

DOCUMENT D'ORIENTATION
POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION
DES MALADIES CHRONIQUES DANS
LA RÉGION DE LANAUDIÈRE

FÉVRIER 2011

**DOCUMENT PRODUIT PAR L'AGENCE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE**

GROUPE DE TRAVAIL

M ^{me} Ginette Ayotte	Agente de planification, programmation et recherche - DRAMU
M ^{me} Lucie Bastrash	Adjointe à la directrice – DSS
D ^r Jean-Claude Berlinguet	Directeur – DRAMU
M ^{me} Jocelyne Cherry	Adjointe au directeur – DRAMU
M ^{me} Michelle Lafortune	Adjointe à la directrice – DSS
M ^{me} Ginette Lampron	Coordonnatrice service prévention-promotion – DSPE
D ^r Laurent Marcoux	Médecin conseil - DSPE

RÉDACTION

M ^{me} Marguerite Paiement	Chargée de projet maladies-chroniques – DRAMU
-------------------------------------	---

MISE EN PAGE

M ^{me} Manon Hervieux	Adjointe administrative - DRAMU
--------------------------------	---------------------------------

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
1. ÉTAT DE SITUATION DANS LA RÉGION DE LANAUDIÈRE	5
1.1 Les maladies chroniques et les habitudes de vie	5
1.2 Brève présentation de l'organisation des services dans la région.....	9
1.3 Un aperçu des actions en cours concernant les maladies chroniques	10
1.3.1 Programmes et activités pour les personnes à haut risque, les cas complexes	10
1.3.2 Programmes et activités de prévention.....	10
1.3.2.1 Sur le tabagisme.....	10
1.3.2.2 Sur l'activité physique.....	11
1.3.2.3 Sur l'alimentation	11
1.4 Analyse sommaire des actions en cours.....	11
2. DES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE POUR ORIENTER NOS FUTURES ACTIONS	14
3. UN MODÈLE INTÉGRATEUR POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES	16
4. DES RÉSULTATS À ATTEINDRE	17
5. DES PRINCIPES DIRECTEURS À PRIVILÉGIER POUR LA PLANIFICATION DE NOS ACTIONS	18
6. ORIENTATIONS POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES DANS LA RÉGION DE LANAUDIÈRE	18
ANNEXE 1 PARTENARIAT LANAUDOIS POUR LA GESTION ET LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES	24
ANNEXE 2 DESCRIPTION SOMMAIRE DES ACTIONS SUR LE TERRITOIRE DE LANAUDIÈRE.....	26
ANNEXE 3 EXEMPLES DE PRINCIPAUX SERVICES REQUIS AU NIVEAU LOCAL POUR CHAQUE MALADIE CHRONIQUES.....	27
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29

INTRODUCTION

Depuis quelques décennies, les maladies chroniques ont remplacé les maladies infectieuses comme cause majeure de décès dans la population. Selon le cadre de référence du MSSS¹ sur les maladies chroniques :

« Les principales maladies que l'on classe sous le vocable « chronique » sont les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives, l'asthme, les maladies du système ostéoarticulaire et des muscles auxquels s'ajoutent les maladies dégénératives du système nerveux (INSPQ et coll. : 2006). Il faut souligner que l'obésité est un facteur de risque important qui peut aussi être considéré comme une maladie chronique. »

Toujours selon le cadre de référence du MSSS, les maladies chroniques comprennent plusieurs facettes et caractéristiques. De fait, les maladies chroniques :

- Se développent progressivement même si elles peuvent comprendre des épisodes soudains et aigus.
- Sont généralement évitables ou leur survenue peut être retardée.
- Ont des causes multiples et complexes.
- Peuvent apparaître tout au long de la vie même si généralement leur prévalence augmente avec l'âge.
- Sont susceptibles de compromettre la qualité de la vie (incapacités et pertes d'autonomie).
- Ne menacent généralement pas immédiatement la vie, mais elles sont néanmoins la première cause de mortalité prématurée.²
- Résultent surtout de l'adoption de certaines habitudes de vie ou de processus biologiques liés à la génétique ou au vieillissement.

Les habitudes de vie, elles-mêmes influencées par l'environnement et les conditions de vie, en sont les principales causes.

L'importance des maladies chroniques au sein de la population mais aussi l'impact de celles-ci sur la qualité de vie des personnes atteintes et leur entourage, de même que l'ampleur des coûts associés à ces maladies pour l'ensemble de la société, en font une priorité d'action. Puisque la prévalence des maladies chroniques augmente avec l'âge et qu'on prévoit un vieillissement de la population particulièrement important dans la région, on est en droit de s'attendre à une hausse significative des besoins en lien avec les maladies chroniques.

Une démarche de mobilisation régionale sur les maladies chroniques avait déjà été amorcée en 2007 par l'Agence. Des préoccupations, reliées à la performance en CSSS et le besoin identifié d'accompagner les médecins de première ligne devant le défi grandissant de la prise en charge de la population, ont mené à prioriser la gestion active de la population atteinte de maladies chroniques. Trois ans plus tard, il apparaît important de refaire le point sur la situation en utilisant notamment le cadre de référence³ proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être qui proposent une approche globale de prévention et de gestion des maladies chroniques. Le processus permettrait non seulement de guider nos prochaines actions mais également de s'assurer d'une meilleure coordination des actions actuelles.

¹ MSSS, Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, Mai 2007, p.3.

² Fortin, Dominique. Les maladies chroniques au Québec : situation actuelle et évolution anticipée, Présentation faite dans le cadre des Journées annuelles de santé publique 2007, le 22 novembre 2007, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de surveillance de l'état de santé, 2007, p. 5.

³ MSSS, op.cit., 44 p.

1. ÉTAT DE SITUATION DANS LA RÉGION DE LANAUDIÈRE

1.1 LES MALADIES CHRONIQUES ET LES HABITUDES DE VIE

L'ampleur du problème

Selon un rapport de la Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière ⁴ :

“...près de 40% des Lanaudoises et des Lanaudois de 12 ans et plus affirment avoir au moins un problème de santé chronique. Quelque 9% déclarent être affectés par deux problèmes de santé chroniques et environ 7% disent en subir trois ou plus”.

La prévalence de la plupart des maladies chroniques atteint un sommet parmi les personnes âgées de 65 ans et plus. Nous savons donc d'emblée que l'ampleur du problème augmentera dans la région dans les prochaines années puisque que l'on prévoit un vieillissement de la population et une augmentation probable de l'obésité, de l'excès de poids et de la sédentarité. À titre d'exemple, en 2006-2007, il y avait 25 000 personnes atteintes de diabète (type 1 ou 2). En 2016-2017, on estime qu'il y aura entre 36 000 et 62 500 personnes qui pourraient être atteintes du diabète dans la région (augmentation de 9% par année).⁵

L'ampleur du problème est importante et augmentera avec :

- **Le vieillissement de la population (77% d'augmentation chez les 65 – 74 ans dans les 10 prochaines années).**
- **L'augmentation de l'obésité, de l'excès de poids et de la sédentarité.**

Selon un récent rapport du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), la région de Lanaudière se démarque du reste du Québec par ses taux élevés de cancers et de mortalité par grippe et pneumopathie.⁶ Ainsi, en 2003-2005, les femmes et les hommes de Lanaudière sont affectés par une mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon nettement supérieure à celle du Québec.⁷ Les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables, chaque année, d'environ 3 300 hospitalisations en soins physiques de courte durée dans la région. Les maladies pulmonaires obstructives chroniques sont à l'origine d'un peu plus du tiers des hospitalisations pour l'appareil respiratoire. Il en est de même pour la pneumonie et la grippe.⁸ Les maladies de l'appareil circulatoire sont, quant à elles, responsables d'environ 5 500 hospitalisations par année en soins physiques de courte durée.⁹

Pour ce qui est des autres problèmes de santé chroniques, une personne sur quatre chez les 12 ans et plus déclare souffrir d'allergies autres qu'alimentaires. Les autres problèmes de santé chroniques les plus fréquents sont les maux de dos, l'hypertension, les problèmes d'arthrite ou de rhumatismes, les migraines, l'asthme et les problèmes de thyroïde.¹⁰

⁴ Simoneau, Marie-Eve et Christine Garand (coll.). Le diabète. Les maladies chroniques. Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, mars 2010. p. 2.

⁵ Ibid., p. 4.

⁶ Le Commissaire à la santé et au bien-être, Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 - L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitoring, 2010, p. 186.

⁷ Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière 2009-2012 : deuxième partie – le portrait de santé de la population lanaudoise, août 2009, p.34.

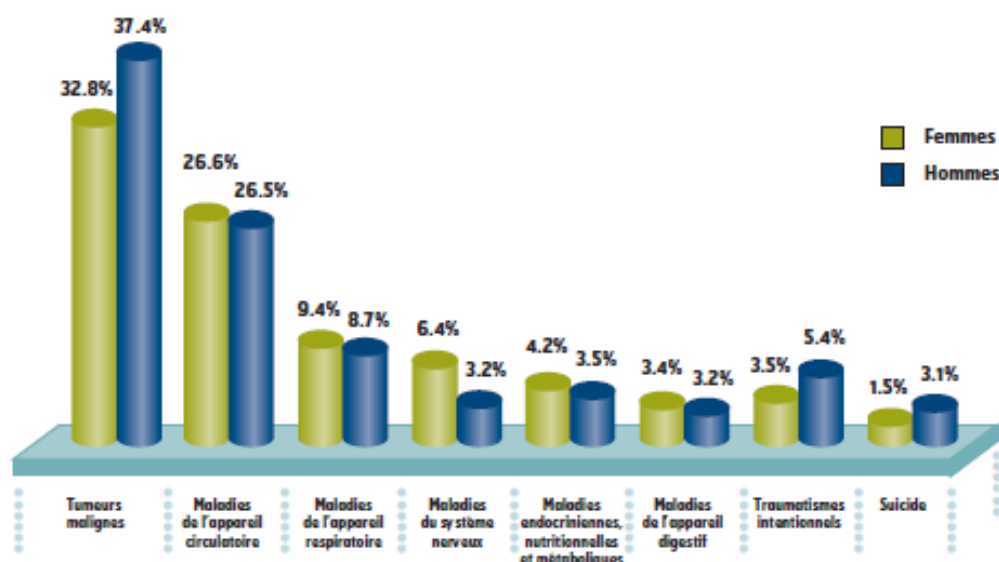
⁸ Ibid., p.35.

⁹ Ibid., p.34.

¹⁰ Ibid., p.36.

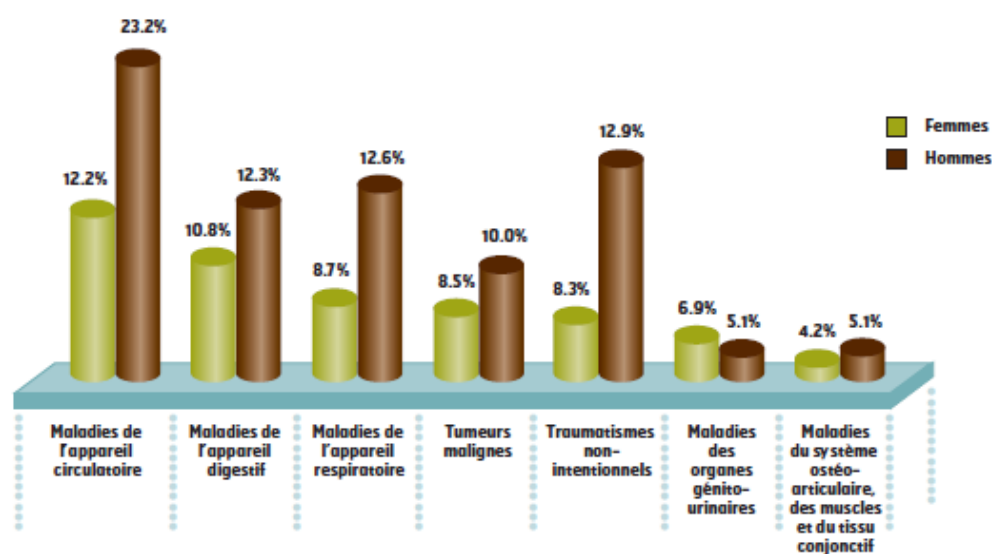
Le tableau qui suit présente la répartition des décès selon le sexe et la cause initiale dans la région pour 2003-2005.¹¹

Répartition des décès selon le sexe et la cause initiale, Lanaudière, 2003-2005



Le tableau suivant présente la répartition des hospitalisations en soins physiques de courte durée selon le sexe et le diagnostic principal dans Lanaudière pour la période de 2001-2006.¹²

Répartition des hospitalisations en soins physiques de courte durée selon le sexe et le diagnostic principal, Lanaudière, 2001-2006 (%)



¹¹ Ibid., p.33.

¹² Ibid., p. 35.

Selon le rapport du CSBE, la région de Lanaudière se situe très défavorablement en occupant le dernier rang au Québec pour les habitudes de vie et les facteurs de risque. Pour le surplus de poids, Lanaudière se classe au dernier rang avec le plus grand nombre de personnes en surplus de poids et l'écart ne cesse de s'accroître avec l'ensemble du Québec. Il n'y a que dans la catégorie évaluant l'activité physique que Lanaudière a un résultat supérieur à la proportion québécoise.

Selon le rapport du CSBE, Lanaudière :

✚ A le plus grand nombre de personnes en surplus de poids.

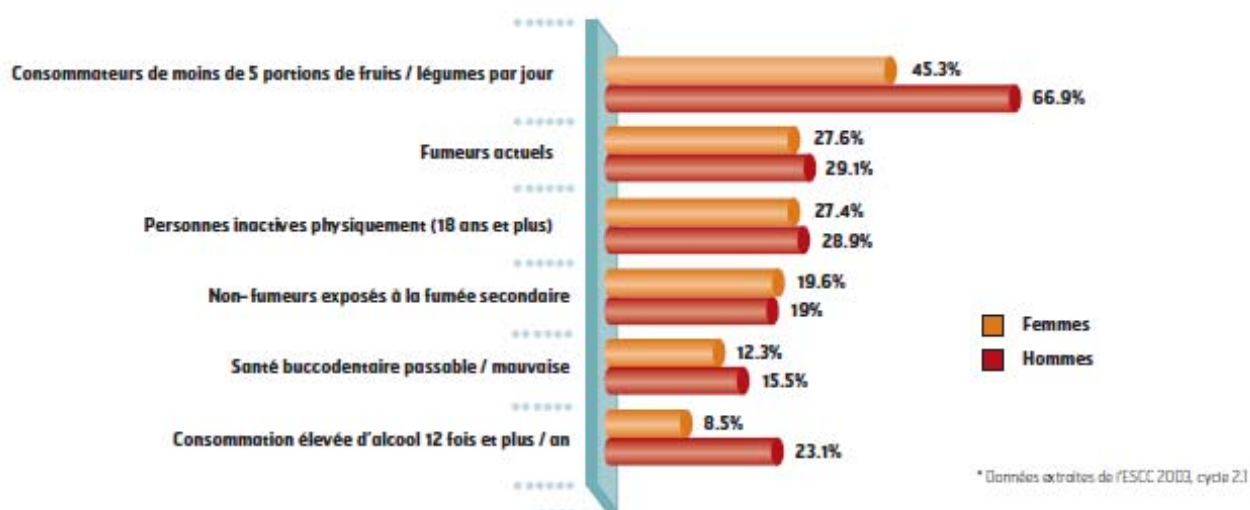
✚ Se démarque du reste du Québec par ses taux élevés de cancer.

✚ Occupe le dernier rang au Québec pour les habitudes de vie et les facteurs de risque (sauf pour l'activité physique).

Selon les données utilisées pour élaborer le plan d'action régional de santé publique 2009-2012¹³ :

- Les Lanaudois sont encore trop nombreux à ne pas avoir adopté de saines habitudes de vie et des comportements plus favorables à leur santé, et ce, même si des gains appréciables ont été notés. Le tabagisme, une mauvaise alimentation et la sédentarité sont pourtant parmi les principaux facteurs de risque des maladies chroniques les plus mortelles (maladies de l'appareil circulatoire et tumeurs).
- En 2005, dans la région, près de trois personnes de 12 ans et plus sur dix fument du tabac. Environ le quart des jeunes âgés de 12 à 19 ans et le tiers des Lanaudois âgés de 20 à 24 ans consomment du tabac.
- Depuis plusieurs années, la proportion de personnes qui affichent un surplus de poids est en hausse dans Lanaudière. En 2005, 15% des Lanaudoises et 18% des Lanaudois âgés de 18 ans et plus souffrent d'obésité, alors que 27% des femmes et 42% des hommes affichent de l'embonpoint.
- Un peu plus du quart de la population lanaudoise âgée de 18 ans et plus est jugée peu active ou sédentaire en 2005. Le tiers des jeunes âgés de 12 à 17 ans est considéré moins actif physiquement.

Population âgée de 12 ans et plus selon certaines habitudes de vie et le sexe, Lanaudière 2005 (%)



Source : Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012

¹³ Section extraite et modifiée de : Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière 2009-2012 : deuxième partie – le portrait de santé de la population lanaudoise, août 2009.

Les conséquences des maladies chroniques

Les maladies chroniques ont d'importantes répercussions, tant pour l'individu affecté que pour son entourage et la société (perte d'autonomie, diminution de la qualité de vie, absence ou inaptitude au travail, demande de soutien des proches, etc.). D'un point de vue économique, on estime, qu'au Canada, environ les deux tiers des dépenses de soins de santé sont reliés aux maladies chroniques (soins, hospitalisations, etc.).¹⁴

Au Canada, environ les deux tiers des dépenses de soins de santé sont reliés aux maladies chroniques.

À titre d'exemple, un rapport de Santé Canada juge « que les coûts à vie des soins prodigués aux personnes atteintes de cancer sont d'environ 25 000\$ à 30 000\$ par patient, pour les cancers du poumon, du sein et du côlon ». ¹⁵ Des calculs faits pour l'année 2008 estiment que la morbidité et la mortalité par cancer ont engendré des coûts annuels de 3,5 milliards de dollars au Québec, dont 454,3 millions de dollars sont associés aux coûts financiers pour le système de santé. ¹⁶ Toujours selon la même étude, la balance des coûts est associée à la perte de productivité équivalente à une baisse du taux d'emploi et aux dépenses générées pour la famille et les aidants naturels. Le montant de 3,5 milliards de dollars calculé pour l'ensemble du Québec en 2008 pourrait représenter des coûts économiques d'environ 202 millions de dollars pour Lanaudière. ¹⁷

Un potentiel d'action

Les maladies chroniques ne guérissent pas spontanément. Toutefois, tel que mentionné précédemment, elles sont, pour la plupart, évitables ou peuvent être retardées lorsque certains facteurs de risque sont modifiés.

« Selon les auteurs du Programme québécois de lutte contre le cancer, 30% des décès par cancer résultent du tabagisme et une proportion équivalente est associée à une mauvaise alimentation et à l'obésité. La sédentarité et la consommation d'alcool seraient respectivement responsables de 5% et de 3% des décès par cancer survenus au Québec.

Une étude menée aux États-Unis de 1987 à 1998 a démontré que les personnes âgées qui consommaient au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour, qui faisaient trente minutes d'exercice par jour au moins cinq fois par semaine, qui maintenaient leur indice de masse corporelle (IMC) sous la valeur de 30,0 et qui ne fumaient pas réduisaient de 35% le risque d'avoir une maladie cardiaque. » ¹⁸

Plus spécifiquement, trois facteurs sont communs au développement d'un grand nombre de maladies chroniques : le tabagisme, une mauvaise alimentation et un mode de vie sédentaire. ¹⁹ L'adoption de facteurs de risque est également fortement influencée par l'environnement social et d'autres déterminants tels que le niveau de revenus, l'éducation et la culture. De surcroît, certains problèmes de santé chroniques sont causés ou aggravés par l'environnement dans lequel vit ou travaille l'individu (ex. : problèmes respiratoires, certains cancers).

¹⁴ MSSS, Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, Mai 2007, p.11.

¹⁵ Santé Canada. Rapport d'étape sur la lutte contre le cancer au Canada, Ottawa, Santé Canada, n° H/(-4/50-2004F – PDF au catalogue, 2004, p. 71.

¹⁶ Boucher, Pierre, et Henri Beauregard. Le coût économique du cancer au Québec, en 2008, Montréal, Coalition Priorité Cancer au Québec, 2010, 43 p.

¹⁷ Guillemette André, et Christine Garand (coll.). Le cancer. Les maladies chroniques. Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, avril 2010. p. 27.

¹⁸ Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière 2009-2012 : deuxième partie – le portrait de santé de la population lanaudoise, août 2009.

¹⁹ Le Commissaire à la santé et au bien-être, Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2010 : État de situation sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et des services sociaux, Québec, p. 26.

1.2 Brève présentation de l'organisation des services dans la région²⁰

La région de Lanaudière s'étend sur un vaste territoire qui dépasse les 12 400 km (près de 11 895 km pour la région du Nord et environ 519 km pour le Sud). Lanaudière se caractérise par une diversité tant au plan géographique, démographique, économique, social que sanitaire. Alors que le Sud apparaît plutôt urbain ou semi-urbain et regroupe plus de la moitié de la population, le Nord se révèle plus rural.

La région se subdivise en six territoires administratifs. Du côté du réseau de la santé et des services sociaux, le modèle d'organisation repose sur deux réseaux locaux de services (RLS) dont les territoires respectifs correspondent au regroupement de MRC.

	RLS du Nord	RLS du Sud
Territoires administratifs	• MRC de Joliette • MRC de D'Auray • MRC de Matawinie • MRC de Montcalm	• MRC Les Moulins • MRC de L'Assomption
CSSS	CSSS du Nord de Lanaudière incluant les 3 missions : ➤ Hôpital (Centre Hospitalier régional de Lanaudière) ➤ CLSC (4) ➤ Centres d'hébergement (10)	CSSS du Sud de Lanaudière incluant les 3 missions : ➤ Hôpital (Hôpital Pierre-Le Gardeur) ➤ CLSC (2) ➤ Centres d'hébergement (4)
GMF	• 5 GMF	• 7 GMF
Cliniques-réseau	• 1 à Joliette	• 1 à Terrebonne secteur Lachenaie
Cliniques médicales	22	18
Organismes communautaires ayant spécifiquement un mandat en santé physique	5	2

Sur chacun des territoires, on retrouve également des pharmacies, des ressources non institutionnelles, plusieurs organismes communautaires et d'autres secteurs (municipal, scolaire, etc.) qui sont des partenaires potentiels dans la mise en place d'un continuum d'activités visant la prévention et la gestion des maladies chroniques. L'annexe 1 schématise les composantes à considérer dans le réseau lanaudois pour la gestion et la prévention des maladies chroniques.

²⁰ Section extraite et modifiée du site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière : description de la région

1.3 Un aperçu des actions en cours concernant les maladies chroniques

1.3.1 Programmes et activités pour les personnes à haut risque et les cas complexes

Tel que mentionné préalablement, la démarche amorcée par l'Agence en 2007 avait amené une priorisation de la gestion active de la population atteinte de maladies chroniques. Cette priorisation s'est traduite par l'injection de budgets de développement pour 2008-2009. Les budgets (300 000\$ par territoire de CSSS) ont permis d'initier certaines mesures dont le développement de gestionnaires de cas pour les grands utilisateurs à l'urgence dans les CSSS et les équipes multidisciplinaire dans 1 GMF par territoire (GMF de L'Assomption au Sud et GMF Rousseau-Montcalm au Nord). Une partie du budget alloué au GMF Rousseau-Montcalm servira à embaucher une infirmière pour aider à la mise en place de pratiques cliniques préventives telles que l'examen annuel pour les femmes de 50 ans et plus (volet prévention).

Dans la région du Sud, le MSSS a autorisé l'implantation d'un projet vitrine qui sera mené par le CSSSSL avec le soutien du Groupe conseil santé Concerto. Ce projet s'adresse au premier chef aux grands utilisateurs (cas complexes) et aux malades chroniques à haut risque de complications. Éventuellement, la clientèle à faible risque de complications devrait être incluse. L'offre de services associée au projet repose sur la participation active des médecins de famille de trois GMF soutenus par une équipe interdisciplinaire. Le projet vitrine prévoit le déploiement de suivis systématiques et de plans d'interventions interdisciplinaires et individualisés. Un système informatisé conçu pour une pratique en première ligne est en appui.

Des services spécialisés sont également présents dans la région. Ces services incluent des services d'enseignement spécialisés et de la consultation auprès de médecins spécialistes pour le diagnostic, le traitement ou une chirurgie.

1.3.2 Programmes et activités de prévention

Au niveau de la prévention, les Centres de santé et de services sociaux, soutenus par la Direction de santé publique et d'évaluation, offrent un certain nombre d'activités s'adressant à la population en général ou à certains groupes cibles (ex. : jeunes en milieu scolaire, femmes enceintes).²¹

1.3.2.1 Sur le tabagisme

L'arrivée de la Loi sur le tabac, en 2006, de même que des activités de formation sur le counselling bref pour des intervenants de divers milieux (centres de santé et de services sociaux, cliniques médicales, etc.) ont permis de faire des pas importants en matière de prévention et cessation du tabagisme.

Les Centres d'abandon du tabac (9 au Nord et 2 au Sud) sont bien établis et offrent trois types de services pour les personnes qui veulent cesser leur consommation :

- 1) L'information et la documentation.
- 2) L'intervention individuelle intensive.
- 3) L'intervention de groupe (série d'ateliers) donnée par les Centres d'action bénévole.

²¹ Pour plus de détails sur les activités de prévention/promotion de la santé, se référer au PAR (Plan d'action régional en santé publique) et au PAL (Plan d'action local) de chacun des CSSS.

1.3.2.2 Sur l'activité physique

Dans le cadre de la programmation de la santé publique, plusieurs municipalités, entreprises et autres partenaires sur le territoire, dont le milieu scolaire, ont reçu une offre de services des CSSS pour les sensibiliser aux bienfaits des saines habitudes de vie. En 2009-2010, vingt-quatre municipalités et onze entreprises ont reçu du soutien dans l'implantation d'activités pour l'amélioration des habitudes de vie chez leur personnel.

1.3.2.3 Sur l'alimentation

Des activités sont réalisées à travers divers programmes visant à promouvoir une saine alimentation en commençant par l'allaitement qui est reconnu dans la prévention de certaines maladies chroniques telles que l'obésité et le diabète insulino-dépendant.²²

Quelques initiatives sont réalisées en milieu scolaire dans le cadre du projet *École en santé* visant parfois à améliorer les connaissances des jeunes et des parents sur la saine alimentation ou parfois à augmenter l'accès à des aliments sains en milieu scolaire.

Dans une optique plus globale, la santé publique promeut, via son soutien au plateau lanauchois intersectoriel (PLI), le déploiement des activités liées au PAG²³ dans les municipalités de la région afin de mobiliser les partenaires et la population dans l'amélioration des habitudes de vie chez les jeunes.

1.4. Analyse sommaire des actions en cours

De façon générale, sauf pour le tabac, et malgré la planification d'activités et de programmes de prévention sur les habitudes de vie dans les PAL et le PAR, les activités de prévention sont dispensées de façon inégale dans le territoire et demeurent peu présentes pour l'ensemble de la population. Bien que le développement de pratiques cliniques préventives en première ligne soit une priorité nationale, régionale et locale,²⁴ l'actualisation demeure très marginale, un seul GMF investissant dans le développement de cette pratique pour l'instant.

Le principal créneau développé actuellement est la prise en charge des grands consommateurs des urgences « case management » articulée autour de gestionnaires de cas. Cette pratique est particulièrement établie dans le Sud de Lanaudière. Les équipes multidisciplinaires sont en voie d'implantation dans trois GMF du Sud pour les clientèles atteintes de maladies chroniques à haut risque ou les cas complexes et dans un GMF au Nord pour le développement de pratiques cliniques préventives.

Bien que ce portrait demeure à compléter, l'annexe 2 donne un bref aperçu des projets en cours dans chacun des territoires de CSSS en fonction du niveau de clientèle visé (1 à 4) selon la pyramide de Kaiser²⁵ présentée dans la figure suivante.

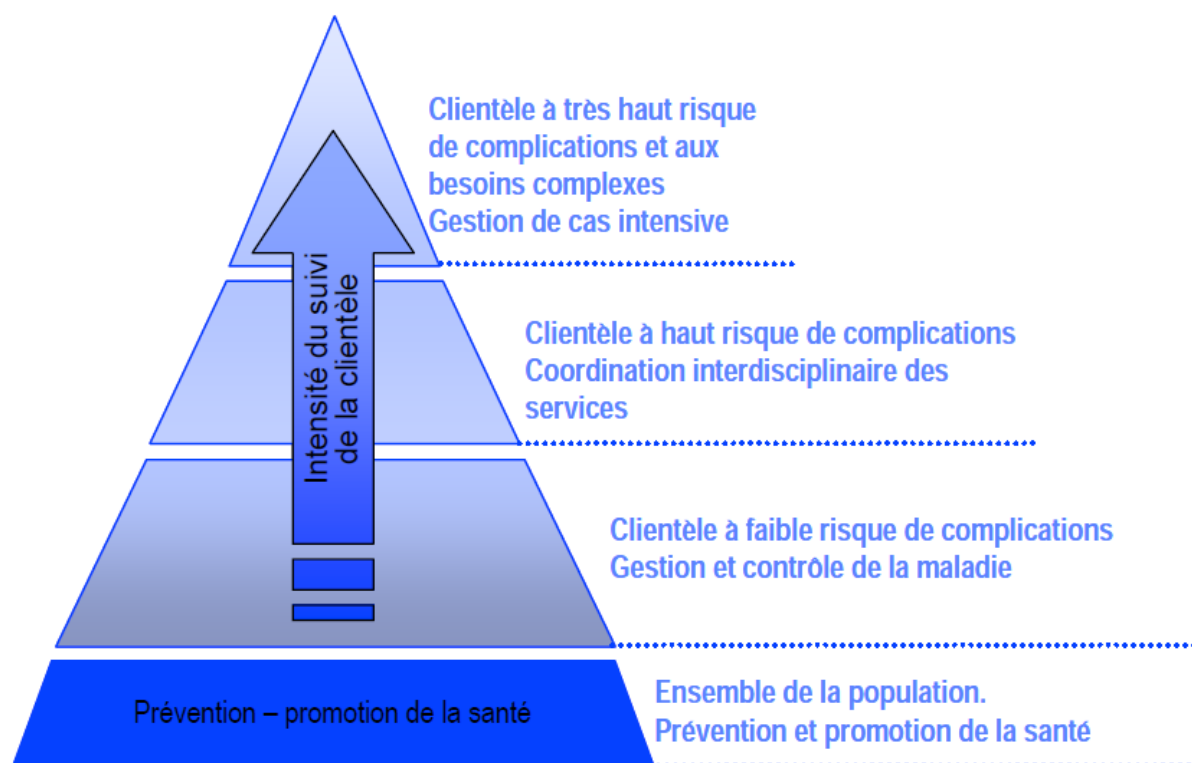
²² La promotion de l'allaitement maternel est une des quatre principales recommandations pour la prévention des maladies chroniques en contexte de pénurie de ressources. Source: Center for disease control, Promising Practices in Chronic Disease Prevention and Control – A Public Health Framework for Action, Department of Health and Human Services, USA. 2003.

²³ Stratégie en lien avec le PAG (Plan d'action gouvernemental sur les habitudes de vie) et bénéficiant d'une subvention de la Fondation Chagnon.

²⁴ Se référer aux Plans d'action en santé publique au niveau national, régional et local.

²⁵ MSSS, Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, mai 2007, p. 17.

La prise en charge populationnelle



Source : Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques – MSSS 2007

La figure comprend quatre niveaux qui illustrent les parallèles à établir entre l'évolution des besoins d'une population de référence et l'intensité du suivi à assurer dans une perspective de prise en charge populationnelle. Par exemple : des interventions de prévention – promotion de la santé pour l'ensemble de la population et de la gestion de cas intensive pour la clientèle à très haut risque de complications et avec des besoins complexes.

L'annexe 2 regroupe également les interventions et projets en cours selon les principaux axes d'intervention, soit : Axe 1 : Modalités d'organisation et de prestation de services ; Axe 2 : Aide à la décision clinique ; Axe 3 : Systèmes d'information clinique ; Axe 4 : Soutien à l'autogestion des soins et Axe 5 : Ressources et politique de soutien dans la communauté. (voir la section suivante pour la description du modèle de référence : le *Expanded Chronic Care Model*).

Malgré les efforts faits pour développer davantage le rôle de la première ligne dans la gestion des maladies chroniques, il apparaît clair que ces efforts doivent être accentués et que les interventions s'adressant à des clientèles de niveau 2 et 3 doivent être développées et systématisées davantage de même que la mise en place des pratiques cliniques préventives. De fait, les actions entreprises se situent en général au niveau du suivi des personnes étant de grands utilisateurs du système de santé pour les maladies chroniques. Bien que constituant 70 à 80% de la gestion des maladies chroniques, les interventions, visant un meilleur dépistage de la clientèle avec une maladie chronique et le suivi de celle-ci, demeurent sous-investies ce qui amène un diagnostic tardif et des maladies chroniques souvent non traitées.

Finalement, malgré l'importance de l'autogestion²⁶ comme stratégie d'intervention, nous pouvons constater que ce type d'intervention est peu présent de façon organisée. C'est d'ailleurs le cas dans l'ensemble du Canada puisqu'une étude canadienne publiée en juillet 2009²⁷ révèle que 40% des personnes ayant au moins une des sept maladies chroniques communes ont déclaré qu'elles n'avaient pas élaboré de plan de traitement avec leur dispensateur de soins au cours des douze mois précédents et moins d'une personne sur quatre (23%) avait obtenu une liste d'instructions écrite pour l'aider à gérer sa maladie. En outre, 40% des patients atteints d'au moins trois maladies chroniques ont indiqué qu'au cours des douze mois précédents, on les avait rarement ou jamais conseillés sur les mesures à prendre pour améliorer leur état de santé.

Selon des études, le soutien à la prise en charge du patient a été associé à une diminution de 40% des visites médicales, de 17% des visites en cliniques spécialisées, de 50% des visites à l'urgence et de 50 % du nombre et de la durée des hospitalisations.

Source : AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, Réflexion sur l'organisation des soins et services pour les patients atteints de maladies chroniques et leurs proches. Cadre de référence – Module 3 : Autosoins, document de travail, 8 décembre 2005.

Concernant le partenariat, le maillage entre les différents services, on peut constater autant dans le Sud que dans le Nord, que le RLS demeure à bâtir afin de mieux répondre à la responsabilité d'améliorer la santé de la population du territoire. Dans l'optique de développement d'un véritable réseau local de services, le partenariat entre le CSSS et les GMF doit être développé davantage, de même que celui avec les autres partenaires du réseau (voir annexe 1).

En bref :

- ✓ **Une responsabilité populationnelle encore à développer.**
- ✓ **La mise en place des RLS demeure un défi.**

D'autres constats généralisés au système québécois actuel²⁸ s'appliquent à la réalité de notre territoire :

- Un suivi médical insuffisant.
- Beaucoup de pratiques professionnelles en silo et un modèle de prise en charge reposant sur un seul intervenant pour l'instant, bien que la volonté de changer la pratique y soit.
- Un manque d'intégration des pratiques cliniques préventives dans le continuum d'intervention.
- Une difficulté d'inclure l'aspect prévention/promotion dans l'organisation générale des services.

²⁶ L'enseignement de l'autogestion vise à donner à l'individu les connaissances et les capacités qui leur permettront de gérer leur maladie ou leur santé.

²⁷ Institut canadien d'information sur la santé, Expériences vécues en soins primaires au Canada, 2008.

²⁸ MSSS, Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, Mai 2007, p. 14.

Par ailleurs, on constate une duplication de certains services notamment entre la première et la deuxième ligne. Des chevauchements entre le travail des équipes multidisciplinaires en GMF autour des cas complexes et les cliniques spécialisées sont également possibles avec le développement des équipes multidisciplinaires. Il faudra faire preuve de vigilance et considérer la hiérarchisation des services.

Il apparaît donc nécessaire de mieux coordonner les actions et de développer une démarche régionale et locale visant également la mise en place d'actions et stratégies complémentaires pour mieux agir auprès des diverses clientèles du continuum.

2. DES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE POUR ORIENTER NOS FUTURES ACTIONS

Dans son cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques (2007),²⁹ le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) retient cinq orientations qui devraient être poursuivies par les différentes actions au niveau local, régional ou national:

- Agir sur les déterminants de la santé et les facteurs de risque les plus importants pour prévenir les maladies chroniques.
- Détecter précocement les personnes à risque ou atteintes de maladies chroniques et donner suite rapidement au diagnostic.
- Ajuster le type et l'intensité des services selon les besoins de la personne.
- Mieux suivre les personnes tout au long de leur maladie et coordonner les services offerts.
- Susciter l'apport de la communauté auprès des personnes atteintes de maladies chroniques.

En outre, dans son plan stratégique 2010-2015, le MSSS a identifié plusieurs enjeux dont celui de l'action en amont des problèmes et celui de la primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services. Des orientations spécifiques aux maladies chroniques ont été nommées en lien avec ces enjeux :

- Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en priorisant notamment les habitudes de vie et les maladies chroniques.
- Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un suivi systématisé.

Le récent rapport du Commissaire à la santé et au bien-être fait sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et des services sociaux³⁰ conclut sur dix recommandations pour améliorer la performance du réseau face à la prévention et à la gestion des maladies chroniques. Ces recommandations sont liées les unes aux autres et sont interdépendantes.

²⁹ Idem p. 22.

³⁰ Commissaire à la santé et au bien-être, Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2010- Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications – 164 p.

-
1. Adopter des politiques et créer des milieux de vie favorables à la santé.
 2. Accroître les capacités des personnes à adopter de saines habitudes de vie et à prévenir les maladies chroniques.
 3. Favoriser l'intégration des pratiques cliniques préventives dans les milieux de soins de première ligne.
 4. Actualiser la pratique en réseaux locaux de soins et services.
 5. Consolider les mécanismes de coordination locale des soins et services.
 6. Réaliser l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux.
 7. Soutenir le développement des capacités des personnes atteintes de maladies chroniques à participer à leurs soins et services.
 8. Évaluer la pertinence et l'efficacité des soins et services destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques.
 9. Implanter des outils de gouverne clinique.
 10. Assurer la constance et la cohérence du financement des soins et services destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques.

Au Québec, on remet systématiquement des instructions écrites au patient pour l'aider à gérer son problème de santé à domicile dans seulement 13 % des cas.

Parallèlement, la planification stratégique régionale 2010-2015³¹ vient renforcer les orientations ministérielles en priorisant notamment les orientations suivantes :

- Renforcer les services de première ligne et en améliorer la coordination avec toutes les composantes du système de santé, et ce, en optimisant les liens fonctionnels entre les établissements, les cliniques médicales, les GMF et les autres partenaires.
- Implanter les activités de première ligne prévues au Plan d'action régional de santé publique (PAR) en s'assurant de leur prise en compte à l'intérieur des continuums de services.
- Augmenter le nombre d'organisations médicales intégrées en réseau et travaillant en interdisciplinarité afin d'améliorer, de façon prioritaire, la prise en charge des clientèles vulnérables.
- Coordonner une réflexion avec les établissements et définir un plan d'action pour réaliser des mises en commun en fonction des opportunités.

C'est en tenant compte de ces orientations et de ces recommandations que l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière souhaite mobiliser ses partenaires dans l'adoption d'orientations pour la prévention et la gestion des maladies chroniques dans la région de Lanaudière.

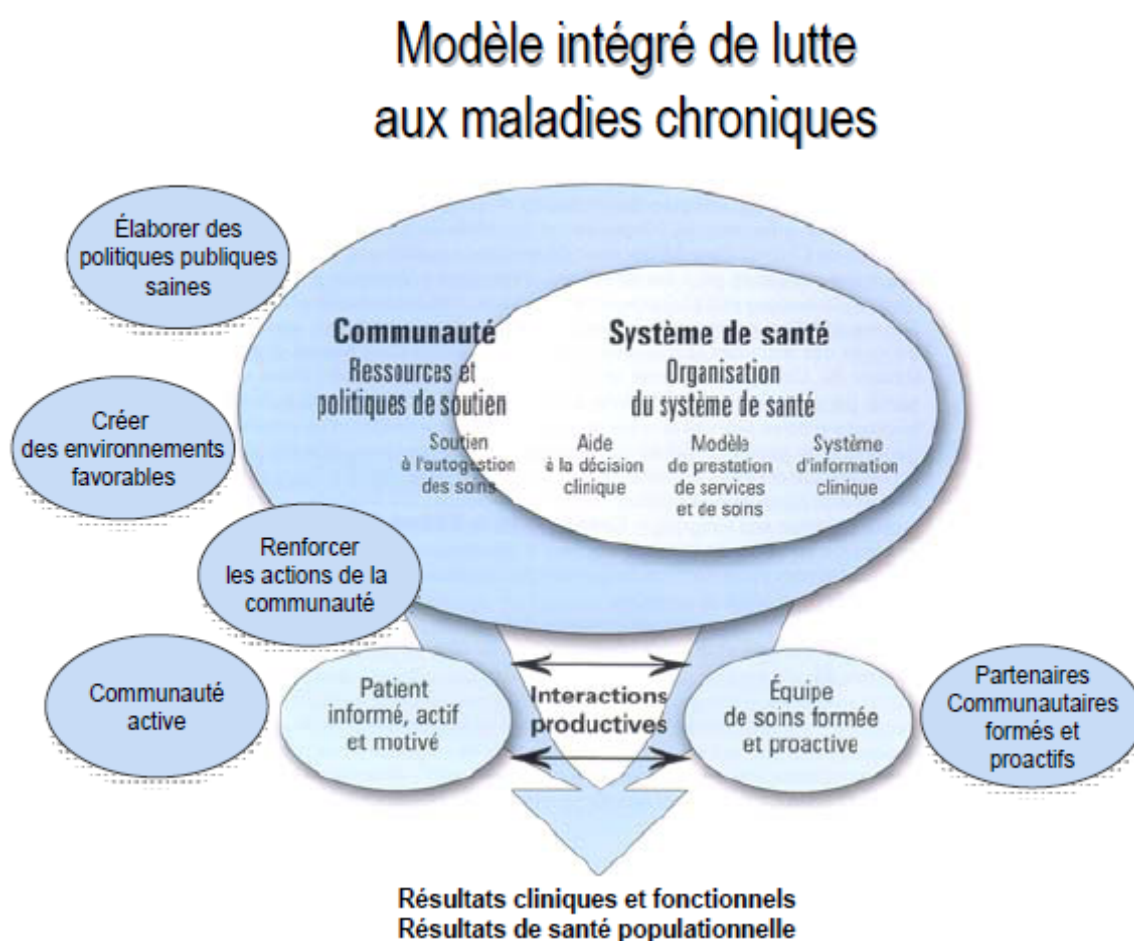
³¹ Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Planification stratégique 2010-2015 (Source : présentation au personnel de l'Agence du 10-11 février 2010).

3. UN MODÈLE INTÉGRATEUR POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

Tel que soulevé dans le *cadre de référence du MSSS sur la prévention et la gestion des maladies chroniques (2007)*,

« Le caractère évitable de plusieurs de ces maladies implique des actions sur les facteurs de risques et sur les déterminants de la santé. La chronicité de ce genre de problèmes de santé commande aussi une meilleure continuité dans l'offre de services, un suivi plus systématique et un soutien important de la personne et de son entourage dans le défi de vivre le mieux possible avec une maladie chronique ».³²

Le Expanded Chronic Care Model est une adaptation faite par la Colombie-Britannique du *Chronic Care Model (CCM)* qui fût développé par le Group Health de Puget Sound de Seattle. Ce modèle a fait ses preuves et se démarque par son approche globale de prévention et gestion des maladies chroniques.



Source : Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques – MSSS 2007

³² Ibid., p. 14.

Le Expanded Chronic Care Model considère deux univers sur lesquels une action structurée doit porter : le système de santé et la communauté. Le modèle comprend sept composantes ³³:

- L'adoption de politiques publiques saines.
- La création d'environnements favorables à la santé et au bien-être.
- Le renforcement de l'action des communautés.
- Le développement chez la personne des aptitudes et compétences d'autogestion de sa santé, de sa maladie.
- La réorientation de la dispensation des services en fonction de la réalité des besoins des malades chroniques.
- Le support à la décision clinique.
- La mise en place de systèmes d'information qui permet l'enregistrement des patients et le suivi clinique.

La finalité de ce modèle est de structurer le système de santé pour que les patients informés et actifs soient en interactions productives avec des équipes de soins bien préparées et proactives dans la gestion des maladies chroniques. Cette approche demande une transformation importante par laquelle les soins sont réorientés d'un modèle de réponse à la maladie vers un modèle proactif de promotion de la santé et de prévention de la maladie des individus et des populations.³⁴ En fait, il faut passer d'un système axé surtout sur la gestion de problèmes aigus de santé à un autre visant davantage la prévention des maladies chroniques et la gestion de celles-ci sur de longues périodes.

C'est ce modèle qui est mis de l'avant dans le cadre de référence du MSSS et dans son plan d'action 2008-2013 pour la prévention et la gestion des maladies chroniques.³⁵ L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière fait également le choix de baser son approche régionale des maladies chroniques sur ce modèle.

4. DES RÉSULTATS À ATTEINDRE

Les résultats visés pour la région de Lanaudière sont les suivants ³⁶:

- Améliorer les habitudes de vie de la population du territoire.
- Réduire les facteurs de risque des maladies chroniques.
- Réduire la prévalence des maladies chroniques.
- Réduire les complications des maladies chroniques.
- Utiliser de façon optimale les services de santé en évitant le recours inapproprié à ces services (urgence, rendez-vous médicaux non planifiés en lien avec les maladies chroniques, etc.).

³³ MSSS, Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, Mai 2007, p. 16.

³⁴ Hung, Dy, Rundall TG, Tallia Af, Cohen DJ, Halpin HA, Crabtree BF. Rethinking Prevention in Primary Care : Applying the Chronic Care Model to Address Health Risk Behaviors. The Milbank Quarterly 2007, 85(1): 69-91.

³⁵ MSSS, Stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques et plan d'action 2008-2013 (document de travail), Mars 2008.

³⁶ a) Les résultats attendus régionalement sont en continuité avec ceux visés par le MSSS dans son plan d'action 2008-2013. (Ibid.)

b) Plusieurs résultats, objectifs de santé spécifiques en lien avec les maladies chroniques et les habitudes de vie sont identifiés dans le Plan d'action régional en santé publique et seront évalués régionalement.

5. DES PRINCIPES DIRECTEURS À PRIVILÉGIER POUR LA PLANIFICATION DE NOS ACTIONS

Il importe de clairement identifier les principes directeurs devant guider nos orientations et le choix des actions dans la région. Les principes sont les suivants:

- Assurer la participation active de la population de la région dans la démarche.
- Favoriser l'autogestion, la prise en charge de la personne sur sa santé.
- Assurer un continuum de services permettant d'adapter le type et l'intensité des services selon les besoins de la population.
- Assurer une complémentarité et une meilleure coordination des services offerts en visant la hiérarchisation des services et une utilisation optimale des ressources.
- Implanter des interventions ou programmes évalués comme efficaces ou prometteurs.

6. ORIENTATIONS POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES DANS LA RÉGION DE LANAUDIÈRE

Pour les trois prochaines années, les activités devraient être concentrées sur les problématiques suivantes : le diabète, les maladies cardiovasculaires dont l'insuffisance cardiaque, les MPOC (maladies pulmonaires obstructives chroniques), l'asthme et l'obésité. D'autres maladies telles que l'insuffisance rénale et les maladies neurologiques pourraient être éventuellement ajoutées à cette liste. De façon générale, les maladies chroniques en santé physique doivent être traitées en considérant les diverses comorbidités (ex. : diabète, insuffisance rénale, cécité, etc.) et en tenant compte des aspects biopsychosociaux de la personne.³⁷ Le suivi systématique doit cependant être propre aux réalités de chacune des maladies. Il en est de même des outils de suivi systématique (l'annexe 3 présente un exemple des principaux services requis au niveau local pour chaque maladie³⁸).

Les orientations retenues pour la prévention et la gestion des maladies chroniques dans la région de Lanaudière sont les suivantes :

1. Agir sur les déterminants de la santé et les facteurs de risque associés aux maladies chroniques.
2. Assurer une détection précoce et un suivi adéquat des personnes à risque ou atteintes de maladies chroniques.
3. Favoriser les pratiques d'autosoins et soutenir la contribution des patients experts.
4. Surveiller l'évolution d'indicateurs spécifiques à la prévention et à la gestion des maladies chroniques dans la région.

³⁷ Ministère de la santé et des services sociaux, Les documents en appui aux projets cliniques – Projet clinique santé physique volet : maladies chroniques (document de travail), Mai 2006, p. 30.

³⁸ Ibid., p. 32 et 33 (extrait et modifié).

Orientation 1 : Agir sur les déterminants de la santé et les facteurs de risque associés aux maladies chroniques

Tel que mentionné préalablement, plusieurs actions sur les habitudes de vie ou les maladies chroniques sont prévues aux plans d'action locaux (PAL) et au plan d'action régional de santé publique (PAR). Les actions se regroupent en deux catégories :

↳ Les actions visant la création d'environnements favorables à une vie sans fumée, à la consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes par jour et à la pratique quotidienne de 30 minutes d'activités physiques. Ces actions impliquent un travail de partenariat avec divers milieux (scolaire, travail, municipal).

↳ Les actions de promotion de la santé, counseling, dépistage des maladies chroniques ou des facteurs de risque et suivi qui s'adressent aux individus. A cet effet, des efforts particuliers doivent être consentis dans le développement de pratiques cliniques préventives chez les professionnels de la santé. Par « pratiques cliniques préventives » on entend : un ensemble d'interventions incluant le counseling, la détection ou dépistage de cas et les soins préventifs.

Quatre pratiques préventives sont particulièrement visées en lien avec les maladies chroniques³⁹:

1. Le counseling antitabac
2. Le counseling en faveur d'une saine alimentation
3. Le counseling en faveur de l'activité physique
4. Le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle

Principaux axes d'intervention pour l'orientation #1 :

1. Réaliser les actions du PAR et des PAL visant à agir sur les déterminants de la santé et sur les facteurs de risque associés à la prévention des maladies chroniques.

Plus spécifiquement :

- Identifier des projets pilotes en première ligne, notamment en GMF, pour l'implantation des pratiques cliniques préventives (PCP).
- Identifier des porteurs de dossiers à la Direction de la santé publique et d'évaluation et à l'intérieur des CSSS et des GMF pour soutenir l'implantation des PCP.
- Mettre en place un plan de formation pour soutenir l'implantation de guides sur les pratiques cliniques préventives.
- Soutenir et évaluer l'implantation de PCP dans les projets pilotes et, conséquemment, élaborer une stratégie de déploiement en fonction des résultats obtenus.

³⁹ Pratiques ciblées dans le Plan d'action national de santé publique.

Orientation 2 : Assurer une détection précoce et un suivi adéquat des personnes à risque ou atteintes de maladies chroniques

La détection des maladies chroniques se fait le plus souvent dans le cadre de visites d'urgence pour des situations aiguës. Le suivi s'avère difficile et l'intervention arrive souvent très tard dans le développement de la maladie. La détection des facteurs de risque et des maladies chroniques devrait se faire en première ligne où un suivi adéquat pourrait se faire par le médecin ou d'autres professionnels de la santé. Une coordination des services avec des équipes spécialisées pourrait s'avérer nécessaire pour les cas complexes.

Principaux axes d'intervention pour l'orientation #2 :

1. Développer, consolider les équipes multidisciplinaires en première ligne.
2. Consolider la fonction de gestionnaires de cas pour les cas complexes.
3. Soutenir l'implantation de protocoles d'intervention adaptés à l'intervention multidisciplinaire.
4. Assurer l'identification d'intervenants pivots au sein des équipes multidisciplinaires pour le suivi des dossiers.
5. Soutenir l'implantation, en première ligne, de systèmes de suivi informatisés des clientèles détectées.
6. Préciser, avec les principaux intervenants (médecin, infirmière, etc.), les rôles et responsabilités des intervenants de première ligne (CLSC, GMF, cliniques réseau) et de la deuxième ligne.
7. Préciser, en partenariat avec les acteurs concernés, les mécanismes de référence entre la première ligne, les GMF, les CLSC, les ressources spécialisées, les ressources de la communauté.

Orientation 3 : Développer les pratiques d'autosoins et soutenir la contribution de patients experts

Les programmes d'autogestion de la maladie ou autosoins visent généralement à outiller la personne à s'auto-surveiller, à agir rapidement en cas de problèmes notamment en ajustant les activités de la vie quotidienne, en ajustant la médication ou encore, en ayant recours aux services de santé. Les programmes devraient s'accompagner de relances pour vérifier la rétention des acquis et revoir l'enseignement au besoin. L'implication de patients experts permet de soutenir l'adaptation des changements dans la vie quotidienne et aide à dédramatiser la situation.

Principaux axes d'intervention pour l'orientation #3 :

1. Former les intervenants à l'approche d'autosoins.
2. Assurer l'accès à des outils d'intervention visant l'autosoins,
3. Organiser des formations de personnes ressources pour la coanimation d'ateliers sur l'autosoins.
4. Soutenir, dans chacun des territoires de CSSS, l'organisation de séries d'ateliers sur l'autosoins pour la clientèle.

Orientation 4 : Surveiller l'évolution d'indicateurs spécifiques à la prévention et à la gestion des maladies chroniques dans la région

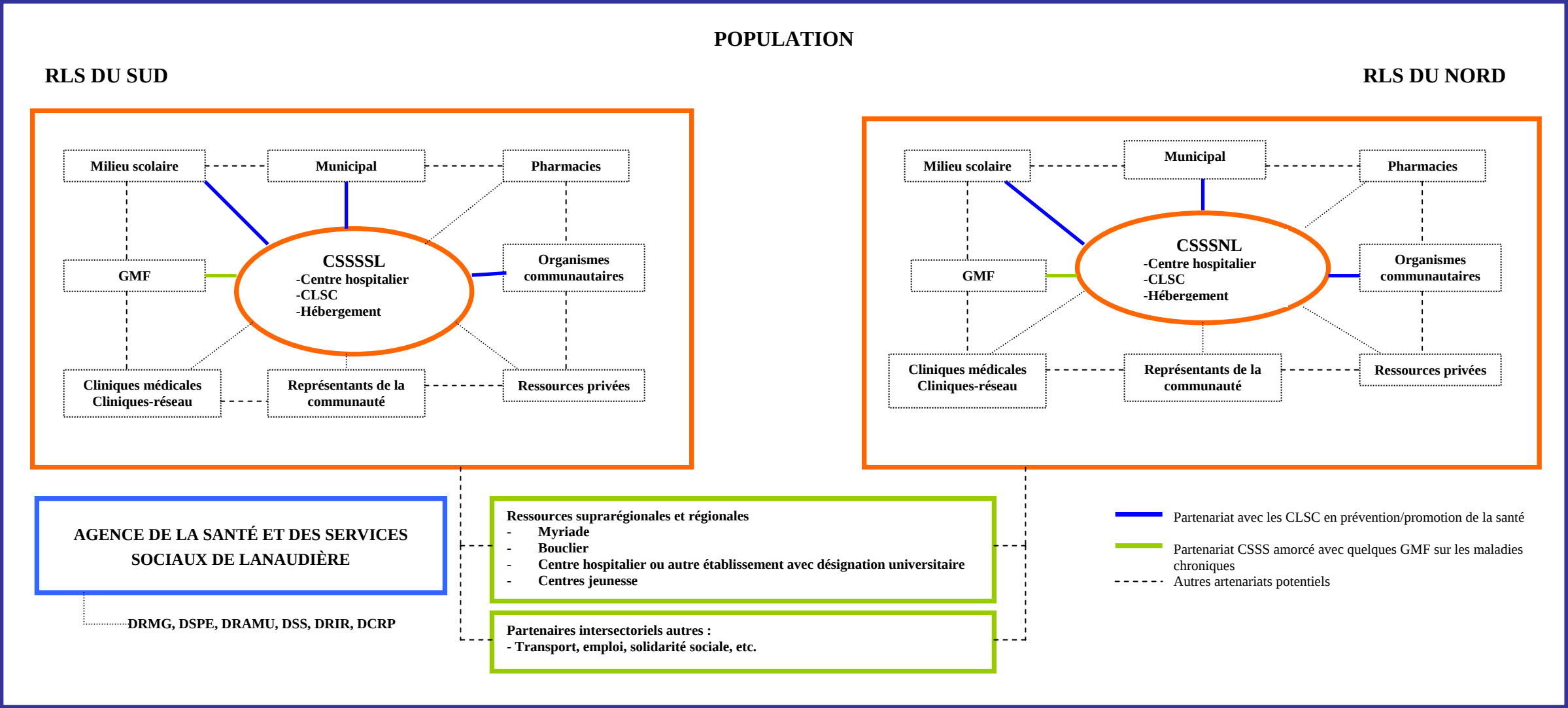
Une collaboration entre les gestionnaires, les cliniciens et des représentants de la clientèle dans la définition des indicateurs est un facteur de succès dans la mobilisation et l'engagement face aux orientations visées.

Principaux axes d'intervention pour l'orientation #4 :

1. Identifier, avec les partenaires et les représentants de la population, les indicateurs pertinents (ex : nombre d'inscription et de personnes suivies en première ligne, nombre de patients référés entre la première et deuxième ligne,...).
2. Développer des mécanismes de suivi et de diffusion de l'information auprès des partenaires et de la population.

ANNEXES

Annexe 1 : Partenariat lanaudois pour la gestion et la prévention des maladies chroniques



Annexe 1 - Lexique

SIGLES ET ACRONYMES

CSSSNL	Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière
CSSSSL	Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière
DCRP	Direction des communications et des relations publiques
DRAMU	Direction régionale des affaires médicales et universitaires
DRIR	Direction des ressources informationnelles régionalisées
DRMG	Département régional de médecine générale
DSPE	Direction de santé publique et d'évaluation
DSS	Direction des services sociaux
GMF	Groupe de médecine de famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RLS	Réseau local de services

QUELQUES EXPLICATIONS

RÉSEAU LOCAL DE SERVICES

Le réseau local regroupe l'ensemble des partenaires qui assurent une offre de services de santé et de services sociaux dans un territoire donné. Ces partenaires assument conjointement la responsabilité d'offrir un ensemble de services pour répondre aux besoins de la population de ce territoire. En tant que partenaire du réseau local, il n'est plus question pour chacun de nous de ne se consacrer qu'aux individus qui utilisent nos services mais bien de travailler ensemble à améliorer globalement la santé et le bien-être de notre population.

« Assumer conjointement la responsabilité » va faire en sorte que les partenaires vont mieux se concerter et vont pouvoir développer des moyens et des conditions favorisant une véritable complémentarité des services. Le citoyen aura accès à une large gamme de services diversifiés et hiérarchisés comptant des actions de prévention, de traitement et de soutien.

Le CSSS agit comme **pivot** de ce réseau local. Il assume ainsi le **leadership de la coordination et de l'animation** auprès des partenaires et il lui incombe de susciter l'adhésion et la collaboration de tous. Pour rendre concrète et formaliser la complémentarité des services, il est prévu que des ententes de services et de collaboration soient conclues entre les partenaires.

RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Réfère à la responsabilité partagée par l'ensemble des intervenants du réseau local à l'égard de la population de son territoire quant à l'accessibilité, la continuité et la qualité des services qui lui sont offerts.

HIÉRARCHISATION DES SERVICES

Touche notamment à la complémentarité des services entre partenaires de la première, de la deuxième et de la troisième ligne ainsi qu'aux mécanismes de circulation de l'information.

Annexe 2 : Description sommaire des actions sur le territoire de Lanaudière*

Clientèle Axe d'intervention	Niveau 1 Population générale en bonne santé	Niveau 2 70-80% de la gestion des soins chroniques	Niveau 3 Patients à haut risque	Niveau 4 Cas complexes
Axe 1 : Modalités d'organisation et de prestation de services	Projet au GMF Rousseau – Montcalm : santé des femmes	Projet au GMF Rousseau – Montcalm (équipe multi) : dépistage des facteurs de risque et suivi	Équipes inter en GMF	Équipes inter en GMF Gestionnaires de cas Cliniques spécialisées et équipes de réadaptation
Axe 2 : Aide à la décision clinique			Système de gestion des maladies chroniques avec aide à la prise de décision	Système de gestion des maladies chroniques avec aide à la prise de décision
Axe 3 : Systèmes d'information clinique			Système de gestion des maladies chroniques	Système de gestion des maladies chroniques
Axe 4 : Soutien à l'autogestion des soins		- Centre d'abandon du tabagisme - Centres d'enseignement d'asthme	Équipes inter en GMF : sera à déterminer	Équipes inter en GMF : sera à déterminer. Équipes spécialisées : variable
Axe 5 : Ressources et politique de soutien dans la communauté	- Ressources affectées à la réalisation des plans d'action locaux de la santé publique et du plan d'action régional de la santé publique. - Organismes communautaires d'aide et de soutien.			

*Ce portrait résume les principales actions connues de l'Agence et ne constitue pas un répertoire exhaustif des activités sur les maladies chroniques dans le territoire.

- Aspects que l'on prévoit développer avec le projet vitrine CSSSSL – GMF – Groupe conseil santé Concerto et ses partenaires. Développement éventuel auprès de la clientèle de niveau 2.
- Aspects que l'on prévoit développer avec le financement de 150 000\$ récurrent accordé en GMF.

Annexe 3 : Exemples de principaux services requis au niveau local pour chaque maladie chronique ⁴⁰

DIABÈTE	MPOC	MALADIES CARDIOVASCULAIRES (MCV) DONT IC	ASTHME	OBÉSITÉ
Détection précoce du diabète (GMF, clinique médicale).	Détection précoce de la MPOC (GMF, clinique médicale) et confirmation du diagnostic et prescription d'oxygène en deuxième ligne par un pneumologue.	Détection précoce de la MCV dont IC (GMF, clinique médicale), du diagnostic en deuxième ligne par un cardiologue.	Détection précoce de l'asthme (GMF, clinique médicale) et assainissement de l'environnement des personnes les plus à risque de développer de l'asthme.	Détection précoce de l'obésité et de l'obésité morbide (GMF, clinique médicale).
Services médicaux généraux, suivi médical et prise en charge globale.	Services médicaux généraux, suivi médical et prise en charge globale.	Services médicaux généraux, suivi médical et prise en charge globale.	Services médicaux généraux, suivi médical et prise en charge globale.	Services médicaux généraux, suivi médical et prise en charge globale.
Services d'enseignement et d'autogestion aux personnes atteintes et leurs proches.	Services d'enseignement et d'autogestion aux personnes atteintes et leurs proches. Outil : « Mieux vivre avec une MPOC ».	Services d'enseignement et d'autogestion aux personnes atteintes et leurs proches.	Services d'enseignement et d'autogestion aux personnes atteintes et leurs proches.	Services d'enseignement et d'autogestion atteintes et leurs proches.#
Relance périodique pour vérifier et renforcer les acquis de l'enseignement et de l'autogestion.	Relance périodique pour vérifier et renforcer les acquis de l'enseignement et de l'autogestion.	Relance périodique pour vérifier et renforcer les acquis de l'enseignement et de l'autogestion.	Relance périodique pour vérifier et renforcer les acquis de l'enseignement et de l'autogestion.	Relance périodique pour vérifier et renforcer les acquis de l'enseignement et de l'autogestion.
Suivi systématique à l'intérieur de services intégrés coordonnés par un intervenant pivot.	Suivi systématique des personnes à l'intérieur de services intégrés coordonnés par un intervenant pivot (infirmière ou inhalothérapeute).	Suivi systématique des personnes à l'intérieur de services intégrés coordonnés par une infirmière pivot.	Suivi systématique des personnes à l'intérieur de services intégrés coordonnés par une infirmière pivot.	Suivi systématique des personnes à l'intérieur de services intégrés coordonnés par une infirmière pivot.

⁴⁰ Exclut le volet promotion de la santé qui n'est pas spécifique aux différentes maladies.
Tableau extrait et modifié du document : MSSS, Les documents ministériels en appui aux projets cliniques - projet clinique santé physique volet : maladies chroniques, mai 2006, p. 32 et 33 (document de travail).

Annexe 3 : Exemples de principaux services requis au niveau local pour chaque maladie chronique (suite)

DIABÈTE	MPOC	MALADIES CARDIOVASCULAIRES (MCV) DONT IC	ASTHME	OBÉSITÉ
Services intégrés qui doivent être disponibles en fonction des problèmes vécus (services infirmiers, nutrition et psychosociaux, exercices physiques).	Services intégrés qui doivent être disponibles en fonction des problèmes vécus (services infirmiers, nutrition, inhalothérapie, psychosociaux, ergothérapie, physiothérapie, kinésiologie pour la réadaptation pulmonaire, arrêt tabagique).	Services intégrés qui doivent être disponibles en fonction des problèmes vécus (services infirmiers, nutrition, psychosociaux, ergothérapie, physiothérapie, kinésiologie pour la réadaptation cardiaque, arrêt tabagique).	Services intégrés qui doivent être disponibles en fonction des problèmes vécus (services infirmiers, inhalothérapie, psychosociaux).	Services intégrés qui doivent être disponibles en fonction des problèmes vécus (services nutrition, infirmiers, psychosociaux).
Aide à domicile.	Aide à domicile.	Aide à domicile.		Aide à domicile.
Lien avec les pharmacies communautaires.	Lien avec les pharmacies communautaires.	Lien avec les pharmacies communautaires.	Lien avec les pharmacies communautaires.	Lien avec les pharmacies communautaires.
	Services aux proches aidants. Ex. : répit, gardiennage, dépannage.	Services aux proches aidants. Ex. : répit, gardiennage, dépannage.	Services aux proches aidants. Ex. : répit, gardiennage, dépannage.	Services aux personnes atteintes et à leurs proches.
Soins des plaies.	Oxygénothérapie à domicile.			Soins à domicile
	Lien avec les cliniques spécialisées en MPOC de deuxième ligne.	Lien avec les cliniques d'insuffisance cardiaque de deuxième ligne.		Contacts avec les associations pour personnes obèses.
				Clinique ambulatoire mensuelle sur l'obésité (CSSS).
	Soins palliatifs aux personnes en phase terminale.	Soins palliatifs aux personnes en phase terminale.		
Lien avec la deuxième et la troisième ligne.	Lien avec la deuxième et la troisième ligne.	Lien avec la deuxième et la troisième ligne.	Lien avec la deuxième et la troisième ligne.	Lien avec la deuxième et la troisième ligne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE : description de la région sur le site internet.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE, Planification stratégique 2010-2015 (Source : présentation au personnel de l'Agence du 10-11 février 2010).

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, Réflexion sur l'organisation des soins et services pour les patients atteints de maladies chroniques et leurs proches. Cadre de référence – Module 3 : Autosoins, document de travail, 8 décembre 2005.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA – 4, Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques aperçu, (En ligne), (http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2005-2005_37bk1-fra.php) (5 janvier 2010).

AUCOIN, L. (2005). « Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois », PRIISME Info, Édition spéciale, mars.

BODENHEIMER, T., E. H. WAGNER et K. GRUMBACH (2002). « Improving primary care for patients with chronic illness », The Journal of the American Medical Association, vol. 288, n° 14.

BOUCHER, PIERRE, ET HENRI BEAUREGARD. Le coût économique du cancer au Québec, en 2008, Montréal, Coalition Priorité Cancer au Québec, 2010

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée. Conférence scientifique en santé publique de la Capitale-Nationale, 5 mai 2010, Jean-Frédéric Levesque, MD, PhD.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010, Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009, Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée. Revoir nos façons de faire pour mieux répondre aux besoins. En quelques mots.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010, État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010, L'appréciation globale et intégrée de la performance : Analyse des indicateurs de monitoring.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010, Rapport de la démarche de consultation portant sur les soins et services liés aux maladies chroniques.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE 2009-2012 : deuxième partie – le portrait de santé de la population lanaudoise, août 2009.

FORTIN, DOMINIQUE. Les maladies chroniques au Québec : situation actuelle et évolution anticipée, Présentation faite dans le cadre des Journées annuelles de santé publique 2007, le 22 novembre 2007, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de surveillance de l'état de santé, 2007.

GUILLEMETTE ANDRÉ, ET CHRISTINE GARAND (coll.). Le cancer. Les maladies chroniques. Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, avril 2010.

HUNG, DY, RUNDALL TG, TALLIA AF, COHEN DJ, HALPIN HA, CRABTREE BF. Rethinking Prevention in Primary Care : Applying the Chronic Care Model to Address Health Risk Behaviors. The Milbank Quarterly 2007, 85(1): 69-91.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Expériences vécues en soins primaires au Canada*, 2008. La promotion de l'allaitement maternel est une des quatre principales recommandations pour la prévention des maladies chroniques en contexte de pénurie de ressources. Source: Center for disease control, *Promising Practices in Chronic Disease Prevention and Control – A Public Health Framework for Action*, Department of Health and Human Services, USA. 2003.

LEVESQUE J-F, FELDMAN D, DUFRESNE C, BERGERON P, PINARD. L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec : Barrières et éléments facilitants, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal / Direction de la santé publique et Institut national de santé publique, Décembre 2007.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les documents en appui aux projets cliniques – Projet clinique santé physique volet : maladies chroniques (document de travail)*, Mai 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008a). *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec. Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques et plan d'action 2008-2013 (document de travail)*. Mars 2008.

SANTÉ CANADA. *Rapport d'étape sur la lutte contre le cancer au Canada*, Ottawa, Santé Canada, n° H/(-4/50-2004F – PDF au catalogue, 2004.

SIMONEAU, MARIE-EVE ET CHRISTINE GARAND (coll.). *Le diabète. Les maladies chroniques*. Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, mars 2010.

TREMBLAY, S. (2007). *Un modèle d'intégration de services cliniques pour les maladies chroniques au Saguenay-Lac-Saint-Jean*, 30 diapositives. (Document présenté lors d'un colloque de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, « Services médicaux de première ligne : un continuum de services à prescrire », les 4 et 5 décembre 2007, Montréal).