanismes et diverses interventions devraient être mis en place, tels :

- Le développement et la surveillance d'indicateurs de la qualité;

- Une évaluation de la qualité, des résultats de services, de la satisfaction auprès de la clientèle; les équipes interdisciplinaires devraient évaluer et faire le suivi de leurs interventions pour faciliter l'accès et le passage harmonieux entre les niveaux de services pour les clientèles;
- La formation de base et continue des intervenantes et des intervenants devrait être assurée. Les services spécialisés régionaux devraient offrir une expertise conseil aux équipes locales des territoires et contribuer à l'enseignement de base et spécialisé aux intervenants de la région. L'équipe locale devrait contribuer à l'expertise conseil auprès des professionnels du réseau local dont les médecins;
- La mise à jour des connaissances devrait être assurée par une veille scientifique et l'utilisation de guides de pratique fondés sur les données probantes;
- L'utilisation d'outils cliniques communs de communication comme : les formulaires de requête et de suivi standardisés, les protocoles de soins et services et les critères de référence préétablis devrait être préconisée;
- La participation à des projets de recherche et d'innovation devrait être encouragée.

Les orientations 2007-2012, en bref

Au regard de l’ensemble du *programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques*

- Développer une vision régionale commune afin de favoriser la mise en réseau d’un continuum de services en prévention et en gestion des maladies chroniques;
- Mettre en place un mécanisme régional de concertation, d’harmonisation et de coordination favorisant le développement du programme-services;
- Mettre en place, au sein de chaque CSSS, une équipe locale de prévention et de gestion des maladies chroniques.

Au regard de l’accessibilité

- Assurer l’accès à :
 - des activités de santé publique éducationnelles, environnementales et cliniques à l’intérieur d’une programmation intégrée de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques (de type : « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION »);
 - un médecin de famille et à un suivi médical;
 - un panier minimal de services généraux et spécifiques en prévention et en gestion des maladies chroniques dans chacun des territoires (annexe 5);
 - des services spécialisés et surspécialisés en matière de maladies chroniques (annexe 5).
- Soutenir le développement, la consolidation, mais aussi l’utilisation de services diversifiés de soutien et d’adaptation dans la communauté.

Au regard de la continuité

- Assurer le passage sans rupture, à l’intérieur d’un niveau de services, entre les niveaux de services et entre les divers partenaires locaux et régionaux (sectoriels et intersectoriels), basé sur une coordination efficace et favorisant l’utilisation :
 - d’un guichet d’accès spécifique aux maladies chroniques dans chaque CSSS;
 - de la pratique interdisciplinaire;
 - d’un intervenant pivot à l’intérieur de certains services;
 - d’outils de suivi systématique et de prise en charge (OEMC, PII, PSI, de fiche réseau, etc.).

Au regard de la qualité

- Favoriser un programme d’assurance de la qualité dont l’identification et l’utilisation d’indicateurs;
- Favoriser une mise à jour et un maintien des connaissances des professionnels et des ressources de la communauté impliqués;
- Favoriser le maintien d’une expertise régionale et d’une utilisation optimale des ressources;
- Développer des outils d’aide à la décision, guides de pratique, etc.;
- Favoriser la participation à des projets de recherche et d’innovation, etc.

3.3 Priorités 2007-2012

Au regard de l’ensemble du *programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques* :

- Développer une vision régionale commune en adoptant un modèle global de prévention et de gestion des maladies chroniques;
- Mettre en place un mécanisme de concertation et de coordination favorisant le développement et l’harmonisation des services de prévention et de gestion des maladies chroniques;
- Mettre en place, au sein de chaque CSSS, une équipe locale de prévention et de gestion des maladies chroniques;
- Favoriser la participation de la communauté médicale au développement et à la mise en place du programme;

Accessibilité

- Développer et consolider une offre de service de santé publique composée :
 - d’interventions en matière de surveillance;
 - d’une programmation intégrée d’activités de promotion et de prévention des maladies chroniques axées principalement sur trois habitudes de vie (de type 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION).

- Développer et consolider une offre de service hiérarchisée aux personnes atteintes et à leurs proches en offrant un accès :
 - à un médecin de famille et à un suivi médical;
 - à un panier minimal de services généraux et spécifiques de 1^{re} ligne en matière de maladies chroniques;
 - à des services de 2^e et 3^e ligne (ajustés à des trajectoires cliniques);
 - à des services de soutien et d'adaptation dans la communauté.

Continuité

- Développer et implanter un continuum de services (intégrant divers éléments et mesures nécessaires à la continuité tels un guichet d'accès, des pratiques interdisciplinaires, un intervenant pivot, des outils cliniques, etc.);
- Développer des trajectoires cliniques pour chacune des maladies retenues dans le présent programme-services.

Qualité

- Mettre en place des éléments d'assurance de la qualité dont le développement et l'utilisation d'indicateurs appropriés;
- Favoriser la mise à jour et le maintien des connaissances des professionnels et des ressources de la communauté impliqués;
- Développer et diffuser des outils d'aide à la décision, guides de pratiques, etc.

3.4 Contribution des partenaires

Dans le contexte d'implantation des projets cliniques, il est indiqué de faire un bref rappel des mandats dévolus aux différents partenaires.

- **L'Agence**
 - Elabore les orientations régionales;
 - S'assure de l'implantation du modèle adopté;
 - Contribue à lever les obstacles rencontrés dans l'actualisation des mesures retenues;
 - Soutient le développement ou la consolidation des partenariats intersectoriels;
 - Assure le suivi de gestion du *programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques*.
 - S'assure de la tenue des travaux nécessaires au développement du programme-services (trajectoires cliniques, modélisation des services de réadaptation, etc.) et y participe.
- **CSSS**
 - Coordonne le réseau local de services intégrés en prévention et gestion des maladies chroniques;
 - Met en place une équipe interdisciplinaire dédiée à la prévention et à la gestion des maladies chroniques responsable du déploiement local du présent programme-services (incluant la planification et l'organisation des services au sein du réseau local);
 - Intègre, harmonise et consolide les services des programmes déjà en place, tels réadaptation cardiaque, Réseau MPOC, Centres d'abandon du tabac, etc. en fonction du présent programme-services et du modèle retenu de prévention et de gestion des maladies chroniques;
 - Élabore, en étroite collaboration avec le CHUS, des trajectoires cliniques du diabète, des MCV, des MPOC et de l'asthme ainsi que consolide les services en conséquence;
 - Assure un guichet d'accès aux services de 1^{re} ligne, aux services spécialisés de 2^e ligne ainsi que l'accompagnement de la personne et de ses proches;
 - Assure, avec une approche de continuum de services, la liaison et l'intervention conjointe avec ses partenaires locaux, principalement avec les professionnels exerçant dans la communauté (médecins, pharmaciens, etc.), les organismes et organisations de la communauté et avec les services de 2^e ligne;
 - Assure localement l'accès :
 - aux interventions d'un programme intégré de promotion de la santé et de prévention axé sur les trois habitudes de vie ciblées;
 - à un panier de services de 1^{re} ligne, peu importe le mode d'organisation du RLS, dont l'évaluation, le traitement, le suivi et la réadaptation de 1^{re} ligne interdisciplinaire, en collaboration étroite avec les omnipraticiens et GMF du territoire;
 - aux divers services de soutien et d'adaptation dans la communauté;
 - Instaure ou consolide la fonction d'intervenant pivot pour les clientèles qui le requièrent et coordonne les PSI;
 - Met de l'avant des stratégies de communication et de mobilisation afin de susciter la participation de la communauté médicale et de « concrétiser » un réel continuum de services en matière de maladies chroniques (incluant des rôles et responsabilités définies dans les trajectoires cliniques élaborées).

- Offre l'expertise conseil en matière de prévention et de gestion de maladies chroniques auprès des intervenants et intervenantes du réseau local de services, notamment auprès des médecins et infirmières (ex. : communication facilitée entre une nutritionniste ou un kinésologue et un professionnel d'un GMF).
 - Agit comme chef d'orchestre et comme agent de changement pour l'implantation des interventions à privilégier pour les milieux ciblés, soient : le milieu clinique, le milieu communautaire, les milieux scolaires, du travail et municipal.
- **CHUS**
- Assure l'évaluation, le traitement, le suivi et la réadaptation spécialisée pour les situations plus complexes et à haut risque;
 - Offre des services ambulatoires spécialisés pour les problématiques complexes ou à faible masse critique;
 - Offre et rend disponible l'expertise conseil à la 1^{re} ligne (aux équipes locales des CSSS, aux professionnels des GMF, etc.);
 - Élabore en partenariat, notamment avec les CSSS, les trajectoires cliniques du diabète, des MCV, des MPOC et de l'asthme et ajuste les services spécialisés et surspécialisés en conséquence dont ceux d'enseignement et de réadaptation;
 - Collabore avec les partenaires à l'approche intégrée de soins et services pour la clientèle atteinte d'une maladie chronique;
 - Collabore au PSI.
- **Professionnels exerçant dans la communauté (clinique médicale, GMF, pharmacie, bureau de dentiste, etc.)**
- Selon leurs responsabilités professionnelles et leur organisation, ils :
 - offrent des services préventifs dont le counseling sur les habitudes de vie;
 - détectent précocement les personnes à risque ou atteintes de maladies chroniques et donnent suite rapidement au diagnostic;
 - assurent un suivi médical régulier ou systématique selon les besoins;
 - offrent l'information et les enseignements nécessaires (habilitation des personnes et de leurs proches, autogestion, information sur les maladies et les services à utiliser, etc.);
 - offrent le soutien et l'aide aux personnes et à leurs proches;
 - réfèrent aux services offerts par les organismes et organisations de la communauté, etc.;
 - collaborent avec les partenaires de leur RLS au continuum de services;
 - collaborent au PSI;
 - collaborent à l'organisation des services à l'intérieur du réseau local de services et à l'implantation du présent programme-services.
- **Organismes et organisations dans la communauté**
- Assument un rôle dans l'intégration et la participation sociale, notamment : soutien dans les activités favorisant le développement de saines habitudes de vie;
 - Offrent des activités d'information et de sensibilisation favorisant une meilleure connaissance auprès de la population (kiosques, articles, conférences);
 - Offrent des services de soutien aux personnes atteintes et aux proches;
 - Offrent des activités d'accueil, d'écoute, de référence, d'accompagnement et d'aide-entraide;
 - Collaborent à l'implantation du présent programme-services.
- **Instances de recherche, d'innovation et d'enseignement (RUIS, CHUS, CSSS-IUGS, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, etc.)**
- Participent à l'identification des interventions efficaces (pratiques, organisations de services, mode de dispensation des services, autogestion, changement de comportement, changement des pratiques cliniques, etc.);
 - Favorisent le transfert des connaissances et l'intégration des résultats de recherche, des pratiques guidées par les données probantes, de solutions novatrices, etc. aux services et aux interventions réalisées en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques;
 - Participent, selon leurs champs d'activités, à la formation, au développement d'outils (guides de pratiques, lignes directrices, etc.) et autres éléments facilitant le soutien aux pratiques professionnelles;
 - Favorisent des projets de recherche clinique et d'innovation apportant de nouvelles connaissances dans le champ des activités du présent programme-services.

Autres partenaires

Soulignons que plusieurs ministères sont interpellés notamment par le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, Investir pour l'avenir* : le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS); le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ); le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine (MFACF); le ministère de la Justice (MJ); ministère des Affaires municipales et des Régions (MAMR); le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS); le ministère des Transports du Québec (MTQ) et le Secrétariat à la jeunesse. Le MELS joue un rôle particulier par ses actions en matière de promotion de saines habitudes de vie dans le milieu scolaire.

Tableau 3 : CHEMINEMENT DES PERSONNES DANS LE DÉVELOPPEMENT D'UNE MALADIE CHRONIQUE EN ESTRIE
Communication et transmission de l'information entre les intervenants et les établissements, corridors, ententes de services, protocoles cliniques, coordination des soins, soutien aux proches

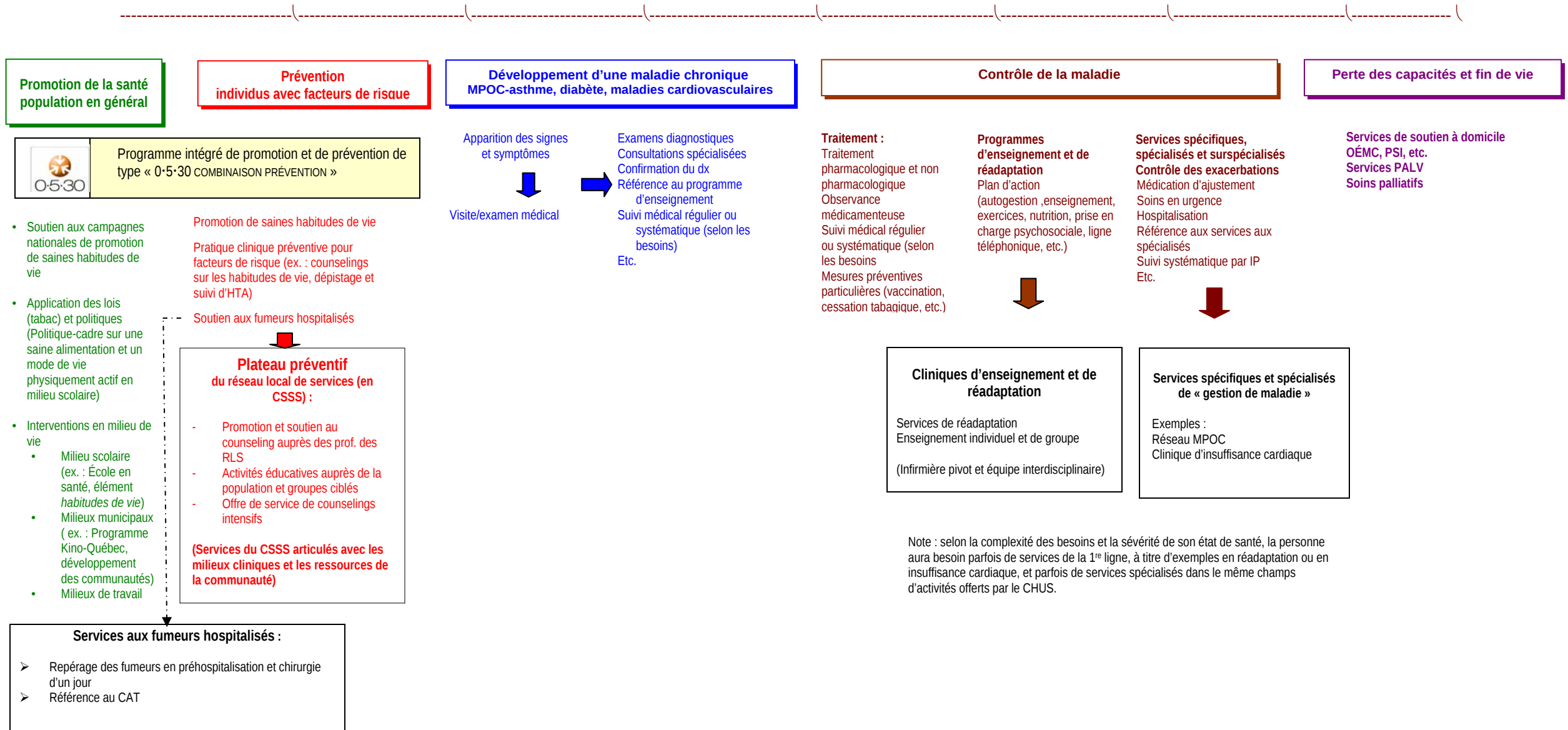
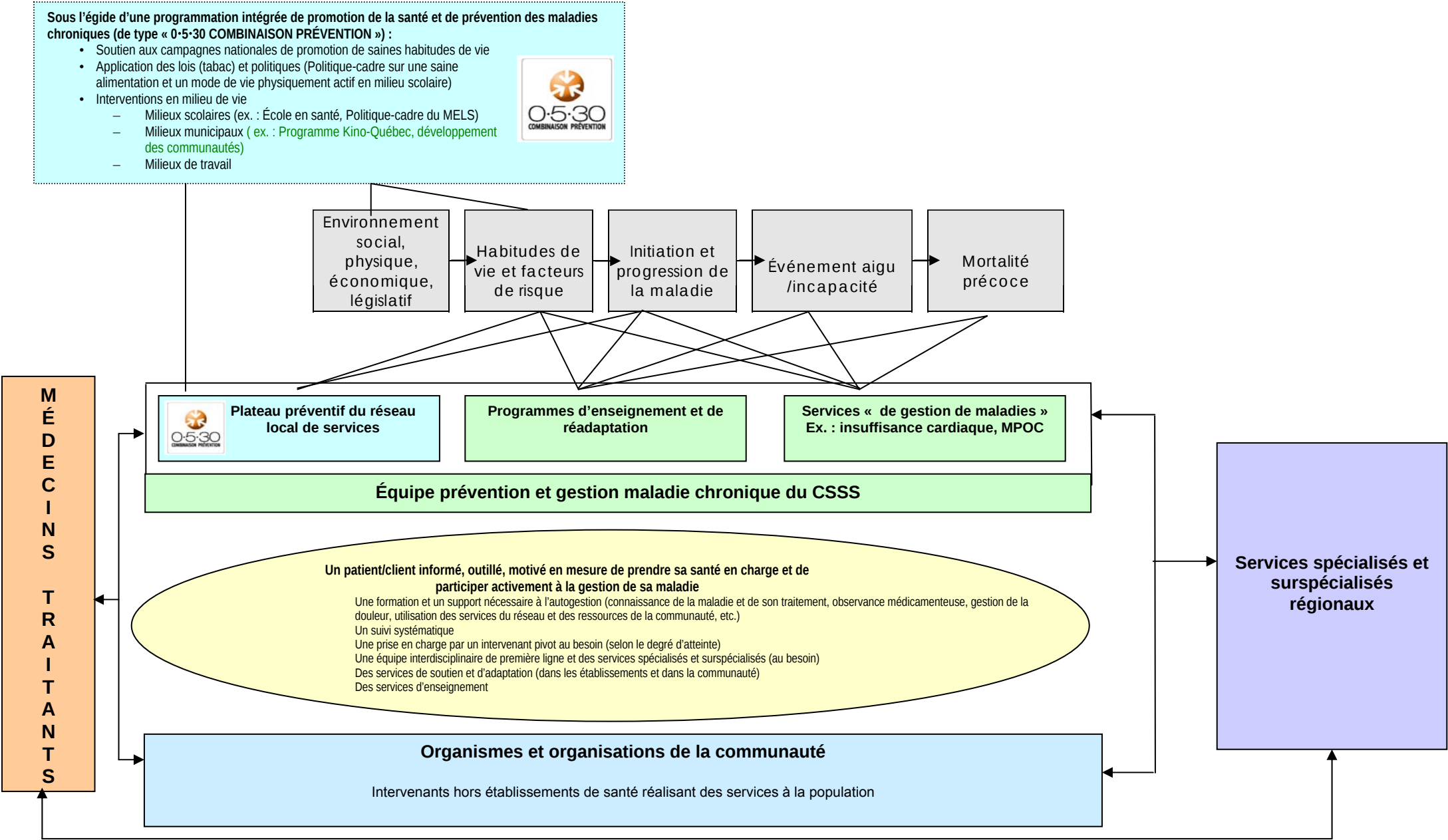


Tableau 4 : VUE D'ENSEMBLE DES SERVICES ET INTERVENTIONS À METTRE GRADUELLEMENT EN PLACE



4. ÉVALUATION ET REDDITION DE COMPTES

Cadre d’évaluation

L’actualisation des orientations régionales 2007-2012 devra nécessairement faire l’objet d’un suivi rigoureux, mais aussi d’une évaluation des résultats du système de soins et des personnes qui en bénéficient⁴². Cet exercice, faisant partie intégrante du cycle de gestion, est essentiel pour permettre un ajustement au cours de la mise en œuvre et pour vérifier l’atteinte des cibles visées.

Le MSSS a introduit dans la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS) différents mécanismes pour que l’ensemble du réseau s’inscrive de façon cohérente dans une perspective de gestion par résultats. Ainsi, des ententes de gestion sont convenues annuellement entre le Ministère et chacune des agences ainsi qu’entre les agences et les établissements de chacune des régions. De ces ententes découle une obligation de reddition de comptes qui se concrétise par la production d’un rapport annuel de gestion, tant par les agences que par les établissements.

Les ententes de gestion visent principalement la réalisation du Plan stratégique 2006-2010⁴³ dans lequel le MSSS propose des orientations et des actions pour améliorer le fonctionnement général du système de santé et de services sociaux. Ces orientations et actions ont trait aux neuf programmes-services et couvrent les différents niveaux de services que sont la prévention, le dépistage, les services généraux et les services spécialisés. Le Plan stratégique ministériel identifie également les indicateurs pour rendre compte des résultats en regard des cibles retenues. Des indicateurs régionaux sont aussi suivis pour les différents programmes. C’est donc dans le cadre des ententes de gestion que s’effectuera la reddition de compte en regard des orientations régionales en maladies chroniques.

Reddition de compte

Voici les indicateurs et les cibles régionales qui seront utilisés pour suivre la mise en œuvre et les résultats des actions visant à mieux lutter contre les maladies chroniques. Les résultats au 31 mars 2007 sont également indiqués.

En ce qui a trait aux services de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques

Orientation/Action	Indicateur	Cibles 2010	Résultats au 31 mars 2007
Implanter des services de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques	Nombre d’interventions préventives de type « Counseling » de longue durée en habitude de vie.	Suivi	Tabac : 662 Alimentation : 631 Act. phys. : 291

En ce qui a trait au Plan québécois de lutte contre le tabagisme

Orientation/Action	Indicateur	Cibles 2010	Résultats au 31 mars 2007
Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.	Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d’abandon du tabagisme	Suivi	225 individuel 49 en groupe

Depuis le 1^{er} avril 2006, deux nouveaux indicateurs nationaux sont en expérimentation.

Orientation/Action	Indicateur	Cibles 2010	Résultats au 31 mars 2007
E1.9.F	Nombre de personnes atteintes d’une MPOC ayant reçu des services par les CSSS (mission CLSC)	Suivi	1 024
E.1.9.G	Nombre moyen d’interventions effectuées par les CSSS (mission CLSC) auprès des personnes atteintes d’une MPOC.	Suivi	11,45

Les indicateurs régionaux

Programme régional de réadaptation cardiaque

Orientation/Action	Indicateur	Cibles 2010	Résultats au 31 mars 2007
R1.9.2	Nombre de personnes inscrites au Programme régional de réadaptation cardiaque.	530	927
R1.9.3	Nombre moyen d’interventions individuelles par les professionnels auprès des personnes inscrites au Programme régional de réadaptation cardiaque	Suivi	3,12

⁴² MSSS, MURRAY, William. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d’autonomie : Cadre d’évaluation*, document de travail, Direction de l’évaluation, de la recherche et de l’innovation, 25 septembre 2003.

⁴³ MSSS, Plan stratégique, 2006-2010.

Orientation/ Action	Indicateur	Cibles 2010	Résultats au 31 mars 2007
R1.9.4	Nombre d'activités ponctuelles éducatives de groupe au Programme régional de réadaptation cardiaque	Suivi	260
R1.9.5	Nombre moyen de personnes participant aux activités ponctuelles éducatives de groupe au Programme régional de réadaptation cardiaque	Suivi	12,56
R1.9.6	Nombre d'interventions de groupe en activité physique au Programme régional de réadaptation cardiaque	Suivi	252
R1.9.7	Nombre moyen de personnes participant aux interventions de groupe en activité physique au Programme régional de réadaptation cardiaque	Suivi	12,75

Réseau MPOC

Orientation/ Action	Indicateur	Cibles 2010	Résultats au 31 mars 2007
R1.9.8	Nombre de patients inscrits au Programme MPOC	568	556

À partir du 1^{er} avril 2007, deux nouveaux indicateurs seront suivis pour les cliniques d'insuffisance cardiaque.

Clinique d'insuffisance cardiaque

Orientation/ Action	Indicateur	Cibles 2010	Résultats au 31 mars 2007
R1.9.15	Nombre de personnes inscrites à la clinique d'insuffisance cardiaque	Suivi	-
R1.9.16	Nombre moyen d'interventions individuelles auprès des personnes inscrites à la clinique d'insuffisance cardiaque	Suivi	-

Conséquemment aux nouveaux budgets de développement alloués pour les maladies chroniques, de nouveaux indicateurs régionaux sont en cours de réalisation pour le suivi des clientèles en maladies chroniques.

5. ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS ET DE SOUTIEN AUX SERVICES

5.1 Enjeux des ressources humaines

De nombreux défis liés à la disponibilité des ressources humaines devront être relevés. Tous les partenaires seront aussi sollicités par les transformations de pratiques, sans oublier les personnes utilisatrices elles-mêmes et leurs proches.

5.1.1 LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE – DISPONIBILITÉ DES EFFECTIFS

Pour soutenir l'actualisation des orientations régionales en santé physique, cela suppose une disponibilité d'effectifs ayant les qualifications requises, tant en première qu'en deuxième ou troisième ligne. Dès lors, un exercice de planification de la main-d'œuvre, incluant l'organisation du travail, s'avère nécessaire. La réponse à la pénurie de la main-d'œuvre anticipée dans le secteur de la santé physique doit s'actualiser par l'innovation des façons de faire, et ce, dans un contexte de rareté des ressources tant humaines que financières.

L'Agence coordonne la Table des responsables des ressources humaines (TRRH) qui a pour mandat notamment de travailler sur les enjeux touchant la planification de la main-d'œuvre, du personnel d'encadrement et du personnel salarié. De plus, un plan régional de planification de la main-d'œuvre 2007-2012 doit être déposé au mois d'octobre 2007 en soutien aux actions locales.

Compte tenu des besoins en ressources humaines au niveau de tous les programmes-services à déployer et des contextes suivants :

- départs à la retraite d'une forte population de « baby boomers » au cours des cinq prochaines années;
- départs en congé de maternité d'une forte proportion de jeunes de la « génération Y »,

la planification de main-d'œuvre devient une activité stratégique d'importance pour que le réseau soit en mesure de recruter les effectifs requis en santé physique afin de soutenir l'offre de service de chacun des réseaux locaux et des établissements régionaux.

Les titres d'emplois suivant sont particulièrement touchés :

- Secteur de la santé physique
 - Infirmier clinicien et infirmière clinicienne
 - Infirmier et infirmière
 - Infirmier auxiliaire et infirmière auxiliaire

- Préposé et préposée aux bénéficiaires
- Inhalothérapeute
- Pharmacien ou pharmacienne
- Diététiste-Nutritionniste
- Kinésiologue
- Travailleur social et travailleuse sociale
- Physiothérapeute
- Ergothérapeute
- Secteur – Administration
 - Cadre
 - Hors cadre

Des données régionales récentes (2006) indiquent que la vulnérabilité est prioritairement reliée au potentiel de congés de maternité à prévoir plutôt qu’au potentiel de départs à la retraite.

En résumé, afin de favoriser l’utilisation optimale des ressources disponibles, on vise en priorité l’organisation des processus de travail, notamment dans le cadre des importants défis reliés à la mise en réseau des services en Estrie.

5.1.2 LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES

Un autre enjeu incontournable au niveau des ressources humaines porte sur l’élaboration d’un plan de développement des compétences afin de soutenir les ressources humaines dans les transformations à venir. L’Agence a un rôle d’appui à la mise en place des orientations régionales adoptées pour les différents programmes-services et il en est de même pour le volet du développement des compétences.

Par ses mesures régionales, le plan régional de développement des compétences pour le *programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques* permettra aux ressources humaines concernées de consolider ou d’acquérir les connaissances, les habiletés et les attitudes requises à l’appropriation des approches privilégiées et des outils retenus au niveau régional (approche d’autogestion du traitement par les personnes atteintes, PSI, approche populationnelle, etc.) dans ce programme-services. De même, une attention particulière devra être accordée à l’acquisition des compétences pour une réponse aux besoins prenant en compte les différenciations observées entre les hommes et les femmes.

Présentement, le volet de développement des compétences pour le *programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques* ne dispose d’aucun budget régional spécifique. Lors du processus d’allocation des budgets annuels pour ce programme, un budget spécifique devra être prévu pour l’élaboration et la mise en œuvre d’un plan régional de développement des ressources humaines 2008-2013 pour ce programme.

À la suite de l’adoption des orientations régionales et des projets cliniques des RLS des différents territoires estriens, un comité de travail régional « Santé physique » sera mis sur pied. Son mandat sera d’identifier les besoins en développement des compétences spécifiques à ce programme-services et les mesures à actualiser (formation, coaching, mentorat, e-learning, etc.) afin d’assurer les changements de pratiques nécessaires à la mise en place des approches, pratiques et outils retenus par les différentes instances locales et régionales.

5.2 Enjeux du soutien informatique

Les systèmes d’information constituent des outils essentiels afin de supporter la pratique des cliniciens dans la prestation des services et des soins. De plus, ils apportent de l’information très utile à la gestion de ces soins et services.

L’information sert quatre fins : offrir les meilleurs services possibles à la population et aux individus, en temps opportun, et assurer la continuité des interventions; dresser un portrait le plus complet possible des clientèles à desservir et leurs besoins; soutenir l’adaptation continue de l’organisation et de la prestation de services cliniques; permettre une gestion efficace et efficiente.

Résultats attendus

Responsabilités partagées entre le MSSS et l’Agence :

- Faciliter la circulation de l’information et du savoir entre les intervenants et les organisations pour assurer l’accessibilité et la continuité des services;
- Mettre en place le Dossier Santé Québec (DSQ), un dossier de santé électronique partageable.

Responsabilités partagées entre les agences, le RUIS et les CSSS :

- Miser sur l'interdisciplinarité, la collaboration, la coopération et la coordination;
- Utiliser les technologies de l'information et des télécommunications comme levier pour offrir des moyens adaptés à la réalité d'intervention des intervenants et gestionnaires du réseau (ex. : télésanté).

Responsabilités partagées entre le MSSS, les agences et le RUIS :

- Considérer les interrelations requises avec les partenaires, les autres régions, le RUIS et le MSSS.

Responsabilités partagées entre l'Agence et les CSSS :

- Miser sur une application intégrée regroupant toutes les fonctions nécessaires au bon fonctionnement informationnel des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- Favoriser le regroupement régional des infrastructures.

Responsabilités des CSSS :

- Assurer l'accès à l'information pertinente, au bon endroit et à la bonne personne.

État de situation en Estrie

L'Estrie dispose actuellement de plusieurs systèmes d'information pouvant supporter les activités du programme-services en prévention et en gestion des maladies chroniques. Notons cependant que ces systèmes communiquent peu ou pas les uns avec les autres. C'est la mise en œuvre d'une première phase du plan d'informatisation de l'Estrie (PRIE) qui amorcera une intégration des applications tout en respectant le consentement des clients et en protégeant leur vie privée. Ce plan a comme objectif principal de faciliter la circulation d'information clinique par la mise en place d'un dossier clinique partageable au niveau régional, selon les modalités prescrites par le cadre légal en vigueur. Selon la planification actuelle, une partie importante de cette première phase devrait être installée d'ici le 30 décembre 2008. Un exercice d'arrimage entre le plan régional et le projet du Dossier Santé Québec (DSQ), au niveau provincial, est en cours afin d'assurer une complémentarité des actions. Les principales applications utilisées dans le cadre du *programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques*.

- Des systèmes d'information clientèle sont utilisés dans les établissements de la région (par exemple Ariane au CHUS, I-CLSC en CSSS, etc.);
- Le système d'information gériatrique (SIGG) est déployé dans tous les territoires de la région;
- Les GMF ont accès aux résultats de laboratoire par le laboratoire situé dans leur MRC, via des firmes Purkinje et Omni-Med;
- Certaines cliniques privées ont accès aux résultats de laboratoire du CHUS via la solution Omni-Med;
- Le logiciel Gestred, avec ses indicateurs provinciaux et régionaux, notamment en réadaptation et insuffisance cardiaque ainsi qu'en MPOC;
- Certaines données fournies par le système Med-Écho.

Conditions gagnantes

- Coordination des travaux d'informatisation provinciaux et régionaux;
- Mise en place d'un mécanisme commun de gestion du consentement des personnes;
- Ressources financières suffisantes pour le développement, la mise en œuvre et par la suite, l'entretien des solutions;
- Participation des partenaires cliniques au développement des solutions afin d'assurer leur adhésion à celles-ci.

5.3 Enjeux du financement

Depuis bon nombre d'années, les budgets historiques des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont reconduits d'année en année. Or, le nouveau mode d'allocation du MSSS a pour objet de remplacer progressivement cette budgétisation historique des établissements.

La nouvelle démarche est maintenant basée sur une approche populationnelle qui tient compte des besoins de la population et des caractéristiques régionales à l'intérieur du cadre des programmes-services. Le nouveau mode d'allocation calcule une enveloppe globale pour chaque région, laquelle est ensuite répartie entre les établissements par l'Agence de la santé et des services sociaux.

Le MSSS établit une dépense attendue pour chaque programme. L'utilisation des programmes-services dans la nouvelle budgétisation des régions nécessite d'abord d'estimer la part des crédits nécessaires à chaque programme afin d'offrir les services à la clientèle.

Après avoir estimé une dépense de référence par programme, à l'aide du contour financier, et estimé une dépense attendue également par programme, le MSSS détermine les écarts régionaux. Ces derniers sont calculés par programme et globalement par la suite. Ce sont les écarts globaux (somme de tous les écarts

par programme) qui sont retenus pour mesurer les écarts entre la budgétisation historique et celle provenant du nouveau mode d'allocation.

Ensuite, les crédits de développement sont partagés entre les régions au prorata de la somme des dépenses attendues des programmes-services. Une fois répartis, ces crédits de développement constituent une enveloppe régionale globale. Cette dernière est ensuite distribuée entre les établissements par les agences et signifiée au MSSS dans le cadre des ententes de gestion.

En Estrie, selon le nouveau mode de budgétisation, nous avons un écart de 19,3M\$ pour le programme « Santé physique » et un écart total pour tous les programmes de 39,8M\$. Ce programme se situe au 2^e rang des programmes les plus sous-financés en Estrie (en fonction de la dépense attendue 2007-2008). La région a reçu un budget de développement total de 2,7M\$ en 2007-2008, annualisé à 6,4M\$.

Nous avons alloué ce budget de développement en fonction des priorités nationales et régionales, tout en offrant le maximum de souplesse aux établissements. Le programme « Santé physique » a reçu un budget de développement de 344 328 \$ en 2007-2008, annualisé à 708 000 \$; cette somme est attachée à des cibles et des seuils, comme indiqué aux ententes de gestion.

À ceci, spécifions qu'un budget récurrent est spécifiquement alloué aux programmes suivants : Programme intégré de prévention des maladies chroniques au sein des services généraux des CSSS (173 391 \$ + 80 000 \$ services CAT), Programme MCV Réadaptation cardiaque et clinique IC (805 000 \$) et Réseau MPOC (510 000 \$).

5.4 Enjeux des communications

Responsabilités de l'Agence, en collaboration avec les CSSS et les autres partenaires :

- Faire connaître les orientations ministérielles et régionales en regard du *programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques*;
- Soutenir, à leur demande, les CSSS pour l'élaboration et la réalisation de leur plan de communication visant à informer la population des MRC des services disponibles en prévention et gestion des maladies chroniques et des modalités d'accès et de fonctionnement de ces services;
- Soutenir les CSSS dans l'actualisation de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS), dans l'élaboration et la réalisation de leur plan de communication respectif (ex. : choix du public cible, choix des moyens de communication, contenu présenté, style de langage, etc.).

Responsabilités des CSSS, en collaboration avec l'Agence et les autres partenaires :

Élaborer et réaliser un plan de communication dans chaque MRC afin, notamment :

- de faire connaître à la population de leur MRC leur projet clinique en regard de la prévention et de la gestion des maladies chroniques;
- d'informer leur population sur les services disponibles et les modalités d'accès et de fonctionnement de ces services.

PARTIE III

Plan régional de mise en oeuvre

6. PLAN RÉGIONAL DE MISE EN ŒUVRE 2007-2012

Un des mandats de l'Agence est d'élaborer un plan stratégique pluriannuel en mettant à contribution les établissements et les autres partenaires. Ce plan doit contenir :

- La vision régionale, en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être, des besoins sociosanitaires et des particularités de la population;
- Les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, de l'organisation et de la gestion des services;
- Les mandats et responsabilités qui en découlent pour les établissements et organismes;
- Les mécanismes de coordination régionale et de mobilisation des partenaires à sa mise en œuvre;
- Les modalités de soutien aux établissements dans l'organisation des services et au niveau des arbitrages nécessaires pour garantir l'accès, la continuité des services et la gestion efficace et efficiente des ressources;
- Le recours à diverses modalités et mécanismes adaptés à la réalité régionale pour informer la population, la mettre à contribution et connaître sa satisfaction à l'égard de l'organisation des services et des résultats obtenus.

Le plan de mise en œuvre suivant reprend succinctement l'état de situation en regard de la prévention et de la gestion des maladies chroniques, précise les actions à poser par l'Agence pour remplir son mandat et identifie les conditions de réussite qui s'y rattachent.

Ces éléments devront faire l'objet de travaux particuliers qui nécessiteront une grande cohérence aux différents paliers local, régional et ministériel concernés.

ORIENTATION : adoption d'un modèle de prévention et de gestion de maladies chroniques

Eu égard à l'ensemble du programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques :		
1. S'assurer de l'adoption d'un modèle global de prévention et de gestion des maladies chroniques :		
1.1 s'assurer de la mise en place de mécanisme de concertation et de coordination favorisant le développement et l'harmonisation des services de prévention et de gestion des maladies chroniques		
1.2 s'assurer de la participation des médecins au développement et à la mise en place du programme		
État de situation en Estrie	Actions à poser par l'Agence	Conditions de réussite
1.1 S'assurer de la mise en place de mécanisme de concertation et de coordination favorisant le développement et l'harmonisation des services de prévention et de gestion des maladies chroniques		
Plusieurs programmes et activités en matière de maladies chroniques sont offerts en Estrie (voir section 2.2.2 et annexe 3). Une intégration et une harmonisation des ressources et services, actuels et à venir, sont nécessaires par l'application d'un modèle offrant une vision et des principes plus globaux de prévention et de gestion des maladies chroniques. Aucun mécanisme de concertation ni aucun comité n'existe actuellement en matière de maladies chroniques (à l'exception du Comité régional de la lutte contre le cancer). Au niveau local, la responsabilité des activités en matière de prévention et de gestion de maladies chroniques est attribuée aux gestionnaires et aux professionnels des différents établissements concernés et de différents services au sein d'un même établissement.	➤ S'assurer de la mise en place d'un mécanisme clair de concertation et de coordination favorisant le développement régional du programme-services. Un mécanisme de concertation, de coordination et de travail est à mettre en place, tel un comité de pilotage ou une Table régionale de travail possédant une expertise clinique, communautaire et de gestion diversifiée. Il est visé : ▪ de favoriser une vision, des principes et des stratégies communs et partagés au niveau régional; ▪ de préciser et de supporter le développement du continuum de services en prévention et en gestion des maladies chroniques (ex. : élaboration d'une trajectoire clinique en diabète, modélisation d'un service intégré diabète/MCV/MPOC en réadaptation, etc.); ▪ d'offrir un soutien tangible aux CSSS dans la mise en application du présent programme-services; ▪ de favoriser l'intégration des nouvelles connaissances et expériences (participation des instances de recherche et d'innovation régionales tout au long du développement du présent programme-services); ➤ Favoriser la mise en place, au sein de chaque CSSS, d'une équipe locale de prévention et de gestion de maladies chroniques : ▪ responsable du déploiement local du présent programme-services (incluant la planification et l'organisation des services au sein du réseau local); ▪ agissant comme agent de changement dans les milieux cliniques et les milieux de vie; ▪ offrant des services de prévention et de gestion des maladies chroniques.	➤ Lors du processus d'allocation des budgets annuels, obtention d'un budget spécifique pour l'élaboration et la mise en œuvre du présent programme-services. ➤ Selon les travaux à exécuter, formation de groupe de travail ad hoc regroupant l'expertise nécessaire. ➤ Représentativité et participation active des médecins omnipraticiens et spécialistes, de professionnels, de représentants d'organismes et d'organisation de la communauté et de gestionnaires. ➤ Mandats, rôles et responsabilité bien déterminés dans le contexte actuel des mécanismes de concertation de l'Agence et du projet clinique.
1.2 S'assurer de la participation des médecins au développement et à la mise en place du programme		
Les communications avec les médecins omnipraticiens de l'Estrie se font principalement à l'intérieur des mécanismes de concertation de l'Agence, dont ceux du DRMG. De nouvelles instances récemment mises en place possèdent sans aucun doute des préoccupations organisationnelles, cliniques et fonctionnelles en lien avec la prévention et la gestion des maladies chroniques : • la table des chefs de médecine spécialisée; • le comité régional sur les services pharmaceutiques; • la table régionale des directeurs des services professionnels.	➤ Favoriser la participation des médecins au développement et à l'implantation du programme-services en : ▪ soutenant la mise en place de mécanismes de liaison multidirectionnels, de références claires ainsi que le partage de l'information entre les partenaires du réseau local; ▪ favorisant l'exercice d'expertise conseil des équipes du CSSS auprès des médecins et des infirmières (ex. : accessibilité à l'expertise des inhalothérapeutes en regard des MPOC, diffusion d'outils d'aide à la décision, etc.); ▪ soutenant le développement et l'implantation de modèles de collaboration interprofessionnelle (Loi 90) dans une vision de réseau local de services; ▪ favorisant des incitatifs organisationnels pour faciliter le changement de pratique (ex. : par l'ajout de ressources professionnelles et monétaires). ➤ S'assurer d'un leadership médical en : ▪ identifiant, par CSSS et au CHUS, un médecin porteur du dossier;	➤ Représentativité et participation active des médecins omnipraticiens et spécialistes au sein des mécanismes de concertation et de travail ➤ Identifications de médecins responsables de prévention et de la gestion des maladies chroniques au sein des équipes des CSSS ou dans le RLS. ➤ Engagement des membres du comité de direction du DRMG dans le changement de « vision réseau » et pour collaborer avec les CSSS au plan de mise en œuvre. ➤ Incitatifs financiers favorisant la participation des médecins au développement et à la réalisation des priorités en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques.

	▪ mettant en place des mécanismes de partage d’informations de nature clinique avec les médecins de famille. ➤ Favoriser la participation des médecins à l’organisation des services en favorisant la reconnaissance de leurs travaux à l’intérieur de la banque d’heures accordée à chacun des CSSS en la matière.	
--	--	--

ORIENTATION : L’ACCESSIBILITÉ

2. Développer et consolider une offre de service de santé publique :		
2.1 consolider les interventions en matière de surveillance des maladies chroniques 2.2 développer et consolider une programmation intégrée de promotion de la santé et de prévention de maladies chroniques axées principalement sur 3 habitudes de vie (non-usage tabagique, saine alimentation et pratique de l’activité physique)		
État de situation en Estrie	Actions à poser par l’Agence	Conditions de réussite
2.1. Consolider les interventions en matière de surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants		
La DSPE produit, analyse et diffuse un ensemble de données concernant les maladies chroniques et leurs déterminants (voir annexe 2). Différents moyens sont utilisés par la DSPE pour diffuser l’information produite. Le principal média utilisé est le Système intégré d’information de santé publique en Estrie (SIISPE). Par ailleurs, certaines compilations pertinentes à la surveillance des maladies chroniques seront éventuellement accessibles aux établissements du réseau via l’INFOCENTRE provincial.	En regard des obligations légales de santé publique dévolues aux directions de santé publique : ➤ Obtenir et analyser les données pertinentes sur les maladies chroniques et leurs facteurs de risque pour en faire la surveillance dans la population; ➤ Produire une information utile, pertinente et le plus à jour possible sur les maladies chroniques et leurs facteurs de risque (documenter en continu la problématique des maladies chroniques); ➤ Diffuser l’information produite sur l’ampleur des maladies chroniques et de leurs déterminants en fonction des différentes clientèles cibles (population, intervenants, planificateurs, décideurs, etc.). En regard du soutien aux CSSS dans la production d’un portrait populationnel des maladies chroniques : ➤ Établir avec les CSSS un mécanisme formel de soutien tant au niveau de l’obtention des données pertinentes que de l’analyse de ces données.	➤ Accès aux banques de données et aux systèmes d’information. ➤ Disponibilité en temps utile des données valides et pertinentes pour les diverses analyses souhaitées de surveillance, de planification et d’aide à la décision. ➤ Disponibilité des ressources et des professionnels ayant une expertise appropriée.
2.2 Développer et consolider une Programmation intégrée de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques axées principalement sur 3 habitudes de vie (non-usage tabagique, saine alimentation et pratique de l’activité physique)		
En promotion/prévention, il y a à l’intérieur du PNSP et de ses plans d’action régional et locaux un ensemble d’activités offert touchant les facteurs de risque, notamment, les habitudes de vie (voir annexe 3 pour une présentation détaillée des activités). Ces interventions allant de l’appui à des campagnes promotionnelles provinciales à l’utilisation de pratiques cliniques préventives ne sont pas regroupées sous une	Développer et consolider une programmation unique et intégrée de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques (de type « 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION », voir annexe 4) sous la responsabilité d’une seule équipe (voir la priorité 1.1) dans chacun des CSSS. Les actions suivantes sont plus spécifiquement ciblées : ➤ Intégrer et consolider l’actuelle ensemble d’activités réalisées aux niveaux local, régional et provincial en les priorisant et en les ajustant au sein d’une programmation unique et intégrée de promotion et de prévention. À cette fin, et à titre d’exemples, pourraient se retrouver dès maintenant à l’intérieur de cette programmation : ▪ les stratégies de communication régionales et locales déployées, notamment en soutien aux campagnes nationales sur les habitudes de vie tel le <i>Défi j’arrête, j’y gagne!</i>	➤ Leadership formel des CSSS et exercice par ceux-ci d’un rôle « d’agent de changement » dans les milieux de vie et auprès des partenaires. ➤ Valorisation des interventions préventives dans les CSSS et au sein des réseaux locaux de services. ➤ Mobilisation et engagement des partenaires concernés (notamment des milieux cliniques).

2. Développer et consolider une offre de service de santé publique :		
2.1 consolider les interventions en matière de surveillance des maladies chroniques 2.2 développer et consolider une programmation intégrée de promotion de la santé et de prévention de maladies chroniques axées principalement sur 3 habitudes de vie (non-usage tabagique, saine alimentation et pratique de l'activité physique)		
État de situation en Estrie	Actions à poser par l'Agence	Conditions de réussite
programmation unique et intégrée de promotion et de prévention combinant les diverses stratégies éducatives, environnementales et cliniques.	▪ le « Programme de prévention des maladies chroniques au sein des services généraux des CSSS »; ▪ les stratégies et interventions réalisées dans les milieux de vie dont notamment le milieu scolaire telle « Cour d'école saine et sécuritaire (École active) ». ➤ Développer et consolider des interventions multimodales à réaliser au sein de la population ou dans les milieux de vie, notamment : ▪ l'application de la loi sur le tabac et le soutien à l'implantation (à venir) de la « <i>Politique-cadre sur une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif</i> » en milieu scolaire; ▪ la consolidation et l'implantation des interventions en matière des habitudes de vie dans l'approche <i>École en santé</i>; ▪ l'établissement de priorités en matière de saines habitudes de vie au sein des initiatives de développement des communautés. (Les travaux provinciaux de Kino-Québec en regard d'« une municipalité active » sont à suivre); ▪ le développement et l'implantation graduelle d'une approche en milieu de travail, notamment de stratégies et d'interventions éducatives et environnementales dans les milieux de travail (démarche en 7 étapes de type 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION, voir annexe 4-B). ➤ Développer et consolider au sein de chacun des réseaux locaux de services un plateau de services préventifs (à partir de l'actuel <i>Programme de prévention des maladies chroniques au sein des services généraux des CSSS</i>) articulant les ressources du CSSS, de la communauté et des services cliniques du territoire afin d'optimiser les pratiques cliniques préventives et les interventions éducatives individuelles. Il est visé notamment : ▪ d'optimiser les pratiques cliniques préventives du réseau local de services, au sein des divers services des CSSS, mais aussi au sein des GMF et des cabinets médicaux, auprès des professionnels concernés tels les pharmaciens, etc. Optimiser : • en intensifiant les activités de counseling sur les habitudes de vie, mais aussi celles en lien avec des facteurs de risque biologiques telle l'HTA, • en articulant en réseau les activités préventives et en consolidant les mécanismes de référence aux services appropriés offerts dans les CSSS, dans les milieux cliniques et dans la communauté, • en offrant la formation, les outils et le soutien aux professionnels concernés de la première ligne (dans un rôle de CSSS d'agent de changement auprès des milieux cliniques). ▪ de consolider progressivement les services de counselings intensifs (évaluation des facteurs de risque, plan d'interventions individualisé, etc.) et les activités éducatives individuelles et de groupe en regard des 3 habitudes de vie ciblées dont les services de la clinique d'abandon du tabagisme (CAT). ▪ de développer et de consolider progressivement un ensemble d'activités éducatives s'adressant à la population ou à des groupes ciblés lors d'événements publics ou encore sur invitation de groupe ou de milieux de travail (ex. : activités de promotion d'une saine alimentation, d'initiation à la marche, etc.).	En regard des interventions au sein de la population et dans les milieux de vie : ➤ Développement et consolidation du programme <i>École en santé</i> dans les milieux scolaires. ➤ Consolidation et maintien des activités du PQLT et du PQAT. ➤ Consolidation des interventions réalisées à l'intérieur du Programme Kino-Québec. En regard du plateau de services préventifs ➤ Développement et consolidation d'un processus planifié de développement et d'implantation des PCP dans les milieux cliniques (basé sur des modèles tel celui de « Put prevention into practice »). ➤ Complémentarité et arrimage de l'offre de service des GMF/cabinets médicaux aux interventions cliniques préventives réalisées à l'intérieur des CSSS (incluant les CAT); ➤ Développement et réalisation d'activités d'information, de promotion et de communication (envers les professionnels, leurs clientèles mais aussi la population cible). À titre d'exemples : renforcement des messages santé à livrer par les professionnels aux patients lors de la tenue de campagne provincial tels le <i>Défi 5-30!</i>, le <i>Défi j'arrête, j'y gagne!</i> ➤ Optimisation des pratiques cliniques par de l'information et de la formation mais aussi par la promotion de guides de pratique, par l'utilisation d'outils d'aide à la décision et éducatifs (s'adressant aux professionnels et à leur clientèle), etc.

ORIENTATION : L'ACCESSIBILITÉ

3. Développer et consolider une offre de service hiérarchisé aux personnes atteintes et à leurs proches : 3.1 s’assurer d’un accès à un médecin de famille et à un suivi médical 3.2 s’assurer de la mise en place d’un panier minimal d’activités cliniques de première ligne selon un continuum de services 3.3 s’assurer d’une offre de service de 2 ^e et 3 ^e ligne 3.4 s’assurer de la consolidation et de l’utilisation des services de soutien et d’adaptation articulés aux organismes et organisations de la communauté (favorisant un soutien et une participation active des personnes et leurs proches à la santé et à la gestion de la maladie)		
État de situation en Estrie	Actions à poser par l’Agence	Conditions de réussite
3.1 S’assurer d’un accès à un médecin de famille et à un suivi médical		
En Estrie : 75 % des Estriens et 87 % des Estriennes ont un médecin de famille. - Le DRMG oriente ses travaux afin d’offrir une prise en charge de la clientèle vulnérable et orpheline dans des délais de 3 mois. (Voir les orientations régionales en Services généraux).	➤ S’assurer de l’accessibilité à un médecin de famille et d’une prise en charge par celui-ci dès l’apparition de signes et symptômes. ➤ Par le biais du DRMG : ▪ soutenir le développement et la consolidation d’activités médicales prioritaires dans les CSSS, les cliniques privées et les GMF en regard de la clientèle vulnérable atteinte de maladies chroniques; ▪ soutenir les équipes médicales dans la démarche de mise en place du panier de service minimal; ▪ soutenir la mise en place de mécanismes de liaison multidirectionnels, de références claires ainsi que le partage de l’information entre les intervenants.	➤ Arrimage du programme-services Santé physique à celui des Services généraux. ➤ Soutien du DRMG au développement et à la consolidation des activités médicales. ➤ Corridor de transfert entre les omnipraticiens et les spécialistes. ➤ Mécanismes de liaison médecins en cabinet – CSSS – Info-Santé et soins à domicile. ➤ Partage d’information avec les autres programmes (ex. : Services généraux – PALV). ➤ Soutien aux médecins qui réfèrent et disponibilité téléphonique des consultants. ➤ Formation, outils et soutien aux pratiques cliniques en regard des maladies chroniques ciblées.
3.2 S’assurer de la mise en place d’un panier minimal d’activités cliniques de première ligne selon un continuum de services		
En termes d’organisation de services, le réseau estrien offre un ensemble de services, ressources et expertises nécessaires en matière de gestion des maladies chroniques (voir section 2.2.2). Divers services de soutien et d’adaptation sont offerts par les CSSS et différents organismes et organisations de la communauté. Les services peuvent varier d’un territoire à un autre et se développent jusqu’à aujourd’hui sans modèle global et intégrateur de prévention et de gestion de maladies chroniques. Des services supplémentaires doivent être planifiés et implantés selon des modèles organisationnels et cliniques efficaces.	➤ Soutenir les CSSS et leurs partenaires locaux dans une planification et une organisation des services visant une meilleure intégration et harmonisation des services actuellement disponibles selon les vision, principes, orientations et priorités du présent programme-services. ➤ Soutenir par différentes modalités les CSSS dans la démarche de mise en place du panier de services généraux et spécifiques à offrir au sein du réseau local de services (articulés avec les GMF/cabinets médicaux, les pharmaciens, les organismes et organisation de la communauté, les services spécialisés, etc.) en lien avec : ▪ d’une part : • des services préventifs (ex. : la cessation tabagique, interventions sur les dysglycémies et dyslipidémie, etc.); • des services de détection et de diagnostic précoces; • un suivi médical par un médecin de famille (prise en charge de la clientèle orpheline); • des interventions générales : enseignement, contrôle de la médication et suivis médicaux réguliers, etc.;	➤ Approche intégrée des services et approche par priorités et par étapes permettant la planification et l’implantation graduelle des services. ➤ Financement adéquat pour offrir la gamme de services priorisés. ➤ Mobilisation et engagement des acteurs locaux dans la démarche d’organisation des services et participation des partenaires cliniques au développement des solutions, notamment des trajectoires cliniques. ➤ Arrimage efficace aux services existants. ➤ Disponibilité des ressources et du personnel ayant une expertise appropriée. ➤ Développement des compétences des ressources humaines de façon continue afin de favoriser le développement et le maintien des expertises liées à la prestation des services ainsi que les

3. Développer et consolider une offre de service hiérarchisé aux personnes atteintes et à leurs proches : 3.1 s’assurer d’un accès à un médecin de famille et à un suivi médical 3.2 s’assurer de la mise en place d’un panier minimal d’activités cliniques de première ligne selon un continuum de services 3.3 s’assurer d’une offre de service de 2 ^e et 3 ^e ligne 3.4 s’assurer de la consolidation et de l’utilisation des services de soutien et d’adaptation articulés aux organismes et organisations de la communauté (favorisant un soutien et une participation active des personnes et leurs proches à la santé et à la gestion de la maladie)		
État de situation en Estrie	Actions à poser par l’Agence	Conditions de réussite
Aucun CSSS ne possède d’équipe interdisciplinaire à ce jour ni d’infirmière pivot en regard des maladies chroniques (sauf en cancer et en réadaptation cardiaque).	▪ d’autre part : • un suivi systématique à l’intérieur de services intégrés comprenant des services infirmiers, de nutrition, psychosociaux, de kinésiologie et d’inhalothérapie; • des services d’enseignement et d’autogestion incluant une relance périodique pour vérifier et renforcer les acquis et l’autogestion de la maladie; • des services de réadaptation; • des services d’adaptation et de soutien aux personnes et aux proches (voir la priorité 3.4). Chacun des CSSS devrait être en mesure de répondre avec leur réseau local au suivi systématique des personnes atteintes de maladies chroniques tels le diabète, les maladies cardiovasculaires, les MPOC et l’asthme. ➤ Soutenir l’élaboration et l’implantation ou la consolidation de continuum de services pour chacune des maladies (MCV, diabète, MPOC et asthme) définissant et articulant la gamme de services locaux et régionaux nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins des personnes atteintes et leurs proches. ➤ S’assurer du développement et de l’utilisation de stratégies et d’interventions efficaces favorisant l’habilitation des personnes et de leurs proches ainsi que l’autogestion de la santé et des maladies. ➤ S’assurer de l’arrimage avec : ▪ les services du <i>programme-services Santé physique : Cancer et Soins palliatifs</i> (notamment pour l’offre de service en soins palliatifs); ▪ les services du Programme-services PALV pour une prise en charge des personnes dont l’état le requiert; ▪ les services d’évaluation et de prise en charge pour répondre à l’ensemble des besoins des personnes atteintes (OÉMC, PSI, etc.).	➤ changements de pratique tout le long du continuum de services. ➤ Identification des rôles, responsabilités et des contributions attendus des divers acteurs au sein du continuum de services. ➤ Choix d’indicateurs et mécanismes de reddition de compte appropriés. ➤ Système d’information régional permettant la circulation de l’information clinique.
3.3 S’assurer d’une offre de service de 2^e et 3^e ligne		
Divers services spécialisés et surspécialisés sont offerts en Estrie allant de l’investigation aux soins palliatifs. La section 2.2.2 présentent les services développés au cours des dernières années au sein de programmations régionales. Par ailleurs, le CHUS offrent un grand nombre de cliniques surspécialisées touchant les maladies chroniques (liste à venir).	➤ S’assurer de l’ajustement de l’offre de service de 2^e et 3^e ligne au regard : ▪ de pratiques interdisciplinaires régionales, de suivis spécialisés ou surspécialisés, des services d’enseignements et de réadaptation. (Citons : clinique d’insuffisance cardiaque, programme de réadaptation cardiaque pour les personnes dont l’état exige des interventions plus spécialisées, Centre de jour du diabète, clinique MPOC, etc.); ▪ de la formalisation de trajectoires cliniques, de corridors fonctionnels et d’ententes de service avec les CSSS;	➤ Du personnel compétent et dédié aux fonctions relevant de leur compétence. ➤ Disponibilité de professionnels et de personnels ayant une expertise appropriée. ➤ Financement adéquat pour offrir la gamme de services exigée. ➤ Soutien organisationnel au mode de fonctionnement inter-disciplinaire.

3. Développer et consolider une offre de service hiérarchisé aux personnes atteintes et à leurs proches : 3.1 s’assurer d’un accès à un médecin de famille et à un suivi médical 3.2 s’assurer de la mise en place d’un panier minimal d’activités cliniques de première ligne selon un continuum de services 3.3 s’assurer d’une offre de service de 2 ^e et 3 ^e ligne 3.4 s’assurer de la consolidation et de l’utilisation des services de soutien et d’adaptation articulés aux organismes et organisations de la communauté (favorisant un soutien et une participation active des personnes et leurs proches à la santé et à la gestion de la maladie)		
État de situation en Estrie	Actions à poser par l’Agence	Conditions de réussite
	du soutien clinique aux professionnels de la première ligne.	➤ Nombre suffisant de médecins dans chaque spécialité pour assurer un suivi adéquat. ➤ Mécanismes de communication efficace bidirectionnel entre les médecins omnipraticiens et les spécialistes. ➤ Présence de guides de pratique et de lignes directrices connus et partagés.
3.4 S’assurer de la consolidation et de l’utilisation des services de soutien et d’adaptation articulés aux organismes et organisations de la communauté (favorisant un soutien et une participation active des personnes et leurs proches à leur santé et à la gestion de la maladie)		
En Estrie, divers services d’adaptation et de soutien sont disponibles pour la clientèle atteinte de maladies chroniques et pour leurs proches. Ils sont offerts dans les CSSS, mais aussi par une grande diversité d’organismes et d’organisations de la communauté. Ces organismes, selon leur mission, contribuent à la prévention des maladies chroniques et facilitent les conditions de vie des personnes atteintes. Ils apportent des contributions d’appoint importantes et complémentaires au réseau. Ils favorisent la création de réseaux d’entraide et sensibilise la population aux problématiques vécues par les personnes atteintes d’une maladie chronique.	➤ Assurer à la personne atteinte de maladies chroniques et à ses proches un accès facile à de l’information de qualité. ➤ S’assurer d’une offre de service de soutien et d’adaptation près du milieu de vie de la personne atteinte, et ce, dès qu’elle en manifeste le besoin en : - favorisant la connaissance des services et des ressources auprès des intervenants, incluant les médecins; - favorisant l’accès aux services à un niveau territorial et régional; - favorisant l’émergence et la consolidation des services dans la communauté.	➤ Sensibilisation des décideurs aux problématiques vécues (l’Agence, les établissements...) par la clientèle atteinte de maladies chroniques. ➤ Ressources locales et régionales de la communauté répertoriées et connues par le réseau, les professionnels et la population. ➤ Offre de service de soutien téléphonique aux personnes atteintes, et ce, le plus précocement possible (ex. : pour les diabétiques). ➤ Mécanismes d’information et de promotion des ressources et des services de soutien existants à tous les professionnels, aux personnes atteintes et leurs proches. ➤ Développement et consolidation des services pouvant être offerts dans les réseaux locaux.

ORIENTATION : LA CONTINUITÉ

4. S’assurer d’une continuité entre les diverses activités de prévention et de gestion des maladies chroniques incluant les activités médicales : 4.1 soutenir le développement et l’implantation d’un continuum de services et de trajectoires cliniques (intégrant divers éléments et mesures nécessaires à la continuité)		
État de situation en Estrie	Actions à poser par l’Agence	Conditions de réussite
4.1 Soutenir le développement et l’implantation d’un continuum de services et de trajectoires cliniques		
Dans la région, divers mécanismes peuvent être utilisés pour assurer la continuité des services, par exemple, la fiche réseau, la feuille sommaire, etc. Ces outils de transfert d’information sont par contre mal ou sous-utilisés. Une amélioration de l’utilisation de ces outils aiderait grandement les professionnels à bien des niveaux. Le transfert d’information est souvent unidirectionnel et le manque de retour d’information apporte ainsi la duplication de services et une diminution de l’efficacité du travail. Il n’existe pas au sein des CSSS un guichet d’accès spécifique aux maladies chroniques, ni d’équipe interdisciplinaire dédiée à celles-ci. Le médecin de famille est souvent insuffisamment informé des services reçus par le patient dans le réseau. Le modèle actuel de distribution de services est à revoir afin de corriger ces déficiences.	➤ Soutenir le développement et la consolidation d’un continuum de services intégrés et hiérarchisés en prévention et gestion des maladies chroniques en favorisant : ▪ l’attribution de la responsabilité du développement du présent programme-services et de la consolidation de l’offre de service locale à une équipe de base au sein de chacun des CSSS; ▪ la définition des trajectoires de services (cheminement critique) dans le réseau local et avec la 2^e ligne; ▪ l’implantation d’un guichet d’accès aux services de maladies chroniques via l’équipe de base en CSSS et des outils cliniques et informationnels pour en faciliter le fonctionnement; ▪ la mise en place d’ententes et de mécanismes de liaison efficaces entre les partenaires concernés, dont les fonctions de liaison dans chacune des organisations et celle d’intervenant pivot en 1^{re} ligne pour les clientèles qui le requièrent (notamment en réadaptation et pour le suivi des cas complexes); ▪ l’utilisation de l’approche interdisciplinaire; ▪ la systématisation de l’utilisation du PII ou du PSI. ➤ Soutenir les travaux du CHUS en partenariat avec les CSSS dans l’élaboration des trajectoires cliniques en matière de diabète, de MCV (notamment en lien avec la réadaptation et l’insuffisance cardiaque), des MPOC et de l’asthme. ➤ Soutenir des stratégies favorisant la collaboration avec les médecins du territoire et les autres partenaires (pharmaciens, organismes communautaires, etc.)	➤ Vision commune et responsabilité partagée des partenaires régionaux et locaux envers le continuum de services à rendre, des activités à réaliser et des outils pour faciliter les liaisons. ➤ Stratégie de collaboration de la part de tous les acteurs du réseau (incluant les médecins). ➤ Ressources humaines, financières, matérielles et technologiques suffisantes. ➤ Expertise clinique pour déterminer les trajectoires et les pratiques cliniques les plus efficaces. ➤ Expertise organisationnelle pour modéliser les services autour des trajectoires cliniques proposées. ➤ Mécanismes de liaison médecins en cabinet – CSSS – CHUS. ➤ Corridor de transfert entre les omnipraticiens et les spécialistes. Utilisation efficace de la ligne Info-Med du CHUS. ➤ Rôle de l’intervenant pivot clairement établi dans sa fonction de coordination. ➤ Complémentarité et interdépendance clinique entre les professionnels. ➤ Outils de liaison et de référence efficaces. ➤ Outils cliniques partagés. ➤ Partage de l’expertise interprofessionnelle et intersectorielle. ➤ Système d’information clinique efficace (dossier patient).

ORIENTATION : LA QUALITÉ

5. Dans une vision d’assurance de la qualité : ➤ Mettre en place des éléments d’assurance de la qualité dont l’identification et l’utilisation d’indicateurs en la matière. ➤ Favoriser le développement du présent programme-services et le soutien aux pratiques par de la formation, l’utilisation d’outils cliniques et la recherche		
État de situation en Estrie	Actions à poser par l’Agences	Conditions de réussite
En regard de l’assurance de la qualité : Bien que non spécifique aux maladies chroniques, une équipe d’amélioration de la qualité est en place au CHUS. Elle assure la préparation et le suivi aux visites d’agrément. Elle voit aussi à l’identification et à la mise en place de mesures d’assurance de qualité. Par ailleurs, le <i>Conseil des médecins et dentistes</i> du CHUS exige aussi que chacun des chefs de département (comités d’évaluation départementaux) et des services impliqués dans le traitement des patients révisent la qualité des actes selon la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>. En matière de formation : En Estrie, les activités habituelles des établissements de santé, des milieux d’enseignement collégial et universitaire et de l’Association des médecins omnipraticiens de l’Estrie permettent d’offrir la formation de base ainsi que la formation continue aux intervenants et intervenantes de presque toutes les disciplines. Cependant, aucune action n’a été entreprise au plan régional <i>pour formaliser</i> une démarche et un programme de formation continue assurant le développement des expertises et le maintien des acquis. En ce sens, il serait important de procéder à une <i>démarche rigoureuse d’identification des besoins</i> visant la mise en place d’un <i>programme de formation</i> dédié aux professionnels et autres acteurs impliqués dans la prévention et dans la gestion des maladies chroniques. En matière de recherche clinique et de transfert des connaissances : Notons la présence en Estrie d’instances telles que le CHUS, le CSSS-IUGS, deux universités dont la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l’Université de Sherbrooke, etc.	➤ S’assurer que les indicateurs et les normes actuelles et à venir soient connus et respectés. ➤ Définir et obtenir la reddition de compte en lien avec la qualité dans le cadre des ententes de gestion. ➤ Soutenir les travaux d’élaboration et de mise en place d’un programme d’assurance de la qualité. ➤ Soutenir le développement des compétences des ressources humaines de façon continue afin de favoriser le développement et le maintien des expertises liées à la prestation des services ainsi que les changements de pratique tout le long du continuum de services. ➤ Favoriser le développement des liens avec les établissements universitaires afin de développer des recherches régionales dans le domaine et de faciliter le transfert de connaissances (par exemple en matière d’autogestion de la santé développée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l’Université de Sherbrooke). ➤ Favoriser la mise en place des protocoles, des normes ou des standards de pratique. ➤ S’assurer de la mise en place ou de l’accessibilité à un comité d’éthique dans chaque établissement.	➤ Des cibles réalistes. ➤ Ressources humaines, financières et matérielles suffisantes. ➤ Soutien organisationnel adéquat aux activités d’assurance de la qualité. ➤ Responsabilités conjointes des partenaires envers des objectifs clairs et partagés envers un programme d’assurance de la qualité. ➤ Capacité d’exploitation adéquate des diverses banques de données statistiques afin d’évaluer plus précisément les résultats du programme. ➤ Participation du RUIS de Sherbrooke et des autres instances régionales de recherche et d’innovation concernées aux travaux exigés dans le présent programme-services. ➤ Reconnaissance par les établissements de la contribution de la recherche dans l’amélioration de la pratique en région.

Annexes

CONTEXTE À L'ÉLABORATION DU PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PHYSIQUE : PRÉVENTION ET GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

Un environnement législatif nouveau

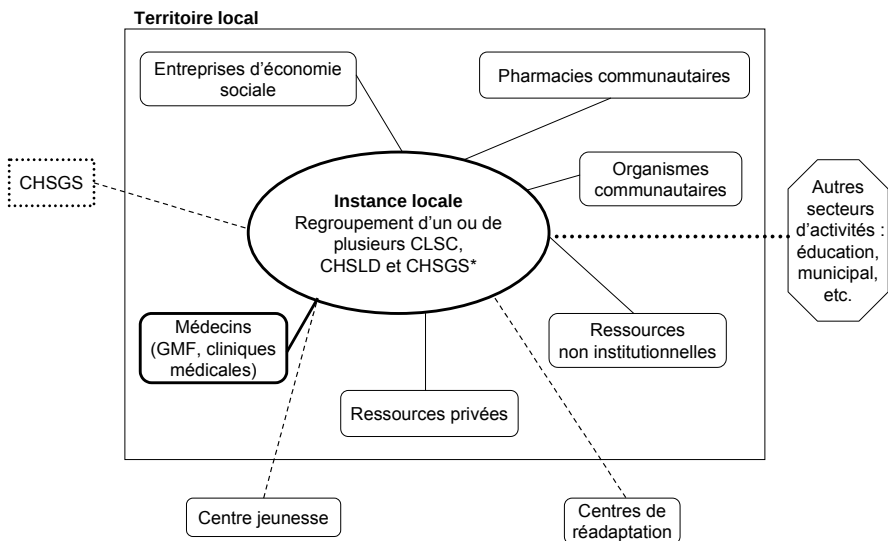
En décembre 2003, le gouvernement du Québec adoptait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services. La création, en juin 2004, de 95 réseaux locaux de services (RLS) à l'échelle du Québec a pour objectif de rapprocher les services de la population et les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus.

Au cœur de chacun de ces réseaux locaux de services, on trouve un nouvel établissement appelé centre de santé et de services sociaux (CSSS) né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans plusieurs cas, d'un centre hospitalier. Le CSSS agit comme assise du réseau local de services assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population du territoire local.

Pour le ministre Philippe Couillard,

« ... l'avantage pour la personne, c'est de savoir qu'il y aura une organisation dans son milieu de vie qui sera responsable de lui offrir les meilleurs services afin qu'elle n'ait plus à se débrouiller seule dans le labyrinthe qu'est trop souvent notre réseau ».

Les acteurs dans le réseau local de services



* Une instance locale pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de services sur son territoire ou de la complexité d'intégrer ou de regrouper les services offerts par ce type d'établissements.
Source : MSSS, « L'intégration des services de santé et des services sociaux », Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Février 2004

Le réseau local de services

Avec la création des réseaux locaux de services, les différentes personnes et organisations offrant des services de santé et des services sociaux à la population d'un territoire local doivent partager collectivement une responsabilité envers cette population. Pour ce faire, elles doivent ensemble assurer un éventail de services le plus complet possible, tout en agissant pour améliorer la santé et le bien-être de la population locale. Cette nouvelle formule vise, entre autres, une meilleure intégration des services, en particulier, pour les personnes vulnérables telles celles atteintes de maladies chroniques.

Pour atteindre les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services offerts à la population, tous les CSSS avec les partenaires de leur réseau local de services doivent d'abord définir leur projet clinique et organisationnel visant l'interdisciplinarité et la complémentarité des services. Le projet de loi 83 confie aux CSSS, la responsabilité de mobiliser l'ensemble de ses partenaires pour élaborer ce projet d'organisation, et ce, dans le cadre d'une approche populationnelle.

Le projet clinique

Le MSSS définit le projet clinique de la manière suivante :

« Le projet clinique du réseau local réfère à une démarche qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulés entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion/prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels et du potentiel de contribution des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs se rendent imputables des services qu'ils offrent aux individus et à la population et des ressources mises à leur disposition⁴⁴ ».

⁴⁴ MSSS, Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et des services sociaux, document principal, octobre 2004.

Pour transiter vers une offre mieux intégrée et coordonnée de services, le projet clinique mise sur la responsabilité populationnelle ainsi que sur la hiérarchisation et l'intégration mieux articulée des services. Fondamentalement, le projet clinique présente une démarche qui conduit à l'identification des éléments de l'offre de service qui permettent d'en améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité. La mise en ordre de priorité de ces éléments et leur traduction en plan de mise en œuvre (programmation) constituent la pierre angulaire du projet clinique du CSSS et de son réseau local de services (RLS).

HIÉRARCHISATION DES SERVICES

« Le principe de hiérarchisation implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne, mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne. Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence, mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie ».

MSSS, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, octobre 2004, p. 11.

À partir des orientations ministérielles et régionales ainsi que des cibles qui seront mises de l'avant suite au portrait des besoins de la population, de l'offre et de la demande de services, le projet clinique permet d'identifier les écarts à combler et à prioriser.

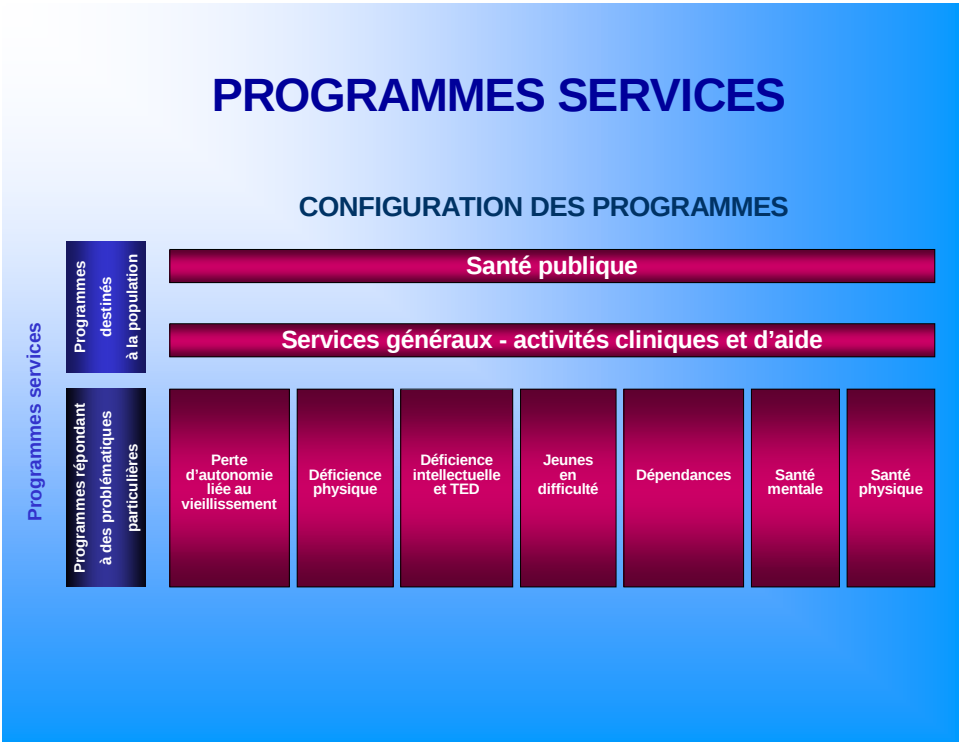
Les programmes-services

L'approche par programme-services permet de sortir de la stricte logique « établissement », de favoriser la mise en place de continuum de services et de favoriser une approche populationnelle. Selon la définition donnée par la Direction de la planification du Ministère :

« Un programme-services désigne un ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou encore aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune⁴⁵ ».

Conformément au même projet de loi 83, il revient à l'Agence de développement de réseaux locaux de services, pour chacun des neuf programmes-services, de définir les orientations régionales couvrant une période de cinq ans. Ces orientations sont définies en continuité avec les orientations ministérielles. Elles découlent aussi d'un bilan portant sur le degré d'actualisation des orientations antérieures.

L'arrimage des neuf programmes-services entre eux et la reconnaissance de leur interdépendance dans la réponse aux besoins des personnes, des clientèles particulières, des groupes vulnérables et de l'ensemble de la population lancent de nombreux défis. De plus, et dans un souci de répondre efficacement aux besoins des individus, il s'avère essentiel que l'élaboration et l'implantation de chaque programme tiennent compte particulièrement de l'accessibilité aux services pour les personnes d'expression anglaise, mais aussi des orientations ministérielles au regard de l'analyse différenciée selon les sexes.



⁴⁵ Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Service sociaux. MSSS, janvier 2004.

L’accessibilité des services pour les personnes d’expression anglaise repose sur deux articles (15 et 348) de la LSSSS. Le premier (art. 15) reconnaît le droit de ces personness de recevoir des services dans leur langue. Ce droit s’articule dans un programme régional d’accès aux services en langue anglaise (art. 348). Le programme identifie les établisse-ments de la région qui rendent une partie ou l’ensemble de leurs services accessibles en langue anglaise. Cette offre donne lieu à un décret gouvernemental. Quant aux personnes qui ne parlent ni le français, ni l’anglais, la LSSSS ne leur reconnaît pas le droit d’accès aux services de santé et services sociaux dans leur langue. La LSSSS prévoit que chaque programme régional d’organisation de services doit prendre en compte les « caractéristiques socioculturelles et linguistiques de la population... ». À cette fin, un plan régional d’accessibilité, adopté en 1997, cible certains établissements de région qui doivent élaborer un plan d’accès.

	Système de soins basé sur les besoins des utilisateurs de services	Système de soins basé sur une approche populationnelle
Responsabilité	Individus qui utilisent les services	Population du territoire local, qu'elle utilise ou non les services
Mission	Améliorer la santé des individus qui utilisent les soins, au moment où ils les requièrent	Améliorer la santé de la population du territoire, à moyen et à long terme
Offre de services	Accent mis sur les services diagnostiques et curatifs	Accent mis sur un continuum de soins allant de la prévention à la réadaptation
Acteurs interpellés	Professionnels et gestionnaires du système, avec leurs expertises respectives	Intervenants du système de soins et acteurs du milieu tels que la population, les milieux scolaire et municipal, les médecins en cabinet privé, les organismes communautaires, avec leurs perspectives et savoirs respectifs
Pratiques	Utilisation des données probantes et guides de pratique au profit des individus qui utilisent les services Gestion axée sur les processus	Utilisation des données probantes en fonction d'une efficacité populationnelle Priorisation des problèmes de santé de la population, compte tenu des interventions efficaces disponibles et des conséquences de l'allocation des ressources (efficience) Définitions des groupes cibles témoignant d'une préoccupation des inégalités (clientèles vulnérables et particulières) Gestion de l'utilisation des services incluant la prise en charge globale, continue et personnalisée Intégration des différents niveaux de soins (primaires, spécialisés, etc.) Gestion axée sur les résultats de santé Travail intersectoriel pour agir en faveur de la santé
Indicateurs privilégiés	On s'intéresse au numérateur, en l'occurrence, les consultants. On privilégie des indicateurs de processus. Par exemple, en ce qui a trait à la production de services, on s'intéresse au nombre de personnes rejointes par un programme de dépistage. On mesure les ressources et services disponibles, les listes d'attente.	On s'intéresse au rapport entre le numérateur et le dénominateur, en l'occurrence, la clientèle et la population. On ajoute des indicateurs de résultats aux indicateurs de processus. Par exemple, en ce qui a trait à la production de santé, on s'intéresse à la réduction de l'incidence d'une maladie. On mesure l'état de santé et de bien-être de la population, les facteurs déterminants de la santé et l'écart entre les besoins et les services offerts.

Adapté de : Derose et Pettitt, 2003 : *Measuring quality of care and performance from a population health care perspective*. Ann. Rev. Public Health 2003, 24: 363-84 et de Garr, Rhynne et Kukulka, 1993 : *Incorporating a Community-Oriented Approach in Primary Care*. American Family Physician 1993 : 47 (8): 169-1702.

Par ailleurs, depuis 1997, le gouvernement du Québec travaille à inscrire dans ses pratiques et sa culture ministérielle une nouvelle approche contribuant à l’égalité entre les femmes et les hommes : il s’agit de l’analyse différenciée selon les sexes (ADS)⁴⁶.

Cette approche permet de raffiner la connaissance des réalités vécues par les femmes et les hommes et de mettre en lumière les différences pouvant exister entre ces réalités. Ce type d’analyse est essentiel pour adapter les actions afin de les rendre plus efficaces et de répondre, pour chacun des neuf programmes-services, aux réels besoins pouvant être très différents des femmes et des hommes de chaque territoire et de la région.

Des défis

Dans le contexte actuel de transformation du système de santé, la réalisation du *Projet clinique et des neuf programmes-services* à l'intérieur de chaque *réseau local de services de santé et de services sociaux* constitue un projet novateur et de partenariat par excellence. De nombreux défis sont lancés dont celui de passer d’une pure logique de prestation de services à une où les partenaires sectoriels et intersectoriels du RLS doivent partager collectivement une responsabilité envers la population et autour d'un centre d'intérêt commun : la santé et le bien-être. Dans ce contexte de changement « de vision et de culture », les personnes et organisations évoluent dans un environnement qui devient de plus en plus complexe et interdépendant, soulevant ainsi de nombreux défis en regard de la gestion du changement qui devient un incontournable.

Approche et responsabilité populationnelles

Jusqu’à maintenant, une logique de production de services prédominait dans notre système de santé. Étant responsable de sa clientèle, chaque établissement planifiait l’offre de service et allouait les ressources en conséquence. L’établissement performant était celui qui réussissait le mieux à obtenir les ressources nécessaires. La vision mise de l’avant par le projet de loi 25 repose sur des notions différentes dont l’approche et la responsabilité populationnelles.

⁴⁶ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Analyse différenciée selon le sexe dans le secteur de la santé et des services sociaux, Cahier de formation pour les gestionnaires, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

L'approche populationnelle est essentiellement fondée sur la conviction que la santé est une richesse collective qu'il faut maintenir et développer. Son objectif est d'assurer un état de santé maximal chez la population d'un territoire, compte tenu des ressources disponibles et des besoins identifiés. Elle vise à coordonner l'offre de service en fonction d'une *population donnée* plutôt qu'en fonction *des individus qui consomment* les services⁴⁷. Comme citée antérieurement, la notion de responsabilité populationnelle implique que les personnes et les organisations qui offrent des services à la population d'un territoire local sont amenées à *partager collectivement une responsabilité* à son endroit, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible, de la prévention aux soins de fin de vie, et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux⁴⁸.

Le réel potentiel de la transformation en cours : améliorer la capacité du système de mettre à profit les ressources du réseau local pour augmenter son impact sur la santé et le bien-être de la population du territoire concerné⁴⁹. Selon ce point de vue, l'amélioration de la santé de la population constitue l'objectif supérieur et la finalité de l'action.

IMPUTABILITÉ

En conformité avec la notion de responsabilité populationnelle, la première question à laquelle doit répondre le projet clinique a trait à l'engagement des personnes et des organisations du réseau local face à une population définie. Elle repose également sur l'acceptation par ces acteurs d'une imputabilité face à cette même population quant aux choix effectués et aux résultats obtenus.

¹ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population, document de discussion, juin 2004, p. 27.

Gestion du changement

Comme soulignés dans le cadre de référence du MSSS, les enjeux soulevés par la gestion du changement sont majeurs, car les objectifs les plus précis, les meilleurs approches et modèles retenus ne peuvent à eux seuls garantir le succès

de l'entreprise⁵⁰. Globalement, un des premiers défis consiste à rendre le changement acceptable, souhaitable voire désirable. Comme cité antérieurement, le projet clinique repose sur un changement de culture majeur, un réel *virage santé-population*. L'adhésion de tous à une responsabilité commune à l'égard de la population est un impératif : on désire *accentuer la culture de partenariat et le travail d'équipe*, de même qu'adopter une organisation des processus de travail pour assurer notamment la prise en charge des personnes et le continuum de soins et services. Deux facteurs jouent donc ici un rôle clé : le temps et l'appropriation mutuel⁵¹.

Si ce changement de culture interpelle tous les acteurs, certains sont néanmoins plus directement touchés⁵² :

- Les membres des équipes de direction qui ont à porter le changement, à faire équipe;
- L'ensemble du personnel, en particulier les cadres intermédiaires, sur qui repose une large partie de la transformation : leurs responsabilités et leur mode de gestion s'orienteront davantage vers le soutien aux équipes de travail;
- Tous les partenaires, coresponsables de la réalisation du projet clinique, qui sont aussi mis à contribution.

Ainsi, les partenaires, médecins, organismes communautaires, partenaires intersectoriels, autres établissements spécialisés, etc., doivent être impliqués afin qu'ils se sentent à la fois coresponsables à l'égard de la population et des clientèles qu'ils desservent et respectés dans leur mission propre.

Il s'avère donc impératif de mettre parmi les préoccupations centrales du projet clinique la mobilisation. Il importe au départ de faire comprendre la nature du changement, de se donner un langage commun, de développer une vision partagée, et de favoriser des concertations ouvertes. Le défi humain, c'est aussi de bâtir un climat de bonnes relations humaines, notamment grâce à des moyens structurés d'information et d'échange.

Aux défis humains ainsi qu'aux nouvelles vision et culture, s'ajoute le défi de la « construction » de l'organisation pour qu'elle puisse porter le changement. Comme énoncé dans le cadre de référence du MSSS⁵³ :

« Il s'agit d'un défi structurel. Il consiste à déterminer le modèle de plan d'organisation stratégique, clinique et opérationnel que devra prendre l'organisation pour rencontrer ses responsabilités populationnelles et ses responsabilités à l'égard des clientèles vulnérables et particulières, assurer l'atteinte des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité que supporte le projet clinique et soutenir le mandat majeur de leader du partenariat qui lui incombe ».

⁴⁷ ADRLSSSS de Montréal, *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*, Trousse d'information, novembre 2004.

⁴⁸ MSSS, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Résumé, octobre 2004, p. 5.

⁴⁹ ADRLSSSS de la Montérégie, Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population, document de discussion, juin 2004, p. 6.

⁵⁰ MSSS, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, octobre 2004, p. 65.

⁵¹ MSSS, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Résumé, octobre 2004, p. 22.

⁵² Id.

⁵³ MSSS, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, octobre 2004, p. 66.

Données sociosanitaires

Diabète

Maladies cardiovasculaires

Maladie pulmonaire obstructive chronique

Asthme

Facteurs de risque des maladies chroniques

Note :

Le présent document reproduit la section *Résumé* des documents suivants :

CARBONNEAU, M. (2004). Les maladies chroniques en Estrie, le diabète. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, direction de santé publique et de l'évaluation, 63 p.

CARBONNEAU, M. (2004). Les maladies chroniques en Estrie, les maladies cardiovasculaires. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, direction de santé publique et de l'évaluation, 59 p.

CARBONNEAU, M. (2007). Les maladies chroniques en Estrie, les maladies respiratoires. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, direction de santé publique et de l'évaluation, 65 p.

CARBONNEAU, M. (2007). Les maladies chroniques en Estrie, les facteurs de risque. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, direction de santé publique et de l'évaluation, 70 p.

Pour de l'information plus complète, le lecteur est invité à consulter ces documents produits par la direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie.

Le diabète

Le diabète est une maladie chronique importante qui fait l'objet d'une surveillance active.

On s'attend à ce que ce problème de santé publique s'alourdisse avec le vieillissement de la population, puisque sa prévalence augmente avec l'âge. De plus, la hausse dans la population des principaux facteurs de risque du diabète que sont l'obésité et la sédentarité contribuera probablement à l'alourdissement de ce problème. Il est donc raisonnable de croire que le diabète se traduira par une demande accrue en soins et services et fera appel à une intensification des mesures de prévention et des mesures visant à en retarder les complications.

DÉFINITION ET COMPLICATIONS DU DIABÈTE

- Le diabète sucré est une maladie chronique attribuable à une insuffisance génétique ou acquise de la production d'insuline par le pancréas ou à une sous-utilisation de l'insuline par le corps. Cette déficience provoque une concentration élevée de sucre dans le sang (hyperglycémie) qui peut causer des dommages et des complications.
- On distingue quelques types de diabète sucré :
 - Le DIABÈTE DE TYPE 1 (ou insulino-dépendant) représente environ 10 % des cas de diabète sucré et se déclare le plus souvent chez l'enfant ou l'adolescent. On ne connaît pas exactement la cause de ce type de diabète. On le traite habituellement par l'injection d'insuline de deux à cinq fois par jour.
 - Le DIABÈTE DE TYPE 2 (ou non insulino-dépendant) représente environ 90 % de tous les cas de diabète sucré et se retrouve le plus souvent chez les adultes dépassant la quarantaine, mais aussi chez les jeunes obèses et sédentaires. Il existe différentes approches pour traiter cette maladie. Par exemple, l'obésité et la sédentarité sont deux facteurs de risque importants sur lesquels il est possible d'agir.
 - Le DIABÈTE GESTATIONNEL (lié à la grossesse) et le diabète attribuable à d'autres troubles de santé sont les autres types de diabète connus. Ils représentent moins de un pour cent de l'ensemble des cas de diabète. Entre 2 et 5 % des femmes enceintes développent un diabète lié à la grossesse. Les femmes obèses, plus âgées ou ayant une histoire familiale de diabète sont plus à risque de développer ce type de diabète lorsqu'elles deviennent enceintes. On arrive parfois à contrôler le diabète gestationnel par un régime alimentaire, mais, dans certains cas, il faut recourir à l'insuline.
- Les personnes atteintes du diabète sucré connaissent habituellement une diminution marquée de leur qualité de vie et voient leur espérance de vie réduite.
- Le diabète sucré peut causer des dommages à long terme et provoquer la dysfonction et la défaillance de divers organes comme les reins, les yeux, les nerfs, le cœur et les vaisseaux sanguins. Dans certains cas, ces défaillances peuvent entraîner des complications telles que l'amputation d'un membre, la cécité, l'insuffisance rénale, les maladies cardiovasculaires ou la mort prématurée.

FACTEURS DE RISQUE DE LA MALADIE

- Les principaux facteurs de risque **non modifiables** du diabète sucré sont :
 - l'origine ethnique;
 - l'âge;
 - l'histoire familiale;
 - le diabète gestationnel (pour le diabète de type 2 seulement).
- Les facteurs de risque **modifiables** du diabète de type 2 sont :
 - l'excès de poids;
 - la sédentarité.

FACTEURS DE RISQUE DES COMPLICATIONS CHEZ LES PERSONNES DIABÉTIQUES

- Les facteurs de risque **modifiables** des complications du diabète sucré sont :
 - le tabagisme;
 - l'hypercholestérolémie;

- l'hypertension artérielle.
- Certains déterminants socioéconomiques sont également des facteurs de risque de complications du diabète sucré. Ce sont :
 - la scolarité;
 - le revenu.

Quelques chiffres

- La prévalence des facteurs de risque **modifiables** du diabète de type 2 est relativement élevée dans la population en générale, mais encore plus élevée chez les diabétiques :
 - 60 % des diabétiques âgés de 35 à 64 ans présentent un excès de poids contre 30 % de la population du même âge.
 - Plus de 7 diabétiques sur 10 sont sédentaires contre près des deux tiers de la population en général.
- Au chapitre des facteurs de risque des complications du diabète :
 - la prévalence du tabagisme est moins élevée chez les diabétiques que dans la population en général : 21 % contre 29 %;
 - 56 % des diabétiques de l'Estrie ont déclaré faire de l'hypertension artérielle contre 16 % de la population en général;
 - les diabétiques sont généralement moins scolarisés ou ont un revenu moindre que la population en général.

PRÉVALENCE ET INCIDENCE

Incidence

- On estime que 2 à 3 nouveaux cas de diabète pour 1 000 personnes âgées de 12 ans ou plus sont diagnostiqués chaque année au Canada. Actuellement, on ne dispose pas de données nous permettant de documenter l'incidence annuelle (les nouveaux cas) du diabète au Québec ou en Estrie.

Prévalence

- En 2001-2002, en Estrie, on évaluait à 10 969 le nombre de cas de diabète diagnostiqués parmi les personnes de 20 ans et plus (5,0 %). On estime qu'environ 90 % de ces cas sont atteints du diabète de type 2.
- Selon Diabète Québec, le nombre réel de diabétiques serait d'environ 1,7 fois supérieur au nombre de cas diagnostiqués. Cette estimation porterait le nombre réel de diabétiques en Estrie à quelque 18 280 personnes âgées de 20 ans ou plus.
- Près de 95 % de tous les cas diagnostiqués de diabète de type 2 en Estrie sont âgés de 40 ans ou plus.
- Une proportion plus élevée d'hommes que de femmes ont un diagnostic de diabète sucré. En Estrie, le taux ajusté s'établit à 5,5 % chez les hommes contre 4,1 % chez les femmes.
- Quel que soit le sexe, la prévalence relative du diabète diagnostiqué augmente jusqu'aux groupes d'âge avancé pour ensuite se stabiliser chez les femmes et diminuer chez les hommes. Elle atteint un maximum de 16,9 % chez les femmes à partir de 80 ans et de 21,1 % chez les hommes de 75 à 79 ans.
- Près de la moitié des diabétiques diagnostiqués en Estrie résident dans la MRC de La Région-Sherbrookoise et 15 % dans la MRC de Memphrémagog.
- La prévalence relative ajustée du diabète diagnostiqué est significativement plus faible en Estrie (4,8 %) qu'au Québec (5,8 %). De la même façon, toutes les MRC de l'Estrie affichent une prévalence ajustée inférieure à celle du Québec, quel que soit le sexe.

EFFETS DU DIABÈTE SUR LA SANTÉ

- Environ 42 % des diabétiques âgés de 35 ans ou plus perçoivent leur santé comme étant passable ou carrément mauvaise. Dans l'ensemble de la population québécoise du même groupe d'âge, ce pourcentage est de 13 %.
- Chez les 35 à 64 ans, 41 % des diabétiques ont signalé être limités en permanence dans leurs activités de la vie quotidienne contre 22 % des non-diabétiques du même âge.
- Au cours de 2000 et 2001, selon les certificats de décès, le diabète a été la cause principale de 62 décès en moyenne par année en Estrie.
- La mortalité attribuable au diabète est plus élevée chez les hommes que chez les femmes quel que soit le groupe d'âge considéré.
- Au cours des vingt dernières années, la prévalence ajustée de la mortalité par diabète est demeurée relativement stable, et ce, autant en Estrie qu'au Québec. Cette stabilisation des taux ajustés de mortalité laisse croire que le problème du diabète est sous contrôle, du moins dans une perspective épidémiologique.
- Dans un but d'organisation des services **parce que la population vieillit, on peut déjà prévoir que le nombre de décès par diabète augmentera, autant chez les hommes que chez les femmes.**

CERTAINS SOINS ET SERVICES UTILISÉS PAR LES DIABÉTIQUES

- L'éducation du diabétique est la pierre d'assise d'un bon contrôle du diabète et de ses complications. En Estrie, le Centre de jour du diabète de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, le Centre de santé de la MRC des Sources et le Carrefour de la santé et des services sociaux du Val-Saint-François offrent un tel service.
- Environ 88 % des diabétiques âgés de 35 ans ou plus affirment avoir vu leur médecin de famille ou un omnipraticien au cours de l'année. Dans l'ensemble de la population du même groupe d'âge, cette proportion est de 75 %.
- Presque tous les diabétiques âgés de 35 ans ou plus de l'Estrie (94 %) comme du Québec (96 %) ont fait prendre leur tension artérielle au cours de l'année 1999-2000. Dans l'ensemble de la population du même groupe d'âge, cette proportion s'établit à moins de 80 %.
- Près de 80 % des diabétiques de l'Estrie âgés de 35 ans ou plus ont déclaré avoir subi un examen de la vue au cours de 1999-2000, une proportion supérieure aux diabétiques du même groupe d'âge pour l'ensemble du Québec (environ 60 %). Dans la population en général de l'Estrie, cette proportion s'élève à moins de 35 % chez les 35 ans et plus.
- Quatre fois plus de diabétiques âgés de 35 ans ou plus ont reçu des services à domicile au cours de 1999-2000 que l'ensemble de la population du même groupe d'âge (12 % contre 3 %).
- Le diabète est la principale cause d'environ 236 hospitalisations par année en Estrie, soit quelque 141 hommes et 95 femmes.
- Dans presque 50 % des cas, les hospitalisations directement attribuables au diabète surviennent chez des personnes âgées de 65 ans ou plus. La prévalence de l'hospitalisation causée par le diabète est 50 % plus élevée chez les hommes que chez les femmes.
- Depuis le début des années 90, on compte moins d'hospitalisations, en Estrie comme au Québec, pour le diabète.

Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires comptent parmi les principales causes de maladie, d'invalidité et de décès et imposent un lourd fardeau à l'individu, à la société et au système de santé. L'ampleur et les conséquences de ces maladies en font une véritable épidémie qui constitue un problème majeur de santé publique.

MORTALITÉ

La mortalité due aux maladies cardiovasculaires est à la baisse dans tous les pays industrialisés. Le Québec et l'Estrie n'échappent pas à ce phénomène. De 1986 à 1999, en Estrie, le taux ajusté de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires a diminué du tiers, autant chez les hommes que chez les femmes. La mortalité par cardiopathies ischémiques a subi une baisse similaire à l'ensemble des maladies cardiovasculaires au cours de cette même période. Par contre, en ce qui concerne les « autres formes de cardiopathies » et les maladies vasculaires cérébrales, la baisse est beaucoup plus faible.

Si la mortalité due aux maladies cardiovasculaires est en chute libre, ces maladies constituent toujours, en 1998-1999, la première cause de mortalité en Estrie et au Québec, avec environ 34 % des décès, presque à égalité avec les cancers. Parmi les maladies cardiovasculaires, les décès par cardiopathies ischémiques arrivent toujours en tête de liste suivis de loin par les maladies vasculaires cérébrales et les « autres formes de cardiopathies ». Un peu plus de la moitié des décès dus aux cardiopathies ischémiques sont attribuables à un infarctus aigu du myocarde.

À chaque année, environ 770 personnes décèdent d'une maladie cardiovasculaire en Estrie. Chez les hommes, une plus forte proportion de ces décès survient « prématurément », c'est-à-dire avant 75 ans. De 1995 à 1997, en Estrie, ces maladies ont été responsables annuellement d'environ 14,7 années potentielles de vie perdues pour 1 000 hommes et de 6,3 pour 1 000 femmes. Heureusement, cette prématurité des décès par maladies cardiovasculaires est en diminution chez les deux sexes.

Autant chez les hommes que chez les femmes, le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires augmente avec l'âge et de façon plus marquée après 45 ans. Dans tous les groupes d'âge et globalement, le taux de décès par maladies cardiovasculaires est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Ce constat est vrai pour toutes les grandes catégories⁵⁴ de maladies cardiovasculaires, sauf les maladies vasculaires cérébrales où le taux de décès est un peu plus élevé chez les femmes de 75 ans et plus que chez les hommes.

Au Québec, la prévalence de la mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires est l'une des plus faibles au monde. Or, l'Estrie et ses MRC affichent presque toutes des taux de mortalité par maladies cardiovasculaires comparables à ceux du Québec. Seule la MRC de Coaticook affiche un taux statistiquement plus faible que celui du Québec, et ce, particulièrement chez les femmes. Cette comparaison avec le Québec devient plus nuancée quand on examine les maladies cardiovasculaires par grandes catégories.

PRÉVALENCE

Lorsqu'on examine l'ampleur des maladies cardiovasculaires, on accorde généralement beaucoup d'importance à la mortalité en raison de la disponibilité des données. Or, comme un grand nombre de personnes **vivent** avec une maladie cardiovasculaire, il importe de s'intéresser aussi aux caractéristiques de celles qui développent ce type de maladies (incidence) ou en sont présentement atteintes (prévalence) ainsi qu'à la qualité de vie de ces personnes et de leurs proches. Malheureusement, peu de données nous permettent de mesurer l'**ampleur réelle** de la prévalence des maladies cardiovasculaires au sein de la population.

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*⁵⁵, environ 6 % des hommes et 4 % des femmes, de l'Estrie comme du Québec, déclarent souffrir d'une maladie cardiaque. Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, ce sont 25 % des hommes et 17 % des femmes qui déclarent avoir une telle maladie.

En matière d'hospitalisation, les maladies cardiovasculaires sont de loin la principale cause pathologique de séjour à l'hôpital en Estrie (21,5 %) comme au Québec (19,7 %). Parmi les maladies cardiovasculaires, ce sont les cardiopathies ischémiques qui sont la cause du plus grand nombre d'hospitalisations. Les « autres formes de cardiopathies » et les maladies vasculaires cérébrales arrivent respectivement au 2^e et 3^e rang.

En Estrie, on dénombre annuellement environ 3 200 hommes et 2 500 femmes hospitalisés pour une maladie cardiovasculaire. Avant 75 ans, on rencontre un nombre plus élevé d'hommes que de femmes hospitalisés pour ce type de maladies. Après 75 ans, cette situation s'inverse. Incidemment, les hommes sont généralement atteints plus tôt dans leur vie que les femmes par les maladies cardiovasculaires. En

⁵⁴ Les grandes catégories de MCV sont les cardiopathies ischémiques, les « autres formes de cardiopathies » et les maladies vasculaires cérébrales.

⁵⁵ STATISTIQUE CANADA (2000-2001). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 1,1*. in Institut de la statistique du Québec, Compendium de tableaux produit avec le Fichier de microdonnées à grande diffusion de Statistique Canada, mai 2003.

outre, le taux d’hospitalisations augmente avec l’âge chez les deux sexes, mais dans la quasi totalité des groupes d’âge et globalement, le taux d’hospitalisations par maladies cardiovasculaires est plus élevé chez les hommes. Ce constat s’applique à toutes les catégories de maladies cardiovasculaires.

De 1989 à 2001, le taux ajusté d’hospitalisations dues aux maladies cardiovasculaires a augmenté jusqu’en 1993-1995, pour ensuite diminuer légèrement, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes de l’Estrie. Les taux des trois grandes catégories de maladies cardiovasculaires analysées ont suivi une tendance semblable. Ces résultats suggèrent que la prévalence des maladies cardiovasculaires (et de ses grandes catégories), telle qu’exprimée par les hospitalisations entre 1989 et 2001, est plutôt stable en Estrie.

Par ailleurs, l’Estrie et la plupart de ses MRC affichent des taux d’hospitalisations par maladies cardiovasculaires supérieurs à ceux du Québec. Seules les MRC de Coaticook et du Val-Saint-François s’écartent de ce tableau. La MRC de Coaticook affiche un taux inférieur à celui du Québec, alors que celle du Val-Saint-François présente un taux comparable. Cette comparaison avec le Québec est un peu plus nuancée quand on examine les maladies cardiovasculaires par grandes catégories.

L’analyse des taux d’hospitalisations, à travers le temps ou entre les territoires, doit cependant être faite avec prudence pour au moins deux bonnes raisons :

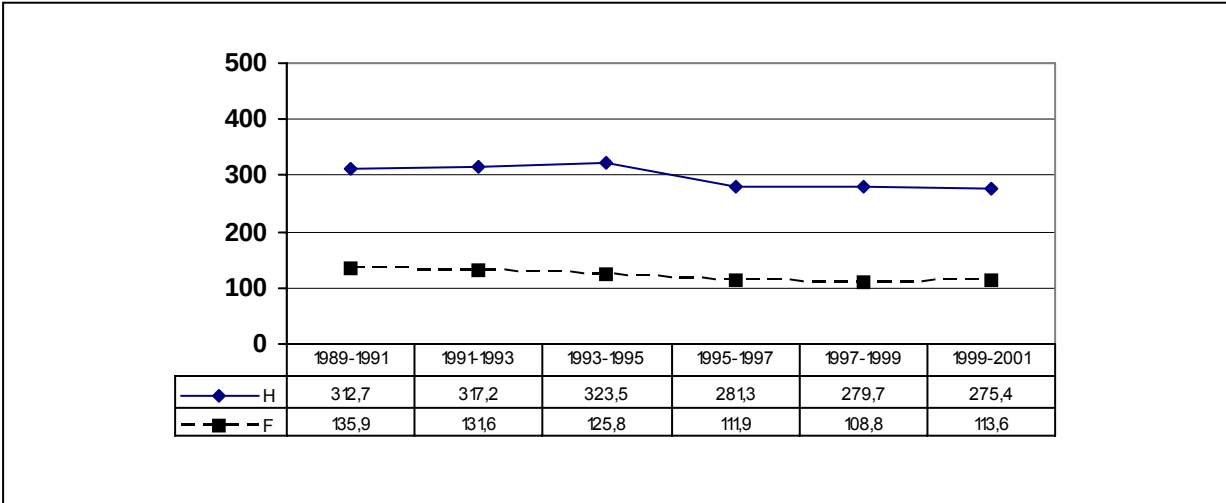
- Les taux d’hospitalisations ne reflètent pas entièrement la prévalence de la morbidité des maladies cardiovasculaires, puisque toutes les personnes atteintes n’ont pas nécessairement besoin d’être hospitalisées.
- L’hospitalisation dépend aussi d’autres facteurs comme la disponibilité et l’accessibilité des lits ou encore les modes de pratique médicale.

INCIDENCE

Il n’existe actuellement aucun système d’information nous permettant de mesurer l’incidence annuelle (les nouveaux cas) des maladies cardiovasculaires. Toutefois, nous pouvons estimer l’incidence des cardiopathies ischémiques en ayant recours aux hospitalisations dues à un infarctus aigu du myocarde⁵⁶.

Depuis 1989, le taux ajusté d’hospitalisations dues à un infarctus aigu du myocarde en Estrie a accusé une très légère diminution chez les hommes tout en demeurant à peu près stable chez les femmes (figure 1).

Figure 1
Taux ajusté d’hospitalisations attribuables à un infarctus aigu du myocarde, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Estrie, 1989-1991 à 1999-2001



Ces résultats suggèrent qu’à chaque année, en Estrie, à peu près la même proportion de nouvelles personnes apprennent qu’elles sont atteintes d’une maladie cardiovasculaire (cardiopathie ischémique). **Le constat est donc troublant : la mortalité due aux maladies cardiovasculaires est en forte diminution, mais la maladie semble toucher autant de nouvelles personnes d’année en année, et ce, toute proportion gardée.**

QUALITÉ DE VIE

Si les maladies cardiovasculaires touchent toujours autant de personnes qu’avant, mais qu’on en meure moins, c’est qu’alors plus de gens y survivent. Cependant, la survie aux maladies cardiovasculaires est souvent accompagnée d’une baisse de la qualité de vie.

Environ 46 % de la population estrienne souffrant de problèmes cardiovasculaires déclarent être en mauvaise santé contre 12 % des personnes sans maladie cardiovasculaire. De plus, la moitié des

⁵⁶ FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU CANADA (1997). *Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Ottawa, Canada, 81 p.

personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire signalent être restreintes dans leurs activités ou encore avoir besoin d'aide pour accomplir leurs activités quotidiennes ou domestiques.

EN PROSPECTIVE : LE FARDEAU S'ALOURDIT

L'amélioration de la détection précoce, des services de soins, des traitements et de la technologie y est pour beaucoup dans la chute de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires. Par contre, si la même proportion de personnes est affectée par ces maladies à chaque année, c'est qu'il reste beaucoup à faire en ce qui concerne la prévention des facteurs de risque dont les comportements, les habitudes de vie et certains déterminants sociaux qui sont parmi les causes importantes de ces maladies.

Le taux de prévalence élevé des principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires que sont le tabagisme, l'hypertension, la sédentarité, l'hypercholestérolémie, l'excès de poids et le diabète continue d'entretenir l'épidémie de ces maladies en Estrie comme dans le reste des pays industrialisés. La tendance à la hausse de certains de ces facteurs, en particulier chez les jeunes, suggère même pour les années à venir une augmentation possible de l'incidence des maladies cardiovasculaires conjuguée à un ralentissement de la diminution de la mortalité.

Face à cette conjoncture et dans un contexte de vieillissement accéléré de la population, qui fera sensiblement augmenter à court et moyen terme le nombre de personnes âgées, il est raisonnable de croire que le nombre de personnes aux prises avec une maladie cardiovasculaire sera à la hausse au cours des prochaines années. À moins que des interventions de santé publique ayant un impact préventif suffisant ne soient mises en œuvre, l'épidémie de maladies cardiovasculaires se poursuivra.

Il importe donc de s'attaquer aux facteurs de risque pour prévenir non seulement les maladies cardiovasculaires, mais aussi plusieurs autres maladies chroniques qui partagent les mêmes facteurs. Il importe également de prévoir dès maintenant une hausse des besoins de tous les autres services de santé requis pour traiter les maladies cardiovasculaires efficacement (soins ambulatoires, hospitalisations, réadaptation, soins et soutien à domicile, médicaments, etc.).

LES INTERVENTIONS

Les taux d'interventions chirurgicales pertinentes que sont l'angioplastie et l'implantation d'un stimulateur cardiaque ont sensiblement augmenté en Estrie et au Québec au cours des dernières années, alors que les taux de pontages coronariens tendent à se stabiliser. Au chapitre de ces interventions, l'Estrie présente des taux de traitements égaux ou supérieurs à ceux du Québec.

Également, depuis un certain nombre d'années, plusieurs activités de santé publique ont été mises de l'avant en Estrie pour agir sur certains facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Par exemple, concernant le tabagisme chez nos jeunes, 95 % des écoles secondaires de l'Estrie ont pu bénéficier d'activités de prévention. De plus, la plupart de ces écoles ont vu leur personnel et les intervenants scolaires des CLSC bénéficier de formations en cessation tabagique afin de les habiliter à soutenir les jeunes qui désirent cesser de fumer, tout en les aidant à élaborer des mesures pour protéger les non-fumeurs dans l'école.

Depuis janvier 2003, un programme de prévention des maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, a été mis de l'avant en Estrie. Ce programme vise à promouvoir des pratiques cliniques préventives à travers les services de santé courants des CLSC et à offrir aux personnes à risque élevé de maladies chroniques un plan d'interventions concernant l'usage du tabac, la pratique régulière de l'activité physique et la saine alimentation. Actuellement, tous les CLSC de la région ont mis sur pied un « centre d'abandon du tabac » dans le cadre de ce programme.

Soulignons également que les établissements locaux offriront, en 2004, dans chaque MRC, des activités thérapeutiques visant les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ou encore nécessitant une réadaptation cardiovasculaire. Ces activités (autogestion, suivi médical, observance médicamenteuse, cessation tabagique, intervention nutritionnelle, gestion du stress, soutien psychosocial et activité physique) viseront à optimiser l'autonomie fonctionnelle des personnes atteintes et de leurs proches.

La maladie pulmonaire obstructive chronique

DÉFINITION ET CONTEXTE

- La MPOC est une maladie chronique caractérisée par une difficulté à respirer, un excès de sécrétions dans les voies respiratoires et une toux persistante.
- La bronchite chronique représente environ 85 % des cas de MPOC, alors que presque tous les autres cas sont atteints d'emphysème.
- La progression de la maladie est lente et insidieuse, et les symptômes se manifestent habituellement dans la cinquantaine, le plus souvent chez des fumeurs de longue date. À mesure que la maladie progresse, la qualité de vie des personnes atteintes diminue de façon appréciable en raison d'un essoufflement grandissant.
- Les périodes de grippe ou d'allergies peuvent susciter, chez certaines personnes atteintes de MPOC, une aggravation soudaine de la maladie au point de nécessiter le recours à l'urgence ou à l'hospitalisation.
- La fonction pulmonaire des personnes atteintes de MPOC continue à se détériorer. À ce jour, il n'existe aucun traitement pour guérir cette maladie.

FACTEURS DE RISQUE

- Les plus importants facteurs de risque de la MPOC sont le **tabagisme**, responsable de 80 à 90 % des cas de MPOC, et l'**exposition professionnelle** aux **poussières** et à certaines **fumées** (ex. : cadmium, poussière de charbon, de céréale).
- Dans une moindre mesure, la **pollution atmosphérique extérieure** peut accroître le risque de MPOC. Également, les **infections à répétition** des voies **respiratoires inférieures** chez le jeune enfant diminuent la fonction respiratoire, ce qui peut contribuer à la MPOC plus tard dans la vie.

PRÉVALENCE

- 3,4 % de la population âgée de 12 ans ou plus (vivant en ménage privé), soit 4,1 % des femmes et 2,7 % des hommes, souffrirait de bronchite chronique ou d'emphysème (MPOC).
- La prévalence relative de la MPOC augmente avec l'âge, particulièrement à partir du milieu de la quarantaine, passant de 1,7 % chez les 12-44 ans à 8,2 % chez les 65 ans et plus. Dans tous les groupes d'âge étudiés, la prévalence relative est plus élevée chez les femmes, sauf chez les 65 ans et plus où les hommes affichent une prévalence légèrement supérieure.
- La prévalence relative de la MPOC est en augmentation au Québec. Elle est passée de 2,0 à 3,4 % entre 1987 et 2003 chez les 12 ans et plus, soit de 1,9 à 2,7 % chez les hommes et de 2,0 à 4,1 % chez les femmes. Le vieillissement de la population est une cause importante de cette augmentation.

RECOURS À L'URGENCE

- Selon la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), 1 872 personnes de l'Estrie ont consulté un médecin au moins une fois en 2003 pour une bronchite chronique ou un emphysème (MPOC) dans une salle d'urgence. Ce chiffre représente environ 22 % des personnes atteintes de MPOC en région.
- Environ la moitié des 1 872 personnes, qui ont consulté à l'urgence à cause de la MPOC, s'y sont rendues plus d'une fois dans l'année à cause de cette maladie, en moyenne 2,6 fois.
- En Estrie, environ quatre personnes sur dix, qui se sont présentées à l'urgence pour une MPOC en 2003, sont âgées de 65 ans ou plus.
- Le taux des visites à l'urgence augmente rapidement avec l'âge chez les deux sexes. Dans le groupe d'âge des 65 ans et plus, il est environ dix fois plus élevé que chez les moins de 45 ans.
- La population des MRC du Granit et des Sources affiche un taux de visites à l'urgence pour une MPOC de loin supérieur à celle des autres territoires de MRC de la région, quel que soit le groupe d'âge.

HOSPITALISATION

- Au cours de 2002-2003, en Estrie, 521 personnes atteintes de MPOC ont été hospitalisées à cause de cette maladie, soit environ 6 % des personnes atteintes de MPOC en région. En moyenne, une hospitalisation pour MPOC a duré près de huit jours (la médiane est de cinq jours). Dans près de 90 % des cas, l'admission à l'hôpital s'est fait par la salle d'urgence.
- Près du quart des personnes hospitalisées à cause de la MPOC ont été admises plus d'une fois au cours de l'année, en moyenne à trois reprises.

- La grande majorité des personnes hospitalisées pour MPOC est âgée de 65 ans ou plus.
- L'hiver, durant la période des infections respiratoires, on assiste à des pointes d'hospitalisations dues à la MPOC, et la MPOC constitue la principale raison de l'engorgement des salles d'urgence.
- La prévalence relative de l'hospitalisation pour MPOC est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, sauf chez les 45-64 ans.
- La population estrienne, en général, comme celle des MRC du Granit, de Memphrémagog et de la Région-Sherbrookoise, affiche un taux ajusté d'hospitalisations dues à la MPOC statistiquement supérieur à l'ensemble du Québec. La population des autres MRC présente un taux plus faible ou comparable à celui du Québec.
- Après avoir augmenté dans la première moitié des années 90, le taux ajusté d'hospitalisations pour MPOC est en diminution depuis 1997-1999, quel que soit le sexe, en Estrie comme au Québec.

QUALITÉ DE VIE

- Environ la moitié de la population estrienne ou québécoise atteinte d'une MPOC dit être limitée dans ses activités de la vie quotidienne.
- Au Québec, environ 15 % des personnes aux prises avec une MPOC ont déclaré avoir reçu, en 2002, des services à domicile couverts ou non par l'État. C'est trois fois plus que la population en général.
- Il existe en Estrie un programme visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de MPOC et à réduire leur recours à l'urgence ou à l'hospitalisation. Au 31 mars 2006, 508 personnes étaient inscrites au programme, près des trois-quarts étant âgées de 65 ans ou plus.

MORTALITÉ

- La MPOC est responsable de près de 4,9 % de tous les décès en Estrie; environ 68 hommes et 40 femmes décèdent annuellement de cette maladie dans la région.
- Les décès par MPOC se produisent principalement chez les plus de 65 ans. À partir de cet âge, le taux de décès est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, surtout à cause du tabagisme plus élevé chez les hommes il y a cinquante ans.
- En Estrie comme dans les territoires de MRC de la région, la mortalité attribuable à la MPOC est comparable ou inférieure au Québec.
- En Estrie comme au Québec, la prévalence relative ajustée de la mortalité par MPOC est en augmentation chez les femmes, mais en diminution chez les hommes. Pour ce qui est du nombre, cependant, les décès par MPOC sont en hausse chez les deux sexes, particulièrement chez les femmes.

L'asthme

DÉFINITION ET CONTEXTE

- L'asthme est une maladie chronique caractérisée par la toux, l'essoufflement, les serremments à la poitrine et la respiration sifflante. La majorité des asthmatiques sont sujets à des crises longues et fréquentes qui peuvent durer plusieurs jours. Pour certaines personnes, le problème est plutôt intermittent.
- Les principales différences entre l'asthme et la MPOC sont les suivantes :
 - ☞ On retrouve l'asthme dans tous les groupes d'âge, alors que la MPOC touche surtout les personnes plus âgées.
 - ☞ Contrairement à la MPOC, l'obstruction du débit d'air dans l'asthme est **épisodique** et habituellement réversible par le traitement.
- Les symptômes et les crises d'asthme sont généralement déclenchés par l'exposition à des allergènes, les affections virales comme le rhume, l'exercice ou l'exposition à des vapeurs ou à des gaz irritants. Un traitement efficace peut prévenir ou atténuer ces symptômes.
- Chaque année, une proportion non négligeable des asthmatiques doit recourir aux soins d'urgence ou être hospitalisée, doit s'absenter de l'école ou du travail ou encore s'abstenir de participer à des activités. Dans bien des cas, une mauvaise maîtrise de la maladie en est la cause.

FACTEURS DE RISQUE

La cause exacte de l'asthme n'est pas connue. Il semble que cette maladie soit la conséquence d'une interaction des types de facteurs suivants :

- **Facteurs prédisposants**
 - L'atopie (sensibilité naturelle à réagir aux allergènes)
 - Le genre (masculin ou féminin selon le groupe d'âge)
 - La génétique
- **Facteurs étiologiques**
 - Les allergènes (poussière, acariens, moisissures, etc.)
 - Les sensibilisants professionnels en milieu de travail
- **Facteurs contributifs**
 - Les infections respiratoires fréquentes en bas âge
 - Le tabagisme direct ou indirect
 - La pollution atmosphérique
 - La défavorisation socioéconomique

DÉCLENCHEURS D'ASTHME

- Chez les asthmatiques, des facteurs qu'on appelle déclencheurs peuvent provoquer l'apparition des symptômes ou encore les exacerber. Les plus courants sont :
 - les infections pulmonaires ou des voies respiratoires (ex. : rhume),
 - l'activité physique,
 - la fumée de tabac,
 - le pollen,
 - la poussière,
 - certaines conditions climatiques,
 - les animaux domestiques.

PRÉVALENCE

- On estime qu'environ 9 % de la population est asthmatique, soit 8,2 % des hommes et 10,0 % des femmes.
- L'asthme est relativement plus prévalent chez les moins de 12 ans, particulièrement chez les garçons. Dans les autres groupes d'âge, le taux d'asthmatiques est plus élevé chez les femmes.
- Bien que l'asthme soit souvent perçu comme une « maladie d'enfant », dans l'ensemble, environ sept asthmatiques sur dix sont âgés de 20 ans ou plus.
- L'asthme connaît une augmentation fulgurante dans **tous** les groupes d'âge, autant chez les hommes que chez les femmes. Entre 1987 et 2003, la prévalence relative de cette maladie est passée de 2,3 à 8,2 % chez les hommes et de 2,5 à 10 % chez les femmes.

RECOURS À L'URGENCE

- En 2003, environ 5 % des asthmatiques de l'Estrie ont eu recours à l'urgence au moins une fois dans l'année pour leur problème d'asthme.
- Près de huit asthmatiques sur dix, qui consultent à l'urgence pour un problème d'asthme, ne contrôlèrent pas bien leur maladie.
- Environ 42 % des personnes qui visitent l'urgence pour un problème d'asthme sont des jeunes de moins de 18 ans. Ces derniers recourent 1,5 fois plus souvent à l'urgence que leurs aînés pour ce type de problème.
- Chez les jeunes de moins de 18 ans, le taux de visites à l'urgence pour un problème d'asthme est plus élevé chez les garçons que chez les filles. Dans les autres groupes d'âge, la situation est inversée.
- Les populations des MRC des Sources, de Memphrémagog et du Granit affichent un taux de visites à l'urgence pour un problème d'asthme plus élevé que celles des autres territoires de MRC de l'Estrie.

HOSPITALISATION

- Au cours de l'année 2002-2003, moins de 1 % des asthmatiques de l'Estrie ont été hospitalisés pour un problème d'asthme. En moyenne, une hospitalisation a duré près de quatre jours (la médiane est de deux jours). Dans près de 93 % des cas, l'admission à l'hôpital s'est fait par la salle d'urgence.
- Près de neuf asthmatiques sur dix hospitalisés pour cette maladie ne la contrôlèrent pas adéquatement.
- Le taux d'hospitalisations pour un problème d'asthme est plus élevé chez les jeunes de moins de 12 ans (particulièrement chez les enfants de 4 ans et moins) et les personnes âgées que dans les autres groupes d'âge. Chez les jeunes et les personnes âgées, les hommes sont plus à risque d'être hospitalisés. Dans les autres groupes d'âge, ce sont les femmes qui sont plus à risque.
- La population de l'Estrie comme celle des territoires de MRC de la région affiche un taux d'hospitalisations pour un problème d'asthme statistiquement inférieur ou comparable à l'ensemble du Québec.
- L'hospitalisation pour un problème d'asthme est à la baisse, autant en Estrie qu'au Québec.

QUALITÉ DE VIE

- Environ 40 % des asthmatiques doivent réduire leurs activités physiques et quelque 20 % doivent s'absenter de l'école, du travail ou de leurs activités sociales à cause de la maladie.
- Une meilleure maîtrise de l'asthme peut réduire beaucoup de cas d'absentéisme, de limitations des activités, de visites à l'urgence et d'hospitalisations associés à cette maladie. Environ six asthmatiques sur dix contrôlèrent mal leur maladie.
- En 2003, environ 56 % des asthmatiques ont signalé avoir éprouvé un ou des symptômes de l'asthme, ou encore avoir fait au moins une crise d'asthme au cours de l'année.
- Environ 75 % des asthmatiques ont déclaré, en 2003, avoir dû prendre des médicaments contre l'asthme au cours de l'année.

MORTALITÉ

- Au Québec, la mortalité due à l'asthme est plus fréquente chez les adultes et les personnes âgées, particulièrement chez les femmes de 65 ans et plus. En Estrie, c'est moins de cinq décès qui surviennent annuellement à cause de cette maladie.
- La mortalité due à l'asthme accuse une forte baisse, quel que soit le sexe. Au Québec, en 1986-1988, on relevait en moyenne 117 décès par année, alors qu'en 2000-2001, ce nombre avait chuté à 47 par année.

Facteurs de risque des maladies chroniques

ÉTIOLOGIE DES MALADIES CHRONIQUES

- Les principaux facteurs de risque non modifiables sont : l'âge, le sexe et l'hérédité.
- Les principaux facteurs de risque modifiables sont : la défavorisation socioéconomique, le tabagisme, un niveau d'activité physique insuffisant, une consommation excessive d'alcool, une alimentation inadéquate, le stress émotionnel, l'hypertension artérielle, l'excès de poids, le diabète et l'hypercholestérolémie.

FACTEURS DE RISQUE NON MODIFIABLES

Âge

- La prévalence des maladies chroniques augmente avec l'âge. Le vieillissement de la population entraînera une hausse marquée du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques.

Sexe

- Le risque d'être atteint de maladie cardiovasculaire (MCV), de cancer et de diabète est plus élevé chez l'homme. Les femmes sont plus sujettes à développer une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou un problème d'asthme.

Hérédité

- Les personnes avec des antécédents familiaux de maladies chroniques sont plus à risque de développer une telle maladie.

Facteurs de risque modifiables

Défavorisation socioéconomique

- La prévalence des maladies chroniques est plus forte dans les milieux défavorisés.

Tabagisme

- Au Québec, on associe à l'usage du tabac environ 85 % des MPOC, 30 % des MCV et 30 % des cas de cancer, dont 85 % des cancers du poumon.
- Le tabagisme est un important facteur aggravant des maladies respiratoires chroniques, des MCV et du diabète de type 2.
- Il occupe le premier rang des causes de décès évitables.
- La fumée de tabac dans l'environnement est un facteur de risque important de MCV et de cancer, particulièrement le cancer du poumon. C'est également une cause possible d'infection des voies respiratoires inférieures chez les enfants.

Chez les adultes

- En 2003, en Estrie, environ le quart (24,4 %) de la population de 15 ans et plus fumait la cigarette, soit 28,3 % des hommes et 20,6 % des femmes. Ces pourcentages sont comparables à ceux du Québec, sauf chez les femmes où la proportion de fumeuses est significativement moins élevée en Estrie (20,6 %) qu'au Québec (25,6 %).
- En 2003, en Estrie comme au Québec, environ le tiers des 15-24 ans étaient fumeurs, mais le tabagisme diminue sensiblement avec l'âge pour atteindre environ 11 % des personnes âgées de 65 ans ou plus.
- Le tabagisme est en diminution chez les 15 ans et plus des deux sexes, en Estrie comme au Québec. En Estrie, entre 1987 et 2003, il est passé de 39 à 28 % chez les hommes et de 36 à 21 % chez les femmes.
- En Estrie, environ 27 % des non-fumeurs âgés de 12 ans ou plus, hommes ou femmes, ont déclaré, en 2001, être exposés chaque jour ou presque à la fumée de tabac des autres. Ce taux est un peu moins élevé qu'au Québec (34 %).

Chez les jeunes

- Le tabagisme connaît une baisse marquée chez les jeunes du secondaire en Estrie. En 2000, il s'établissait à 30,1 % (25,8 % des garçons et 34,4 % des filles) contre 16,8 % en 2005, soit 13,7 % chez les garçons et 19,8 % chez les filles.
- Le Québec a également connu une baisse importante du tabagisme chez les jeunes du secondaire entre 2000 et 2004.

Sédentarité

- Un niveau d'activité physique insuffisant est un facteur de risque non négligeable des MCV et du diabète, tout en étant associé au cancer du côlon.
- À l'inverse, un niveau adéquat d'activité physique réduit le risque de MCV en permettant de diminuer le poids et d'améliorer les taux de cholestérol sanguin, la tension artérielle et le diabète, le cas échéant.
- Parmi les types d'activité physique, l'activité physique de loisir est celle dont le potentiel de modification est le plus élevé.

Chez les adultes

- De 1994 à 2003, le pourcentage d'adultes actifs au Québec a connu une hausse notable. Pendant cette période, ce pourcentage est passé d'environ 28 à 38 % chez les hommes et de 24 à 35 % chez les femmes.
- En 2003, en Estrie comme au Québec, seulement le tiers de la population des 18 ans et plus faisait suffisamment d'activités physiques de loisir pour en retirer des bénéfices tangibles pour la santé. Ce taux est plus faible chez les femmes (30 %) que chez les hommes (40 %).
- Autant chez les hommes que chez les femmes, la proportion de personnes suffisamment actives diminue avec l'âge. Chez les hommes, de 59 % qu'elle est entre 18 et 24 ans, cette proportion tend à se stabiliser à environ 35 % à partir de 25 ans. Chez les femmes, la proportion d'actives est de 45 % entre 18 et 24 ans, elle baisse à environ 35 % entre 25 et 64 ans et diminue ensuite de façon marquée après 65 ans (26 %).

Chez les jeunes

- Seulement quatre jeunes de 12 à 17 ans sur dix, en Estrie comme au Québec, atteignent le niveau recommandé (actif) d'activité physique de loisir, soit environ un garçon sur deux et une fille sur trois.
- Entre 1994 et 2003, même si les garçons sont demeurés plus actifs que les filles du même âge, la proportion d'actifs parmi les garçons est demeurée à peu près stable, autour de 52 %. Pendant ce temps, la proportion de filles actives a augmenté, passant de 21 à 35 %.

Consommation d'alcool

- Une consommation modérée d'alcool peut protéger contre les MCV, alors qu'une consommation excessive est reliée à un plus grand risque de problèmes cardiovasculaires et de certains cancers.
- Quelque 13 % des hommes et 2 % des femmes de l'Estrie ou du Québec déclarent avoir une consommation excessive d'alcool. Ces proportions sont stables depuis plusieurs années.

Alimentation

- La consommation quotidienne d'au moins cinq portions de fruits et de légumes réduit le risque de MCV, de certains cancers, du diabète de type 2 et de l'obésité.
- La consommation d'aliments trop sucrés ou trop salés ou contenant des gras saturés ou « trans » contribue au développement de maladies chroniques.
- En Estrie, la moitié (49,9 %) de la population ne consomme pas assez de fruits et légumes chaque jour. Cette proportion est un peu plus faible qu'au Québec (54,9 %).
- Une proportion plus forte d'hommes que de femmes ne consomme pas assez de fruits et légumes chaque jour, et ce, dans tous les groupes d'âge.
- Chez les jeunes de 6 à 16 ans au Québec, l'habitude de ne pas consommer suffisamment de fruits et légumes est encore plus fréquente que chez les adultes. En 1999, environ six jeunes sur dix consommaient moins de cinq portions de fruits et légumes par jour.
- En 1999, au Québec, environ le tiers des 6-8 ans et quelque 44 % des 15-16 ans consommaient **au moins une fois par jour** des aliments peu ou pas nutritifs (chocolat, bonbons, croustilles, boissons gazeuses, etc.).

Stress émotionnel

- Le stress émotionnel agit indirectement sur la genèse des maladies chroniques en activant des facteurs de risque reconnus comme l'hypertension artérielle, le tabagisme ou l'hypercholestérolémie. Il aurait également un rôle à jouer dans l'étiologie du cancer chez certaines personnes.
- En Estrie comme au Québec, près de trois personnes sur dix, hommes ou femmes, déclaraient, en 2003, vivre quotidiennement un niveau élevé de stress.
- Les femmes – plus souvent que les hommes - ont tendance à déclarer vivre quotidiennement un niveau élevé de stress, et ce, dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 45-64 ans. Mais quel que soit le sexe, la proportion de personnes avec un stress élevé atteint son point culminant entre 25 et 44 ans, pour ensuite diminuer avec l'avancée en âge.

Hypertension artérielle

- L'hypertension artérielle est un facteur majeur de MCV. Elle fait augmenter de deux à trois fois le risque de ces maladies.
- L'hypertension est également associée à d'autres facteurs de risque cardiovasculaires comme le diabète, l'obésité et l'hypercholestérolémie.

Prévalence clinique chez les adultes

- Il n'existe pas données cliniques récentes sur l'hypertension artérielle des adultes. Une étude menée au Québec en 1990 révélait alors qu'environ 13 % des 18-74 ans étaient hypertendus. Chez les femmes de 65 à 74 ans, ce taux atteignait quelque 38 %.
- L'enquête de 1990 a également révélé que, parmi les quelque 13 % d'hypertendus, environ 29 % ne connaissaient pas leur condition. De plus, parmi les personnes qui connaissaient leur condition, 39 % n'étaient pas contrôlées.

Prévalence clinique chez les jeunes

- Selon une enquête québécoise réalisée en 1999 auprès de jeunes de 9, 13 et 16 ans, moins de 1 % d'entre eux présente une tension artérielle diastolique limite ou élevée.
- Cette enquête a aussi établi qu'environ 4 % des jeunes de 9 ans, 17 % des jeunes de 13 ans et 20 % des jeunes de 16 ans ont une tension artérielle systolique élevée.

Prévalence autodéclarée

- En 2003, en Estrie comme au Québec, près de 14 % de la population de 12 ans et plus, hommes ou femmes, déclarait avoir été diagnostiquée par un professionnel de la santé comme faisant de l'hypertension artérielle.
- La prévalence relative de l'hypertension artérielle autodéclarée augmente avec l'âge, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes, particulièrement à partir de 45 ans. Cependant, à mesure que l'âge augmente, cette prévalence est plus forte chez les femmes, surtout chez les 65 ans et plus où environ le tiers des hommes, mais près de la moitié des femmes déclarent faire de l'hypertension.
- Entre 1987 et 2003, le pourcentage de la population qui déclare faire de l'hypertension a augmenté, passant de 8 à 14 %.

Détection précoce

- Environ huit Estriens sur dix déclarent faire vérifier leur tension artérielle aux deux ans; les femmes dans une proportion plus élevée (89 %) que les hommes (76 %).

Excès de poids

- L'excès de poids, particulièrement l'obésité, est un bon prédicateur des MCV parce qu'il est souvent présent chez les personnes souffrant de diabète, d'hypertension artérielle ou encore d'hypercholestérolémie.
- L'excès de poids est également associé au cancer, notamment celui du sein, du rein, de la thyroïde, de l'œsophage, de la vésicule biliaire, de l'endomètre et du côlon.

Chez les adultes

- En 2003, près de la moitié des Estriens âgés de 20 ou plus présentait un excès de poids. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (53 %) que chez les femmes (36 %). Les proportions observées en Estrie ne diffèrent pas significativement⁵⁷ de celles du Québec.
- La proportion de personnes avec un excès de poids augmente sensiblement avec l'âge. Toutefois, l'excès de poids est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, et ce, dans tous les groupes d'âge.
- Entre 1987 et 2003, la proportion des adultes qui affichaient un excès de poids a augmenté régulièrement chez les hommes comme chez les femmes de l'Estrie ou du Québec. En 1987, environ trois adultes sur dix avaient un excès de poids contre près de cinq adultes sur dix en 2003.

Chez les jeunes

- Une enquête menée en 1999 indiquait qu'environ un jeune Québécois âgé de 6 à 16 ans sur quatre affichait un excès de poids (embonpoint et obésité).
- Entre 1978 et 2004, le pourcentage de jeunes Québécois âgés de 2 à 17 ans qui avaient un excès de poids est passé d'environ 10 à 23 %.

⁵⁷ Au seuil de signification α de 5 %.

Diabète

- Le diabète, qui peut être qualifié de maladie chronique en soi, est à la fois un facteur de risque et un facteur d'aggravation de certaines maladies chroniques. Chez les personnes atteintes, un bon contrôle de la maladie peut réduire le risque de MCV et d'autres complications qui lui sont associées, comme les maladies vasculaires périphériques, les problèmes oculaires et l'insuffisance rénale.
- Les hommes diabétiques connaissent un risque de décès par accident cardiovasculaire six fois supérieur à celui des non-diabétiques. Chez les femmes diabétiques, ce risque de décès est multiplié par huit.
- En 2001-2002, on évaluait à 10 969 le nombre de cas de diabète **diagnostiqués** parmi les personnes de 20 ans et plus en Estrie (5 %). On estime qu'environ 90 % de tous les cas sont atteints du diabète de type 2. Quelque 5,3 % des hommes sont diagnostiqués diabétiques (5 701 cas) contre 4,7 % des femmes (5 268 cas).
- Selon Diabète Québec, le nombre réel de personnes atteintes du diabète ne serait pas loin du double (1,7 fois) de celui des personnes diagnostiquées. Cette estimation porterait le nombre réel de diabétiques en Estrie à quelque 18 280 personnes âgées de 20 ans ou plus.
- En Estrie, 95 % des cas de diabète diagnostiqués sont âgés de 40 ans ou plus.
- Le taux brut du diabète est plus élevé chez les hommes, et ce, dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 25 à 34 ans.
- Le taux brut du diabète diagnostiqué augmente jusqu'aux groupes d'âge avancé, pour ensuite se stabiliser chez les femmes et diminuer chez les hommes. Il atteint un maximum de 16,9 % chez les femmes à partir de 80 ans et de 21,1 % chez les hommes du groupe d'âge 75-79 ans.
- L'analyse des taux ajustés montre que la prévalence relative du diabète diagnostiqué est significativement plus faible en Estrie (4,8 %) qu'au Québec (5,8 %). Cette analyse révèle également que toutes les MRC de l'Estrie affichent une prévalence relative ajustée inférieure à celle du Québec, quel que soit le sexe.

Hypercholestérolémie

- Le lien entre le niveau de cholestérol sanguin et le risque de MCV est bien connu : un taux de cholestérol dans le sang supérieur à 5,2 mmol/l fait augmenter le risque de maladies coronariennes, qui double pour chaque augmentation de 1,3 mmol/l.
- Plus spécifiquement, un taux élevé de LDL (« low density lipoproteins » mauvais cholestérol) et de triglycérides, ainsi qu'un faible taux de HDL (« high density lipoproteins » bon cholestérol) sont d'importants facteurs de MCV.
- L'hérédité, des habitudes de vie comme l'alimentation, le tabagisme et une trop grande sédentarité, et des états morbides comme l'excès de poids et le diabète contribuent à hausser le taux de cholestérol.

Prévalence clinique chez les adultes

- Les données cliniques récentes sur l'hypercholestérolémie chez les adultes sont manquantes. Une étude menée au Québec en 1990 révélait qu'environ la moitié de la population des 18-74 ans présentait un niveau de cholestérol à risque. Plus spécifiquement, environ 39 % avait un niveau à risque de « mauvais cholestérol » et près de 8 %, un niveau insuffisant de « bon cholestérol ».
- La proportion de personnes au Québec qui présentaient, en 1990, un niveau de cholestérol à risque augmentait avec l'âge. Entre 18 ans et 74 ans, le taux passait de 29 à 64 % chez les hommes contre 24 à 84 % chez les femmes.

Prévalence clinique chez les jeunes

- Selon une enquête québécoise menée en 1999, environ 27 %, 17 % et 18 % respectivement des jeunes de 9, 13 et 16 ans ont une valeur limite de cholestérol sanguin. Ces proportions sont plus élevées chez les filles que chez les garçons.

Cumul des facteurs de risque

- La présence chez un individu de plus d'un facteur de risque exerce un effet de synergie sur le risque global de chacune des maladies chroniques.
- Les Estriens comme les Québécois présentent un risque élevé de développer éventuellement une maladie chronique. Environ huit adultes sur dix présentent un des facteurs de risque suivant : tabagisme, activité physique insuffisante, excès de poids, hypertension artérielle, consommation élevée d'alcool ou diabète. Quatre adultes sur dix affichent deux facteurs ou plus et un sur dix, trois facteurs ou plus.

Portrait des interventions de santé publique en lien avec les maladies chroniques et les habitudes de vie

Nom du programme ou dossier	Description et type de stratégies utilisées	État de situation	Responsables et partenaires	Budget
École en santé (ÉES)	Une école en santé est le résultat de la mise en place d’un ensemble de mesures globales et concertées de prévention et de promotion identifiées par l’école et ses divers partenaires. Ces mesures s’intègrent dans les objectifs et les activités du projet éducatif et du plan de réussite de l’école, car ÉES reconnaît que la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes sont étroitement liés. Pour devenir une école en santé, l’école doit agir sur 6 facteurs clés pour la santé, le bien-être et la réussite éducative. Les actions visent à la fois les jeunes, l’école, la famille et la communauté. Les 6 facteurs clés : • Estime de soi; • Compétence sociale; • Habitudes de vie (dont l’environnement sans tabac, l’alimentation et l’activité physique); • Comportements sains et sécuritaires; • Environnements scolaires, familial, communautaire; • Services préventifs. Ainsi, l’implantation d’une école en santé permet de donner de la plus-value aux activités déjà en voie de réalisation par l’école et ses partenaires.	L’approche <i>École en santé</i> a été retenue pour actualiser l’axe promotion-prévention des ententes de complémentarité MSSS-MELS. Deux répondants régionaux ont été identifiés dans chaque région du Québec (Direction régionale de l’Éducation et Agence de la santé et des services sociaux). Un répondant local a été identifié dans chacun des CSSS pour ce dossier et les travaux ont été amorcés sur leur territoire. Les commissions scolaires ont aussi identifié des répondants pour leur réseau. Plusieurs ateliers et activités de formation (provincial, régional ou local) ont été dispensés aux répondants régionaux et locaux des deux réseaux ainsi qu’aux gestionnaires, sur <i>École en santé</i> et quelques outils d’accompagnement. De plus, des travaux pour préparer le déploiement de l’approche ont été entrepris par les quatre commissions scolaires de la région et les sept CSSS. Une quinzaine d’écoles ont choisi de déployer l’approche et travaillent avec le CSSS et la commission scolaire de leur territoire à ce déploiement. Au cours de l’année 2004-2005, un budget de 142 000 \$ non récurrent avait été distribué entre les sept CSSS afin d’identifier un répondant local et d’amorcer des travaux de sensibilisation sur leur territoire. Depuis 2006-2007, ce montant est récurrent.		Budget récurrent de 142 000 \$ à partir de l’exercice financier 2007-2008.
Soutien à l’implantation de la Politique cadre du MELS sur une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif	En cohérence avec le plan gouvernemental <i>Investir pour l’avenir</i> et une des mesures de la Stratégie d’action jeunesse 2006-2009, le MELS publiera sous peu une Politique-cadre afin de favoriser la mise en place dans les établissements scolaires d’environnements favorables à l’adoption et au maintien d’une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif.	Des travaux ont été entrepris pour préparer les CSSS dans leur rôle de soutien aux milieux scolaires dans leurs actions en lien avec la Politique-cadre du MELS et l’approche <i>École en santé</i>.	MELS MSSS DSP CSSS	Un budget de 134 551 \$ récurrent à partir de 2007-2008 est alloué pour des interventions en alimentation, ciblant la population et certaines clientèles spécifiques dont celle du milieu scolaire.
Programme Kino-Québec	Dans le cadre du Programme Kino-Québec, les principales activités sont destinées à la clientèle des jeunes en milieu scolaire, aux adultes de 25 à 44 ans et aux personnes de plus de 50 ans. Succinctement, les activités de santé publique se classent en trois catégories : • Activités de mobilisation; • Campagnes de communication; • Interventions dans le milieu de vie.	Activités de mobilisation : La préparation à l’action se prépare par des mécanismes de concertation intersectorielle. À titre d’exemple, la mise en place du groupe de réseautage en activité physique (GRAP) qui regroupe des intervenants intéressés par la promotion de l’activité physique dans des organisations telles que la Ville de Sherbrooke, la Commission scolaire de Sherbrooke, le Conseil sport loisir de l’Estrie, Excellence sportive Sherbrooke, l’Association du sport étudiant des Cantons-de-l’Est, Québec en forme, Kino-Québec, etc.	Représentant de Kino-Québec à la DSP Autres partenaires : ville, commissions scolaires, Conseil du sport loisir de l’Estrie, Excellence sportive,	Un budget annuel de 9 500 \$ est alloué par Kino-Québec pour les différentes activités. Il faut souligner la participation de différents partenaires, ex. : le MSSS offre 10 000 \$ à la Ville de Sherbrooke.

Nom du programme ou dossier	Description et type de stratégies utilisées	État de situation	Responsables et partenaires	Budget
			Québec en forme	La Ville de Sherbrooke a investi 20 000 \$ dans les activités et Excellence sportive Sherbrooke 6 000 \$
		Campagnes de communication : À la vaste campagne gouvernementale sur les habitudes de vie <i>Vas-y, fais-le pour toi!</i> , se greffent des activités promotionnelles qui non seulement véhiculent des messages via les médias régionaux et locaux, mais impliquent des interventions locales auprès de la population. Voici quelques exemples pour l’année 2005-2006 : - Réalisation de la campagne « Mon style de marche ». Environ 10 000 personnes ont été rejointes dans près de 30 milieux de travail. - Réalisation de la campagne « Plaisirs d’hiver ». Une centaine d’activités offertes aux familles ont été organisées en milieu municipal dans près de 60 municipalités de l’Estrie. - Réalisation de la tournée régionale de VASY auprès d’une cinquantaine de milieux en Estrie (écoles, centres de la petite enfance, activités municipales et communautaires, événements sportifs, etc.).	MSSS, DSP, CSSS, Municipalités Écoles	Un montant d’environ 10 000 \$ est alloué pour les 3 campagnes annuelles nationales, soient <i>Le mois de la marche</i> , <i>Plaisirs d’hiver</i> et <i>Les journées actives</i>
		Interventions dans le milieu de vie : L’approche vise des changements durables dans les milieux de vie. Voici quelques exemples issus du bilan de Kino-Québec : - Participation au développement de « Québec en forme ». Une programmation d’activités physiques a été mise en place dans 30 écoles primaires de milieu défavorisé de l’Estrie. De nouvelles orientations visant une meilleure efficacité des interventions ont été déployées dans les sept écoles de Sherbrooke. - Attribution de 15 bourses <i>École active</i> à des écoles primaires et secondaires favorisant la pratique d’activités physiques, la sécurité et la saine alimentation. - Promotion d’une cour d’école saine et active auprès des écoles primaires et secondaires de l’Estrie. - Participation au projet <i>Récupère donc ton vélo</i>. - Soutien au programme <i>Viactive</i> destiné à promouvoir l’activité physique auprès de la clientèle des aînés. Plus de 2 000 personnes participent, chaque semaine, à des séances d’activités physiques offertes au sein d’une centaine de regroupements de retraités. - Élaboration des <i>Mardis actifs</i>, une série d’événements populaires adressés aux personnes de plus de 50 ans et désirant s’initier à différentes formes d’activités physiques et de plein air. Une quinzaine d’organismes a été mobilisée pour la planification et l’animation de ces événements.		Une somme de 6 000 \$ est disponible pour les écoles dans le cadre du concours <i>École active</i> Sercovie : 31 351 \$ en soutien au programme <i>Viactive</i>
Plan québécois de lutte contre le tabagisme (PQLT) et le Plan québécois d’abandon du tabagisme (PQAT)	Le Plan québécois de lutte contre le tabagisme comprend les trois objectifs fondamentaux suivants : - prévenir l’adoption des habitudes tabagiques chez les jeunes (prévention), - promouvoir et soutenir l’abandon des habitudes taba-	Le PQLT La Loi sur le tabac constitue la pièce maîtresse de l’intervention antitabagique gouvernementale. Des modifications ont été adoptées qui interdisent, entre autres, l’usage du tabac dans les établissements, restaurants, bars et terrains des écoles primaires et secondaires et ceux des garderies (constituant des modifications environnementales	MSSS DSP CSSS INSPQ CQTS Acti-Menu SCC	PQLT : Un budget de 81 216 \$ récurrent est alloué pour les activités « Vers des écoles sans fumée ».

Nom du programme ou dossier	Description et type de stratégies utilisées	État de situation	Responsables et partenaires	Budget
	giques (cessation), - protéger la population contre la fumée du tabac dans l’environnement (protection). La stratégie d’intervention doit se faire de façon globale, selon une approche intégrée et multi-dimensionnelle et en abordant la problématique sous différents angles. La démarche proposée utilise 3 axes d’intervention : - politiques et législation - information – sensibilisation – éducation et soutien - mobilisation Le Programme québécois d’abandon du tabagisme (PQAT) est spécifiquement dédié à la cessation tabagique. Les services de routine sont groupés en 4 grandes voies d’accès : - Les cliniques d’abandon du tabagisme (CAT dans les CSSS). - La ligne nationale sans frais J’ARRÊTE (1 866 527-7383) gérée par le CQTS et la SCC. - Le site Internet J’ARRÊTE (www.jarrete.qc.ca) géré par le CQTS et la SCC. - L’ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux.	qui influencent les comportements). <i>Depuis 1996, trois plans d’action en prévention du tabagisme furent mis en place en Estrie auprès des jeunes. Les répondants tabac des CSSS soutiennent les écoles secondaires dans des actions de prévention, cessation et protection. Les activités de connaissance-surveillance de la DSP de l’Estrie ont révélé que la prévalence de fumeurs au secondaire en Estrie a chuté de 30 % en 1997 à 17 % en 2005.</i> Le PQAT La mise en œuvre du Plan québécois d’abandon du tabagisme (PQAT) comporte deux grands volets : - La promotion de l’abandon du tabagisme : campagnes de communication, défi annuel <i>Défi j’Arrête, j’y gagne!</i>, mobilisation des professionnels de la santé (ex : interventions minimales par les infirmières des services courants des CSSS). - Des services variés et complémentaires de soutien à l’abandon du tabagisme : ligne téléphonique gratuite et site Internet <i>J’ARRÊTE</i>, la couverture des aides pharmacologiques à l’abandon du tabagisme par le régime d’assurance médicaments et les cliniques d’abandon du tabagisme (CAT). Le volet des services de soutien à l’abandon du tabagisme comprend : - Information, documentation et référence - Interventions brèves (3 min – 10 min) - Interventions complètes (10 min et +) - Soutien intensif (individuel et de groupe). Les CAT offrent gratuitement un ensemble de services de cessation tabagique à toutes les personnes qui en font la demande. Les 7 CAT de l’Estrie sont situés dans les CSSS (mission CLSC). En appelant au CAT près de chez eux, les fumeurs et fumeuses qui veulent cesser de fumer peuvent prendre rendez-vous avec une infirmière qui les soutiendra dans leur cheminement vers l’arrêt tabagique, en définissant la stratégie qui leur convient le mieux (rencontres individuelles ou de groupe). Le volet promotion (incluant des activités de sensibilisation, d’information et d’éducation) comprend : - Campagnes nationales de sensibilisation auprès de la population et diffusion d’outils promotionnels éducatifs; - Campagnes de communication effectuées de façon soutenue : la prévention chez les jeunes, la FTE; - Campagne de sensibilisation sur la fourniture de tabac aux jeunes (ex. : pièce de théâtre itinérante); <i>Semaine québécoise pour un avenir sans tabac</i> (protection contre la FTE);		PQAT : Un budget de 81 266 \$ est alloué sur une base annuelle (non récurrent, sous réserve des crédits annuels octroyés par le MSSS) pour l’implantation des centres d’abandon du tabagisme (CAT). Ce budget sera rendu récurrent en 2007-2008 avec un certain rehaussement. Un budget de 11 000 \$ non récurrent pour soutenir la mise en place dans les écoles secondaires des projets <i>Gang allumée</i> et des activités lors de la semaine nationale <i>Vers un avenir sans tabac</i>.

Nom du programme ou dossier	Description et type de stratégies utilisées	État de situation	Responsables et partenaires	Budget
		• Activités d’animation s’adressant particulièrement aux jeunes en milieu scolaire (ex. : groupe de jeunes de la <i>gang allumée</i>).		
Programme de prévention des maladies chroniques au sein des services généraux des CSSS	Ce programme repose sur la promotion de trois habitudes de vie, soit le non tabagisme et l’absence d’exposition à la fumée secondaire, une saine alimentation et l'activité physique. Les stratégies retenues à ce jour sont des actions éducatives individuelles ou de groupe et l’utilisation de counselings de courte durée et de longue durée par les infirmières sur ces trois habitudes de vie afin de soutenir les personnes qui souhaitent changer de comportement, améliorer et maintenir ces saines habitudes dans leur vie. Les centres d’abandon du tabagisme (CAT) de la région sont intégrés à ce programme.	Une soixantaine d’infirmières des services courants infirmiers ont suivi une formation sur le counseling de courte durée (30 sec à 3 min) sur la promotion des saines habitudes de vie par un message type <i>0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION</i> (qui signifie : 0 pour 0 tabagisme et l’absence d’exposition à la fumée secondaire; 5 pour la consommation quotidienne d’au moins 5 portions de légumes et de fruits; 30 pour la pratique de 30 minutes cumulées d’activités physiques d’intensité modérée presque tous les jours). En 2006-2007, un counseling de courte durée a été offert à 1 889 personnes (11,2 %) ayant consulté aux SCI des CSSS à comparer à 1 436 personnes (8,9 %) en 2005-2006. De plus, 274 fumeurs ont reçu des services de soutien à la cessation tabagique dans les sept centres d’abandon du tabagisme de l’Estrie en intervention individuelle ou de groupe. Au total, 1 584 interventions individuelles de longue durée ont été offertes sur les trois habitudes de vie. Des efforts sont déployés pour arrimer les messages santé et les outils promotionnels aux campagnes éducatives nationales sur la promotion de saines habitudes de vie. Exemples : • <i>Rendez-vous d’automne</i> • <i>la Semaine pour un avenir sans fumée</i> • <i>le Défi j’arrête, j’y gagne!</i> (en 2006-2007, 860 inscriptions en Estrie) et le <i>Défi 5-30</i> (3 491 inscriptions en Estrie) • <i>Plaisirs d’hiver</i> • <i>Fruits et Légumes en vedette</i> (en 2006-2007, 66 restaurants des différentes MRC ont participé à l’événement, soit le double de la participation obtenue en 2005-2006), etc.	DSP CSSS	Programme de prévention des maladies chroniques au sein des services généraux des CSSS : Budget de 173 075 \$ récurrent auquel on peut ajouter le budget de 81 266 \$ du PQAT pour les CAT (voir PQAT).
Pratiques cliniques préventives réalisées au sein des services de la première ligne	Les pratiques cliniques préventives (PCP) sont un ensemble d’interventions menées par un professionnel de la santé auprès d’une personne pouvant comprendre le counseling sur les habitudes de vie, le dépistage des maladies ou des facteurs de risque, l’immunisation et la chimioprophylaxie. Ces pratiques permettent d’agir en amont des problèmes pour ainsi réduire la morbidité et la mortalité évitables. Les PCP font partie de la stratégie éducationnelle.	Pratiques cliniques préventives dans le milieu médical : Aucune donnée n’est disponible quant aux counselings réalisés dans les milieux cliniques GMF/cabinets médicaux en matière de saines habitudes de vie. Bien que les trois quarts de la population du Québec consultent chaque année les médecins à leur cabinet pour une moyenne de quatre visites et qu’ils aient de nombreux contacts avec d’autres professionnels qualifiés et influents, beaucoup d’occasions sont manquées pour intégrer la prévention à leur pratique quotidienne⁵⁸. Les pratiques cliniques préventives retenues par la DSPE en 2006-2007 sont le counseling en regard d’une saine alimentation, de la pratique régulière d’activité physique et de la cessation du tabagisme (<i>0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION</i>), en regard de la prévention des chutes chez les personnes âgées, en regard de l’HTA ainsi qu’en regard de la promotion et de la prescription de supplément d’acide folique pour les femmes en âge de procréer. Le milieu clinique des GMF a été ciblé de façon prioritaire. Un mécanisme de collaboration a été	DSP CSSS GMF	Les sommes allouées sont prises à même le budget du dossier concerné.

⁵⁸ GROULX, Stéphane, *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives à l’intention des directions de santé publique du Québec*, Groupe de discussion des directions de santé publique du Québec en appui à l’implantation des GMF – Sous-groupe de travail sur les pratiques cliniques préventives Document de travail, MSSS, 20 juin 2005.

Nom du programme ou dossier	Description et type de stratégies utilisées	État de situation	Responsables et partenaires	Budget
		établi avec le Comité conjoint infirmières GMF-CSSS. Des outils et diverses formations ont été offerts aux infirmières de l’ensemble des GMF de l’Estrie dont ceux en lien avec le counseling bref de type « 0-5-30 ». Par ailleurs, un mécanisme de communication a été établi pour optimiser les campagnes promotionnelles provinciales auprès des clientèles des GMF tels le <i>Défi J’arrête, j’y gagne</i> et le <i>Défi 5-30!</i> En prévention des chutes, une tournée des CSSS a été réalisée par la DSP permettant de présenter la nouvelle programmation ministérielle ainsi que d’identifier certains besoins et enjeux. Des ateliers de formation ont été offerts à plusieurs cliniques médicales et GMF et une approche clinique a été expérimentée à l’intérieur d’un projet de recherche du Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS. En regard de la promotion de la prise de suppléments d’acide folique, la DSP a réalisé en étroite collaboration avec le Centre d’innovation, de recherche et d’enseignement du CSSS-IUGS une campagne de sensibilisation en utilisant une double stratégie : en s’adressant directement aux femmes par le biais des médias (conférence de presse et publicité) et en favorisant la recommandation de la prise d’un supplément d’acide folique par les professionnels de la santé auprès des femmes en âge de procréer. Une formation en counseling bref fut offerte aux infirmières des GMF de la région et à celles des services courants du CSSS-IUGS. Des outils éducatifs ont été présentés et distribués à l’ensemble des cliniques médicales, pharmacies et établissements de santé.		
Développement des communautés	Le développement des communautés est une stratégie identifiée du Programme national de santé publique 2003-2012. Il s’agit en fait de soutenir, entre autres choses, le processus d’<i>empowerment</i> des milieux en vue de favoriser la réalisation de projets issus de ceux-ci qui visent à améliorer les conditions de vie et la qualité de vie des individus ainsi qu’à prévenir des problèmes psychosociaux et de santé physique qui sont influencés par le contexte de vie.	L’Estrie a mis sur pied récemment l’Observatoire en Développement des communautés, résultat d’une démarche de concertation de plusieurs années dont trois colloques successifs en 2000, 2002 et 2004. La Direction de santé publique a développé depuis plusieurs années des actions en collaboration avec ses partenaires pour favoriser, entre autres choses, le développement d’environnements favorables à l’adoption et au maintien de saines habitudes de vie. La Direction de santé publique est actuellement à redéfinir son rôle quant au soutien du Développement des communautés en Estrie, en fonction des besoins locaux, régionaux ainsi que des orientations provinciales.	DSP CSSS	
Programme de subvention de projets en sécurité alimentaire	Ce programme vise à améliorer les conditions de vie des personnes les plus vulnérables économiquement par le biais, entre autres, de l’accès en tout temps et en toute dignité à des aliments sains et nutritifs à un coût raisonnable et acceptable du point de vue social et culturel. La sécurité alimentaire suppose un pouvoir d’achat adéquat et l’accès à une information simple et fiable sur l’alimentation afin de permettre aux individus de faire des choix alimentaires éclairés.	En mai 2006, le gouvernement a annoncé la récurrence du financement, a reconnu le secteur du dépannage alimentaire et a annoncé une nouvelle répartition budgétaire de ce financement. À compter de l’année 2006-2007, le financement récurrent devait être réparti de la façon suivante : 75 % pour le secteur de l’autonomie alimentaire et 25 % pour celui du dépannage alimentaire. Lors de cette annonce, l’Agence de la santé et des services sociaux de l’Estrie a choisi d’intégrer ce financement en appui à la mission globale des organismes du secteur alimentaire reconnus et financés dans le Projet pilote en sécurité alimentaire. Cela représente 12 organismes, soit 8 du secteur de l’autonomie alimentaire et 4 du secteur du dépannage. L’Agence a fait une proposition aux organismes quant aux modalités de	DSP Tous les acteurs interpellés par la sécurité alimentaire.	Le financement récurrent octroyé pour 2006-2007 est de 116 422 \$. Ce financement est intégré dans le financement en appui à la mission globale des organismes communautaires du secteur alimentaire reconnus dans le Projet Pilote en sécurité alimentaires de l’Agen-

Nom du programme ou dossier	Description et type de stratégies utilisées	État de situation	Responsables et partenaires	Budget
	Soutenir le développement de la sécurité alimentaire des personnes, familles et communautés passe par le déploiement d'un ensemble d'activités coordonnées qui permet l'accès à des aliments sains et qui favorise la prise en charge de l'individu et de la collectivité vers une plus grande autonomie alimentaire. Le gouvernement a identifié deux grands secteurs en matière de sécurité alimentaire, soit le secteur de l'autonomie alimentaire et celui du dépannage alimentaire : • L'autonomie alimentaire est définie comme l'accès en tout temps à une quantité quotidienne suffisante de nourriture à coût raisonnable (ex. : cuisines collectives). • Le dépannage alimentaire est, quant à lui, défini comme étant un soutien alimentaire temporaire qui vise à répondre aux besoins immédiats des personnes (banques alimentaires, soupes populaires). L'ensemble des initiatives en sécurité alimentaire doit être issu de concertations locales ou régionales entre les différents partenaires impliqués.	répartition de ce financement. Cette proposition a été acceptée par les organismes en février 2007 et adoptée par le CA de l'Agence. Depuis la mise en place de ce programme en 2002, les bilans annuels produits par les organismes démontrent de beaux projets réalisés en matière de sécurité alimentaire. Plusieurs idées novatrices ont vu le jour, de beaux partenariats entre les organismes du milieu ont été mis en place autour d'un projet. Voici quelques exemples de projets réalisés : • Jardins collectifs • Formation de groupes de cuisson à partir de la clientèle de la banque alimentaire • Organisation d'ateliers thématiques sur l'alimentation • Partenariat avec les producteurs maraîchers locaux et les supermarchés • Service d'achats collectifs de repas congelés.		ce. Ce sont 11 organismes qui bénéficient de ce financement selon la répartition budgétaire retenue.

Programme intégré de prévention des maladies chroniques de type : « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION »

Le PIPMC de type « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION » présenté est une adaptation régionale du programme implanté dans la Capitale-Nationale depuis près de quatre ans^{59, 60} et s'appuie sur cette expérience et sur celle d'autres régions du Québec comme : Laval, Laurentides et Montérégie. Sont présentés dans cette annexe les éléments fondamentaux du programme. Soulignons que l'élaboration et l'implantation du PIPMC de type « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION » dans tous les territoires de l'Estrie permettrait d'assurer l'émergence et la consolidation d'équipes régionales et locales responsables d'interventions en promotion de saines habitudes de vie et en prévention des maladies chroniques. Il intensifierait les échanges, le partage d'expériences entre les divers territoires ainsi que la portée du message de type « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION » auprès de la population de l'Estrie.

1. But, objectifs santé et orientations du programme

• But et objectifs

Le PIPMC de type « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION » a pour but de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité associées aux principales maladies chroniques par le déploiement d'actions de promotion de trois habitudes de vie (non-usage tabagique, saine alimentation et pratique de l'activité physique).

Une amélioration de 10 % ou plus de chacune des trois habitudes de vie ciblées chez les 12 ans et plus pourrait être visée globalement en Estrie et ce d'ici 2012.

Les objectifs spécifiques seraient :

- De réduire la proportion des personnes qui font usage du tabac de 25 % à 22 %;
- De réduire de 27 % à 24 % la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics;
- D'augmenter de 50 % à 55 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour;
- D'augmenter de 35 % à 39 % la proportion des personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activités physiques.

En concordance avec le PNSP, il est également ciblé d'augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans et de réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire.

2. Principes directeurs et stratégies

Dans le cadre du développement du programme intégré, les grands principes suivants devraient guider l'ensemble des réalisations :

- Programme de promotion⁶¹ et de prévention⁶² ciblant les 3 habitudes de vie choisies.
- Combinaison constante de deux stratégies, minimalement :
 - les stratégies éducationnelles;
 - les stratégies environnementales.
- Processus décisionnels avec les partenaires.
- Utilisation de toutes les méthodes combinées : éducation pour la santé, communication, marketing social, développement communautaire, action politique en santé, changement organisationnel, etc.
- Arrimage aux programmes déjà existants en Estrie.
- Message unifié dans le contenu et dans sa diffusion qui s'adresse à chaque population visée; le message devrait tenir compte et s'ajuster en fonction des campagnes provinciales soutenues par le MSSS et ses partenaires.

Il est important de constater que le PIPMC de type « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION » s'inscrit dans la première partie du continuum d'intervention prévention/réadaptation des maladies chroniques et agit principalement au niveau de la promotion et de la prévention. Il ne prétend aucunement offrir les services nécessaires à une population symptomatique en besoin de soins et de suivis systématiques.

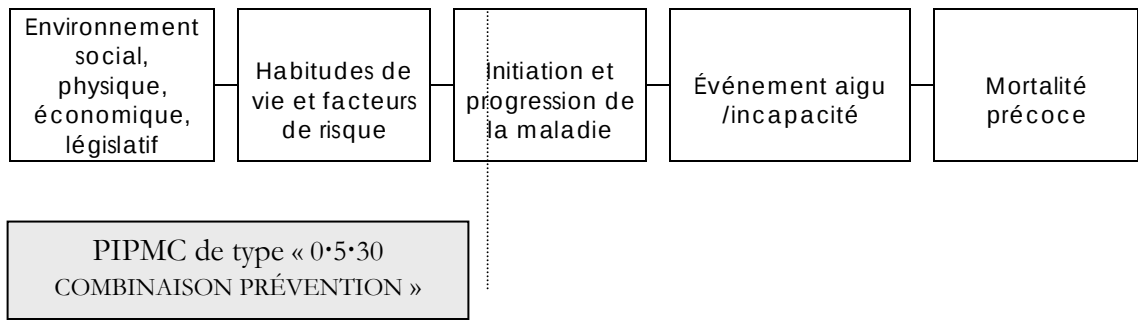
⁵⁹ Table de concertation nationale en promotion prévention (2004), *Vers une stratégie québécoise de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention des maladies chroniques : Cadre de référence (volet adulte)*, Document de travail, 54 p.

⁶⁰ SAUVAGEAU Lyne, Céline LEPAGE, Chantal SAUVAGEAU. *Pour un programme intégré de prévention des maladies chroniques 2003-2012*, Québec, Direction de la santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2002, 73 p.

⁶¹ La **promotion de la santé** consiste à amener les personnes à opter pour des habitudes de vie saines et à les motiver à devenir de meilleurs autogestionnaires de leur santé. Pour ce faire, les stratégies de promotion de la santé s'appuient entre autres sur la sensibilisation des personnes et des clients, le counseling et des outils de soutien.

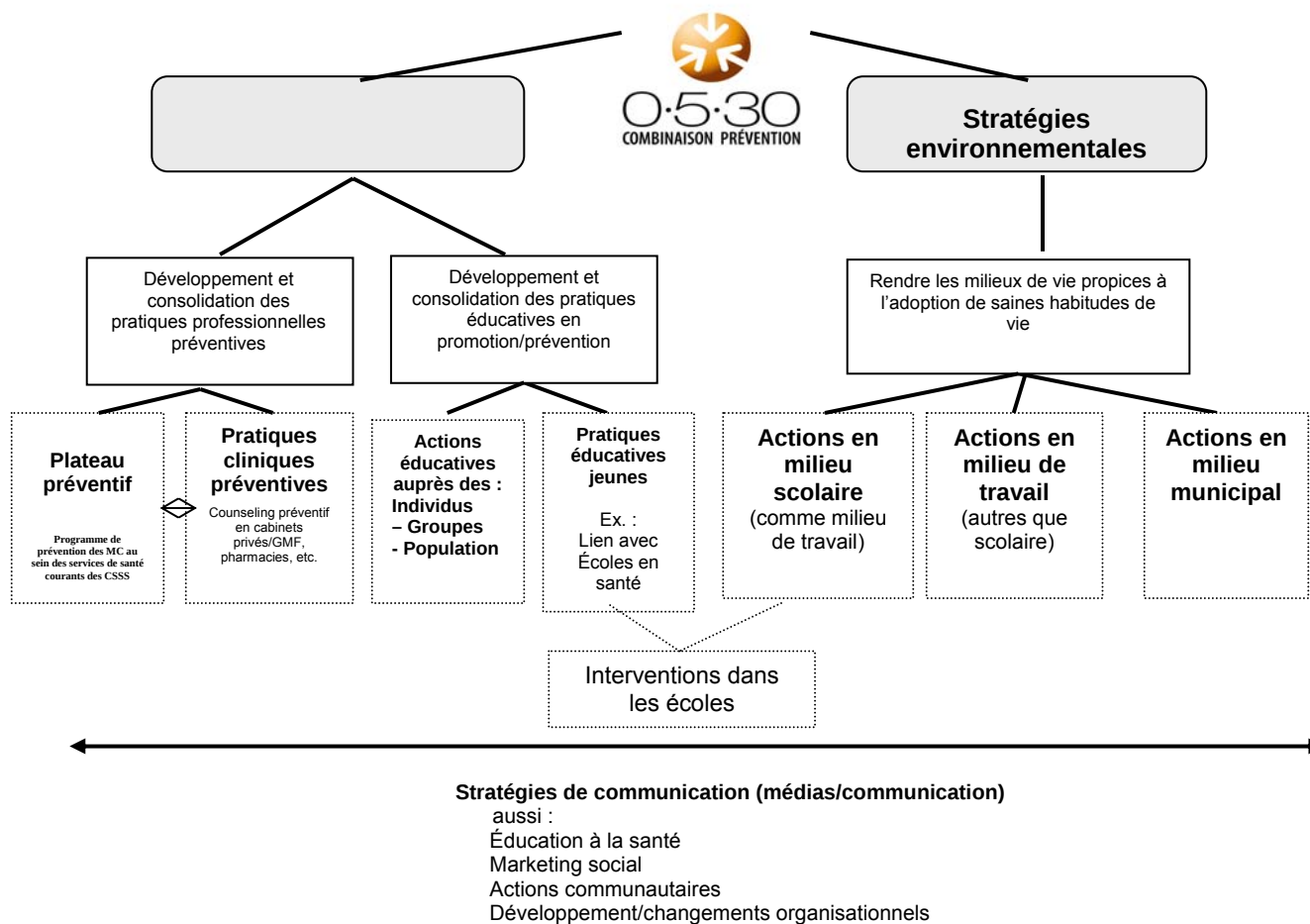
⁶² La **prévention des maladies** est axée sur les stratégies de prévention qui visent à réduire le risque de maladie, cerner les facteurs de risque ou à déceler les maladies à un stade précoce, alors qu'elles sont le plus facilement traitables.

Figure 1 : Le PIPMC « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION » et le continuum des maladies chroniques



Voici, à titre illustratif, les principaux éléments qui pourraient se retrouver à l’intérieur du programme en Estrie. Le modèle peut être appelé à être modifié en fonction d’un cadre de référence plus exhaustif et élaborer avec les partenaires.

Figure 2 : Modèle proposé du Programme intégré de prévention des maladies chroniques de type « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION »en Estrie



3. Description du programme⁶³

Le CSSS se situe au cœur du programme. Au niveau local, il pourrait agir à titre de chef d’orchestre des actions qui seraient à déployer dans les divers milieux ciblés et son rôle en serait un notamment d’**agent de changement** pour l’implantation des interventions à privilégier par les milieux visés ciblés : milieu scolaire, milieu de travail, municipalité, milieu communautaire, milieu clinique. Il s’agit de mobiliser, d’accompagner et de soutenir ces milieux dans la mise en place d’actions de promotion de saines habitudes de vie et de changements environnementaux durables.

⁶³ Cette description est fortement inspirée du modèle implanté dans la région des Laurentides et dont une description détaillée est présenté dans le document suivant : ASSS des Laurentides, Programme intégré de prévention des maladies chroniques « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION », Guide d’implantation 2005-2012, Direction de santé publique, septembre 2005, 27p.

Figure 3 : Schématisation du Programme intégré de prévention des maladies chroniques



Dans le respect du modèle théorique retenu dans la section 5, le PIPMC de type « 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION » allie les stratégies éducationnelles et les stratégies environnementales. À ces deux stratégies s'en ajoute une autre de communication rehaussant ainsi l'importance de cet élément comme composante du programme.

STRATÉGIES ÉDUCATIONNELLES :

Les actions éducatives visent à ce que chaque citoyen acquiert, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant de préserver sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de sa collectivité par :

- l'acquisition de connaissances, de croyances, d'aptitudes et d'habiletés favorisant la prise en charge de sa santé;
- l'implication dans les choix relatifs à sa propre santé et à celle de la collectivité.

Les actions éducatives proposées sont constituées principalement :

- *Des pratiques cliniques préventives.* Elles réfèrent aux actions menées par un professionnel de la santé auprès d'un individu dans un but de promotion ou de prévention.
- *Des pratiques éducatives réalisées par divers professionnels* exerçant un impact sur les connaissances, croyances, habiletés et attitudes des personnes telles les pratiques éducatives en milieu scolaire.
- *Des actions éducatives réalisées auprès des individus, de groupes ciblés ou encore de la population* par des moyens variés (actions éducatives de proximité tel un atelier Boîte à lunch; campagnes d'information, etc.).

Soulignons qu'une attention particulière doit être portée aux jeunes en joignant les efforts du programme aux initiatives existantes et à venir en regard de cette population spécifique. L'action de type « 0-5-30 » devrait s'intégrer à l'offre de service préventifs en milieu scolaire et le volet sur les habitudes de vie de l'approche « École en santé » devraient s'inspirer du même principe. La combinaison d'interventions s'adressant aux jeunes dans une stratégie « École en santé » et d'activités s'adressant aux professionnels et au personnel des mêmes écoles, dans une stratégie d'intervention en milieu de travail, ne pourrait qu'exercer une synergie bénéfique dans le milieu.

En regard des pratiques cliniques préventives, les CSSS seraient invités à améliorer la prestation des pratiques cliniques préventives auprès des services de première ligne (au sein de leur établissement mais aussi du réseau local) en intervenant soit directement auprès des professionnels tels les médecins, les infirmières et les pharmaciens ou indirectement, en soutenant des initiatives régionales dans le domaine.

STRATÉGIES ENVIRONNEMENTALES

Il est visé de créer des environnements favorables en lien avec l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie notamment en milieu de travail et en milieu municipal. Pour y arriver, il est nécessaire de travailler sur diverses facettes de l'environnement. Les quatre types d'environnement sur lesquels peuvent porter nos interventions sont :

- **Environnement physique** (infrastructures et installations sécuritaires et attrayantes, correspondant aux besoins de la population, etc.);
- **Environnement social et politique** (réglementation, politiques, lois et normes, etc.);
- **Environnement économique** (disponibilité et accessibilité aux produits et services facilitant le choix-santé, etc.);
- **Environnement socioculturel et médiatique** (norme sociale, éducation de masse, etc.).

La démarche participative en sept étapes (voir annexe 4- B) serait à privilégier pour accompagner les milieux de vie désirant participer au PIPMC de type « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION ». Les CSSS auraient à leur disposition un guide de transformation pour le milieu de travail et le milieu municipal contenant des outils pratiques lui permettant d'accompagner les milieux de vie participants à travers les sept étapes de la démarche.

Le milieu de travail a été retenu au sein de ce programme car il représente un milieu « captif » pour l'adulte. Environ 75 % des adultes de 25 à 44 ans sont en milieu de travail et ils y passent plus de 60 % de leurs heures de veille⁶⁴. De plus, de nombreux canaux de communication ainsi que des réseaux de soutien sont développés, connus et reconnus par les employés. Le milieu scolaire et le milieu du réseau de la santé, dont les CSSS, sont privilégiés dans de nombreux projets en cours au Québec.

STRATÉGIE DE COMMUNICATION

Afin d'assurer la réussite du programme, il serait essentiel de :

- Faire connaître le PIPMC de type « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION » auprès des milieux cliniques et des milieux de vie;
- Soutenir les milieux cliniques et les milieux de vie engagés dans le programme;
- Sensibiliser les adultes à l'importance et aux bénéfices associés à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie;
- Communiquer à la population adulte les moyens ainsi que les ressources disponibles pour les soutenir dans l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie.

Les stratégies à développer ne devraient aucunement se contenter d'utiliser les communications comme un outil de diffusion. Le plan de communication viserait un changement de comportement en améliorant les connaissances, les croyances, les attitudes et les habiletés du public ciblé. Pour y arriver, il offrirait des actions concrètes à réaliser pour transmettre un message simple, efficace et cohérent.

Le plan de communication régional devrait tout d'abord intégrer et supporter les campagnes promotionnelles provinciales déjà existantes (annexe 4-C) et mettre l'emphasis sur les mois thématiques propres aux habitudes de vie. Par ailleurs, il serait important de déployer à la mesure des ressources disponibles des activités de communication tout d'abord auprès du milieu clinique et des milieux de vie participant au programme. Dans une seconde phase, ces mêmes campagnes pourraient rejoindre les adultes dans la communauté par les canaux de communication locaux (hebdomadaires, radios, télévisions communautaires, etc.).

4. Conditions de succès de la mise en œuvre du PIPMC de type « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION »

Le rapport provincial sur le CHANTIER « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION » rendu disponible en juillet 2005 énonce clairement certaines conditions de réussite de mise en œuvre. Celles-ci sont facilement applicables aux niveaux régional et local.

Les conditions à obtenir relèvent des thèmes suivants :

- Des orientations et des buts communs :
La nécessité d'une **vision commune élargie** en promotion des saines habitudes de vie et l'importance d'adopter **un seul et même message**.
- L'implication réelle des partenaires :
La nécessité d'une **mobilisation des partenaires intersectoriels** aux divers niveaux de pouvoir (régional et local) afin d'éviter les actions compartimentées et la duplication.
- Un parti pris pour les actions concrètes :
L'importance de développer des mesures concrètes et de parvenir à des résultats visibles dans la population.
- Une structure de fonctionnement et de soutien souple et efficace :
La capacité d'adaptation selon les réalités régionales/locales. De plus, un **soutien** et une **coordination** sont plus que nécessaires afin d'assurer un partage des outils et des idées et pour les fins d'évaluation.
- Un climat d'ouverture et de confiance :
L'attitude respectueuse, positive et confiante des partenaires en place, tant aux niveaux régional que local, est un gage de réussite d'une approche intégrée en promotion des saines habitudes de vie.
- Par ailleurs, sur le plan opérationnel, les conditions de réussite suivantes sont nécessaires :
 - des ressources humaines adéquates (ex. : équipe multidisciplinaire composée de kinésithérapeutes, nutritionnistes, responsables de la lutte contre le tabagisme, médecins spécialistes en santé communautaire, etc.);
 - des ressources financières adéquates et récurrentes;
 - la présence de mécanismes de soutien, de coordination et de concertation sur les plans régionaux et locaux :
 - l'utilisation des leaders naturels des milieux comme agents multiplicateurs;

⁶⁴ Pulsation+. Rapport d'évaluation de la phase expérimentale, Québec, Kino-Québec, 1996, p.7.

- l’aval des décideurs des milieux de vie;
- l’évaluation qui assure une rétroaction continue sur les actions.

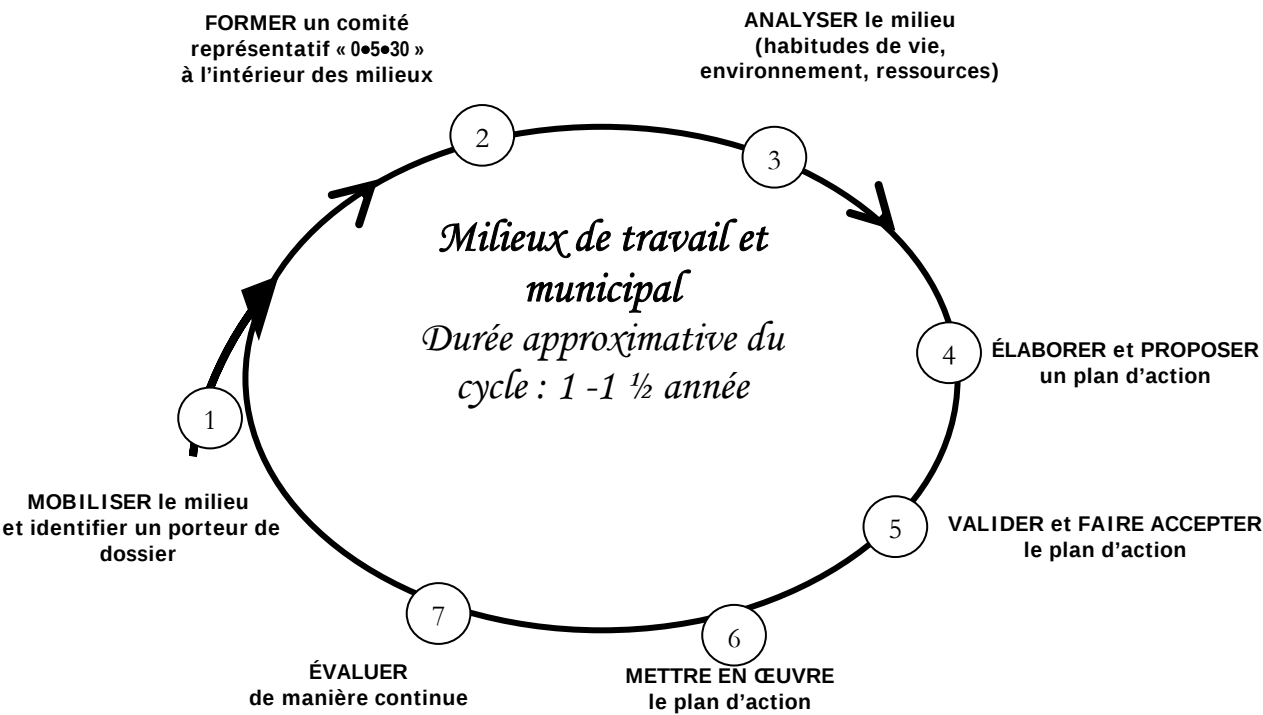
Il est important d’avoir : - Un engagement ferme et soutenu de la direction de santé publique mais aussi des directions des CSSS; - Une compréhension commune des rôles et de la contribution de chacun (DSP, CSSS, milieux de vie); - La mise en place d’équipes à la direction de santé publique et dans chacun des CSSS responsables d’élaborer, d’implanter et d’évaluer, à leur niveau, le PIPMC de type « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION »; - La désignation d’intervenants (agents de changement) mandatés spécifiquement pour l’implantation des trois stratégies du programme; - L’adhésion et l’implication des partenaires intersectoriels au programme pour la réalisation d’actions concrètes; - L’allocation et la réallocation des ressources adéquates; - L’élaboration et l’utilisation de lignes directrices, de mesures et d’outils diversifiés en soutien aux pratiques exigées; - La réalisation d’un programme de formation et de ressourcement adéquat; - La mise en place d’un système d’information et d’un plan de communication permettant d’assurer les échanges ainsi que de fournir les données nécessaires tant aux pratiques cliniques et professionnelles qu’à une saine gestion; - L’élaboration et la réalisation d’un suivi et d’une évaluation de l’implantation du programme proposé et des résultats obtenus.
--

5. Pour conclure

La Direction de santé publique et de l’évaluation de l’Estrie et les directions des CSSS de l’Estrie, de concert avec l’ensemble des partenaires, doivent travailler à l’intégration harmonieuse des interventions dans une même vision et établissant les mêmes priorités en matière de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques.

Le PIPMC de type « 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION » est en mesure d’offrir cette intégration de trois habitudes de vie quotidiennes à un même message de type « 0·5·30 », repris par tous les intervenants de tous les secteurs et par la combinaison de stratégies éducationnelles et environnementales de promotion de saines habitudes de vie.

Démarche participative en sept étapes
(Milieu de travail et municipal)



Exemple de calendrier des événements par habitudes de vie 2006



15 au 21 janvier 2006 : Semaine québécoise pour un avenir sans fumée

<http://www.cqts.qc.ca>

1^{er} mars au 11 avril 2006 : Défi j'arrête, j'y gagne!

<http://www.defitabac.ca>

31 mai 2006 : Journée mondiale sans tabac

Mai 2006 : Entrée en vigueur de plusieurs articles de la Loi sur le tabac



Mars 2006 : Mois de la nutrition

<http://www.msss.gouv.qc.ca> ou www.vasy.gouv.qc.ca

1^{er} mars au 11 avril 2006 : Défi santé 5/30

www.defisante530.ca

15 mars 2006 : Journée des diététistes/nutritionnistes du Québec

11 au 25 mars 2006 : Fruits et légumes en vedette (restaurants)



15 janvier au 20 février 2006 : Campagne « Plaisirs d'hiver »

<http://www.kino-quebec.qc.ca>

1^{er} mars au 11 avril 2006 : Défi Santé 5/30

www.defisante530.ca

Mai 2006 : Mois de l'éducation physique et du sport étudiant

<http://www.kino-quebec.qc.ca>

4 au 10 juin 2006 : Semaine des municipalités / 3 et 4 juin 2006 : Journées actives

Octobre 2006 : Mois de la marche

1^{er} au 31 octobre 2006 : Campagne « Mon style de marche »



Toute l'année :

Campagne de promotion de saines habitudes de vie : « Vas-y, fais le pour toi »

www.vasy.gouv.qc.ca

0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION

www.0-5-30.com (site de la région Capitale nationale)

LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES

SERVICES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES OFFERTS AU NIVEAU LOCAL

- Services de prévention et de promotion des saines habitudes de vie
- Pratiques cliniques préventives – cessation tabagique, vaccination, détection précoce
- Services d'autogestion et d'enseignement de base
- Services médicaux généraux, infirmiers et pharmaceutiques
- Suivi médical et pharmacologique
- Services et consultations réguliers ou ponctuels auprès de professionnels de la santé : nutritionnistes, physiothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, etc.
- Programme de réadaptation et Exercices adaptés aux maladies chroniques
- Services et soins à domicile – soutien aux proches
- Soins de fin de vie
- Suivi systématique ou gestion de cas selon les besoins

SERVICES SPÉCIALISÉS OFFERTS AU NIVEAU RÉGIONAL

- Services de prévention et de promotion des saines habitudes de vie
- Services d'enseignement spécialisés
- Consultation auprès de médecin spécialiste pour le diagnostic, le traitement ou une chirurgie
- Services et consultation auprès de cliniques interdisciplinaires spécialisées pour des maladies chroniques spécifiques
- Programmes de réadaptation spécialisés
- Enseignement et formation des intervenants des CSSS

Source : MSSS, *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques*, document de travail, 17 mai 2007, p. 18.