

Cadre de référence du Nord-du-Québec pour les maladies chroniques



Rédaction

Karina Gauthier, agente de planification, de programmation et de recherche
Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels

En collaboration avec les membres du Comité régional de lutte contre le cancer et maladies chroniques

- Nicole Auger, chef des programmes et des services - Centre de santé Isle-Dieu
- Alain Bergeron et Karine Gauthier, agents de planification, de programmation et de recherche - Direction de santé publique
- Christiane Bouchard et Marise Lévesque, infirmières pivot - Centre de santé Lebel
- Caroline Frigon, conseillère en soins infirmiers - DSIP
- Manon Martin, chef des programmes et des services - Centre de santé René-Ricard
- Renée Gagné et Luc Néron, chefs des programmes et des services - Centre de santé de Chibougamau
- Valérie Gagnon, infirmière pivot - Centre de santé de Chibougamau
- Lucie Gaudreault et Annie Savage, pharmaciennes
- Geneviève Gosselin, infirmière pivot - Centre de santé René-Ricard
- Marie-Ève Laflamme, infirmière pivot - Centre de santé Isle-Dieu
- Nicole Merizzi, chef des programmes et des services - Centre de santé Lebel

Ainsi que :

Le Conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement (CECII).
La Direction des soins infirmiers et des programmes
La Direction de santé publique

Citation suggérée

GAUTHIER, Karina. *Cadre de référence du Nord-du-Québec pour les maladies chroniques*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels, 2009, 39 p.

Pour obtenir une copie de ce document, vous adresser au :

Centre de documentation
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
312, 3^e Rue
Chibougamau (Québec) G8P 1N5
Téléphone : 418 748-3575

Dépôt légal

Bibliothèque et archives nationales du Québec - 2009
Bibliothèque et archives du Canada - 2009
ISBN : 978-2-922250-66-4

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le sens le justifie.

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DE LA QUINZIÈME SÉANCE PUBLIQUE DU
CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES, TENUE LE 26 MAI 2009 À 13 H, À
VILLEBOIS

**POINT 14 CADRE DE RÉFÉRENCE DU NORD-DU-QUÉBEC POUR LES
MALADIES CHRONIQUES
Résolution no CRSSBJ-2009-05-167**

Le *Cadre de référence du Nord-du-Québec* pour les maladies chroniques vise à instaurer une vision régionale commune, afin d'assurer une gestion optimale des maladies chroniques grâce à l'accessibilité à des services continus et de qualité pour les personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches. Celui-ci propose la mise en place d'un réseau de services intégrés offert par des professionnels œuvrant au sein d'une équipe interdisciplinaire.

Considérant que la prévention et la gestion des maladies chroniques est une priorité du CRSS de la Baie-James;

Considérant l'impact des maladies chroniques sur la qualité de vie des personnes et la pression que celles-ci exercent sur les coûts de santé;

Considérant que le *Cadre de référence du Nord-du-Québec pour les maladies chroniques* vise à instaurer une vision régionale commune, afin d'assurer une gestion optimale des maladies chroniques. De plus, celui-ci propose la mise en place d'un réseau de services intégrés, afin d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services;

Considérant que la région offre la possibilité de miser sur une organisation des services généraux de première ligne et de favoriser le travail en équipe interdisciplinaire;

Considérant la recommandation de la présidente-directrice générale;

IL EST DÛMENT PROPOSÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

- D'adopter le *Cadre de référence du Nord-du-Québec pour les maladies chroniques* et de permettre son implantation dans la région Nord-du-Québec.

La présidente-directrice générale et
secrétaire du conseil d'administration,



Diane Laboissonnière

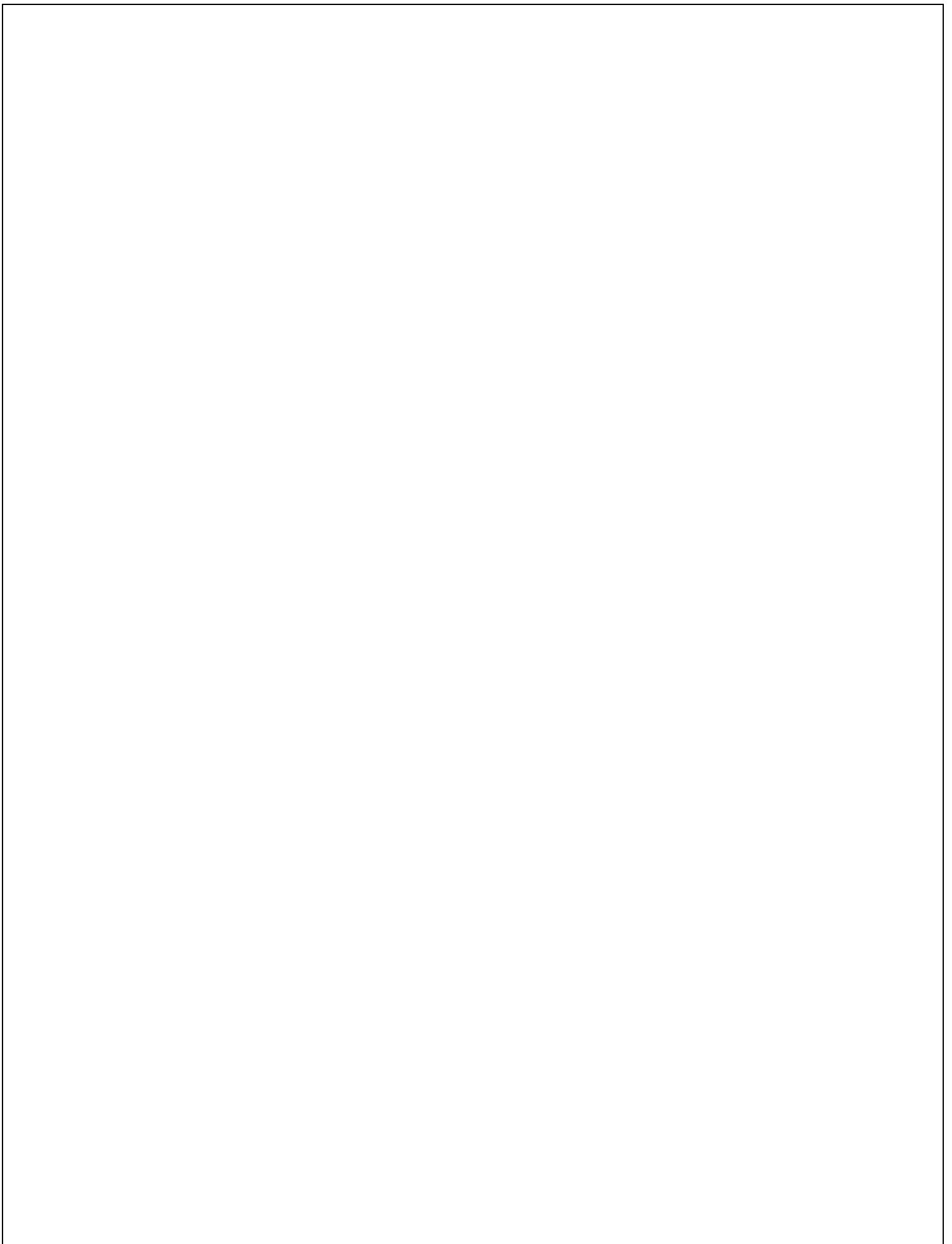


Table des matières

Introduction	1
Vision	2
Philosophie d'intervention	2
Définition des maladies chroniques	3
Réseau de services intégrés	3
Modèle intégré de soins et de services aux maladies chroniques	4
Objectifs généraux	5
Clientèle visée	5
Continuum de services	6
Portrait des maladies chroniques	7
Place de la prévention	9
État de situation de certaines habitudes de vie	10
L'adoption de saines habitudes de vie	13
Éviter, retarder et diminuer l'apparition des problèmes de santé	17
Services généraux de première ligne	18
Services disponibles dans la région du Nord-du-Québec pour les maladies chroniques	19
Intégration et coordination des soins et des services	20
Trajectoire de services	22
Intervenant pivot	23
Équipe interdisciplinaire	24
Réadaptation	29
Activité physique	29
Plan d'action.....	31
Mécanisme de suivi.....	35
Conclusion	38
Bibliographie	39

Annexes

Annexe 1 Comité de lutte contre le cancer et les maladies chroniques

Introduction

Dans le cadre de l'entente de gestion et d'imputabilité 2008-2010, la priorité régionale identifiée par le CRSSS de la Baie-James est la lutte aux maladies chroniques. Les orientations et les enjeux régionaux ciblés rejoignent ceux du Ministère, soient :

- Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne ;
- Mettre en place ou poursuivre l'implantation, dans tous les territoires locaux, des services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques ;
- Offrir un continuum de services pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Le cadre de référence du Nord-du-Québec pour les maladies chroniques vise à développer une vision régionale commune, afin d'assurer une gestion optimale des maladies chroniques. Il propose la mise en place d'un réseau de services intégrés, afin d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Cette démarche permet d'assurer la coordination et la continuité des services par une organisation des services basée sur une approche globale qui intègre l'ensemble des services et des activités, soient : la promotion, la prévention, le dépistage, l'investigation, le traitement, la réadaptation, le soutien et les soins de fin de vie pour chacun des centres de santé de la région. Elle favorise une collaboration interprofessionnelle au niveau local et régional et l'utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles.

La région offre la possibilité de miser sur une organisation des services généraux de première ligne et de favoriser le travail en équipe interdisciplinaire. Les personnes atteintes de maladies chroniques doivent se responsabiliser dans la gestion de leurs maladies et l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé. Le cancer n'est pas intégré dans ce document, puisque la région possède un plan d'action régional de lutte contre le cancer.

Le présent document est basé sur le *Programme régional de la trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques* du Saguenay Lac-Saint-Jean, le *Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques* de la région de Québec et du *Plan d'action régional : lutte contre le cancer du Nord-du-Québec*. Le cadre de référence est évolutif et d'autres documents pourront s'y joindre tout au long de l'avancement des travaux.

Vision

L'équipe vise la responsabilisation de chacun face à sa maladie en l'aidant à prendre des décisions éclairées et appropriées à leur condition. Une organisation des services basée sur les besoins évolutifs de la population et le développement des compétences.

L'équipe en maladies chroniques souhaite que toutes les personnes du Nord-du-Québec, atteintes de maladies chroniques et leurs proches, aient accès à un réseau de soins et de services intégrés de qualité et continus, le plus près possible de leur milieu de vie. Les soins et les services seront offerts par des professionnels œuvrant au sein d'une équipe interdisciplinaire qui travailleront vers un but commun : contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes du Nord-du-Québec atteintes de maladies chroniques et leurs proches.

Philosophie d'intervention

La philosophie sur laquelle repose la planification régionale pour assurer un continuum des services, est liée aux lignes directrices citées dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les services et les soins à offrir reposent sur la conviction que :

- ▶ les personnes et leurs proches ont le droit de participer à une discussion éclairée sur les choix des soins de santé et de proposer des solutions pour optimiser leur qualité de vie ;
- ▶ l'ensemble des besoins physiques, psychologiques et sociaux doivent être pris en considération à toutes les étapes de la maladie. Les soins et services doivent tenir compte de leur milieu de vie, du développement de chacun des proches, dans le respect des ressources de la famille et de leur mode d'adaptation ;
- ▶ le principe de bienfaisance et non malfaisance (les actions doivent produire plus de bien que de mal) doit être respecté, quel que soit le volet d'intervention ;
- ▶ les personnes et leurs proches ont le droit d'avoir un porte-parole pour la défense de leurs intérêts, si elles sont dans l'incapacité de participer à la prise de décision ou choisissent de ne pas le faire ;
- ▶ les personnes et leurs proches ont droit à des soins coordonnés, de la part des différents partenaires, à toutes les étapes du continuum des services ;
- ▶ les normes et critères de qualité doivent être respectés.

Définition des maladies chroniques

Les maladies chroniques se définissent de la façon suivante : « Toutes ces maladies se caractérisent par une origine non contagieuse, par le cumul et l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque tout au long de la vie d'une personne, par une longue période de latence et un cours prolongé, par des dérangements fonctionnels ou des incapacités et, souvent, par l'incurabilité »¹.

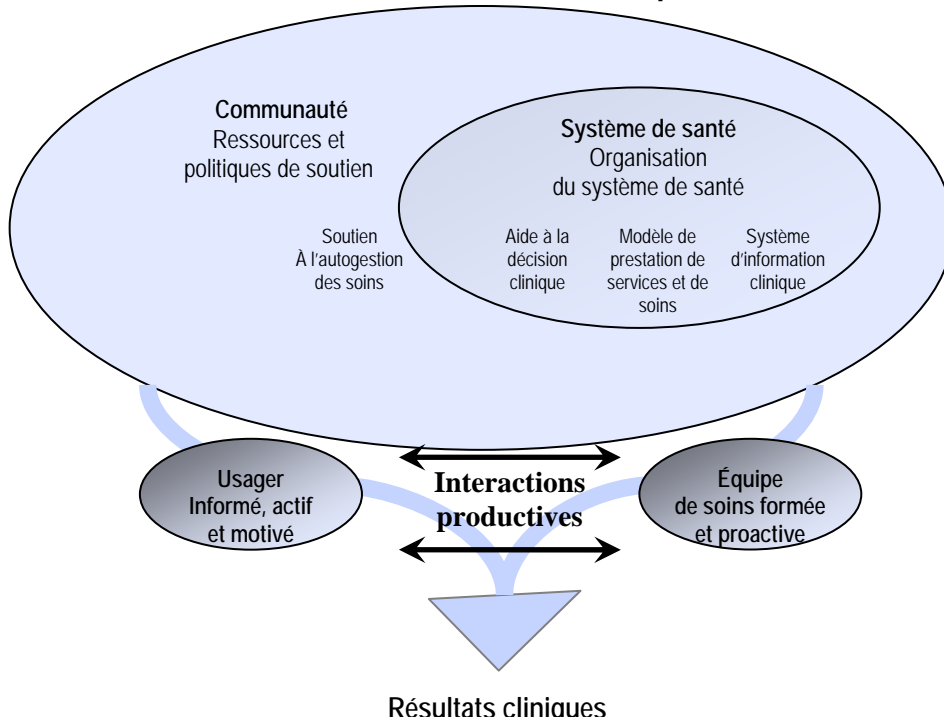
Réseau de services intégrés

Un ensemble de services de santé et de services sociaux de qualité à court, moyen et long terme, interdépendant, organisé et coordonné sur le territoire. Les services sont offerts en concertation, en partenariat, en collaboration et en complémentarité, grâce à un continuum d'interventions préventives, curatives, de réadaptation et palliatives, par des ressources des secteurs de la santé, sociaux, communautaires, bénévoles et privés. Les services sont offerts en vue de mieux répondre à l'ensemble des besoins sociosanitaires d'une clientèle ciblée, de manière personnalisée et adaptée à ses besoins et à ceux de sa famille et de ses proches, dans un souci de gestion optimale des ressources.

- Rapprocher les services de la population ;
- Faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de la santé et des services sociaux ;
- Assurer une meilleure prise en charge des personnes.

1. LISE CARDINAL ET AUTRES. *Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 42.*

Modèle intégré des soins et des services liés aux maladies chroniques



Source :
PRISME GESTION OPTIMALE DES MALADIES CHRONIQUES. Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois. Édition spéciale, mars 2005

Communauté : Mobiliser les ressources de la communauté, afin qu'elles répondent aux besoins des usagers, telles que : les entreprises d'économie sociale en aide domestique, les pharmacies communautaires, les cliniques médicales, les ressources non institutionnelles, les organismes communautaires, etc.

Système de santé : Assurer la gestion intégrée des maladies chroniques, mettre l'accent sur la sécurité et la qualité, soutenir les initiatives d'amélioration, développer des ententes qui faciliteront la coordination des soins.

Soutien à l'autogestion des soins : Habilitier et préparer l'utilisateur, qui est le principal acteur, à se responsabiliser face à sa santé avec l'utilisation de stratégies comprenant : l'évaluation, l'éducation, la fixation d'objectifs, la planification des activités, la résolution des problèmes et le suivi.

Aide à la décision : Encourager les pratiques basées sur les données probantes (formations continues, lignes directrices, guides, protocoles) pouvant provenir de différents organismes (RQAM, Diabète Québec, Conseil du médicament, médecins, médecins spécialistes, ordres professionnels, etc.)

Modèle de prestation des services et des soins, production de soins : Assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services; définir les rôles et responsabilités; planifier des rencontres d'équipes interdisciplinaires ; assurer la coordination de la prestation des services; assurer un suivi régulier des usagers.

Système d'informations cliniques : Identifier la population cible, partager l'information afin d'assurer la coordination des soins, évaluer la performance de l'équipe de soins et de l'organisation du système de soins.

Objectifs généraux

- Favoriser l'identification précoce des comportements qui, à long terme, peuvent conduire au développement des maladies chroniques ;
- Éduquer les personnes atteintes de maladies chroniques, sur la maladie et ses effets ;
- Traiter un problème de santé aigu : une maladie, un symptôme ou un traumatisme ;
- Maintenir les capacités, l'autonomie et la qualité de vie des personnes le plus longtemps possible dans leur milieu naturel ;
- Rehausser l'offre globale des services de première ligne pour les personnes souffrant d'une maladie chronique évolutive en vue de réduire, voir d'éviter l'hospitalisation de cette clientèle ;
- Consolider la pratique des suivis systématiques des clientèles, auprès des personnes souffrant de maladies chroniques ;
- Assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité entre les différents niveaux des soins et des services ;
- S'assurer de la disponibilité d'une équipe interdisciplinaire.

Clientèle visée

Le cadre de référence regroupe plusieurs maladies chroniques et offre une gamme commune de services pour les personnes à risque ou atteintes de maladies chroniques et leurs proches, qui ont besoin d'un suivi systématique et des services continus, à moyen et long terme, au niveau local. Dans un premier temps, les principales maladies chroniques ciblées sont :

- Le diabète ;
- Les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) ;
- L'asthme ;
- Les maladies cardiovasculaires.

Le continuum

Agir auprès de la population et des individus présentant des facteurs de risque modifiables

Agir auprès des personnes atteintes de maladies chroniques et de leurs proches

Prévention

Diagnostic

Traitement

Suivi

Soutien

Mettre en place l'approche « 0-5-30 : COMBINAISON PRÉVENTION » au Nord du Québec

- Des actions éducatives
- Des actions environnementales
- Des pratiques cliniques préventives. (*Counseling*, dépistage, immunisation).

Détection précoce des facteurs de risque : tabac, alcool, tension artérielle, inactivité physique, cholestérol, excédent de poids, alimentation malsaine, contexte socioéconomique, ...etc.

Référence systématique des personnes à risque

Programme HTA

Clinique d'arrêt tabagique

Programme de vaccination

Le médecin traitant a la responsabilité de l'usager et en assume la prise en charge.

Centre d'enseignement et de réadaptation :

- › Enseignement individuel
- › Enseignement de groupe
- › Intervention pharmaceutique
- › Intervention nutrition
- › Intervention psychosociale
- › Réadaptation (exercice physique, réadaptation respiratoire...)

Accès aux services :

- › Médicaux et diagnostiques spécialisés
- › Pharmaceutiques
- › Nutritionnels
- › D'inhalothérapie
- › Infirmiers
- › De réadaptation
- › De l'urgence et de l'hospitalisation
- › Du soutien à domicile

Suivi qui mise sur le travail d'équipe et l'interdisciplinarité (clientèle atteinte de façon modérée et sévère).

Diagnostic des conditions comorbides.

Info-Santé

Soutien d'ordre pratique et psychosocial auprès de la personne et de ses proches

Services d'adaptation et de réadaptation

Centre de jour

Services de soins de fin de vie

Portrait des maladies chroniques

Les maladies chroniques sont parmi les problèmes de santé les plus répandus au Québec, elles sont les plus évitables et aussi les plus coûteuses auxquelles la population québécoise doit faire face. Au Canada, seize millions de personnes vivent avec une maladie chronique, ces maladies causent 87 % des incapacités et, engloutissent 67 % des coûts des soins de santé. Le fardeau est lourd, tant pour les personnes atteintes et leurs proches, que pour le système de santé.

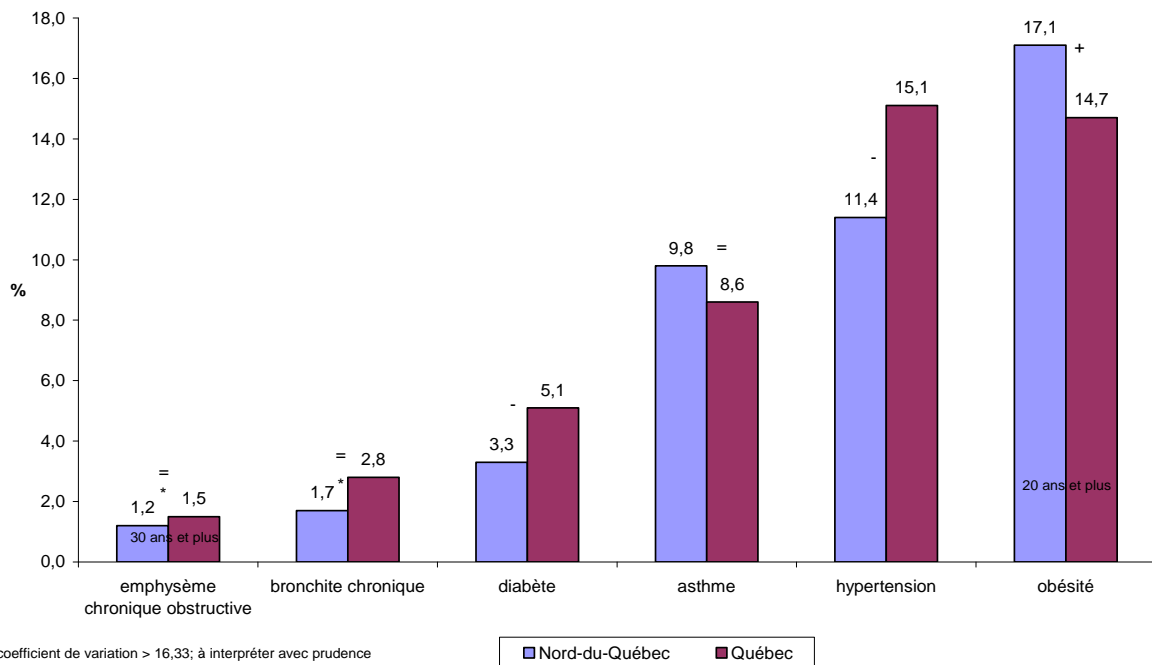
La prévalence de certaines maladies chroniques chez les personnes de 12 ans et plus, démontre que dans la région comme dans le reste du Québec, plusieurs personnes vivent avec une ou plusieurs maladies chroniques. L'obésité, l'hypertension et l'asthme présentent une prévalence plus élevée.

Figure 1

*

Prévalence de certaines maladies chroniques chez les personnes de 12 ans et plus

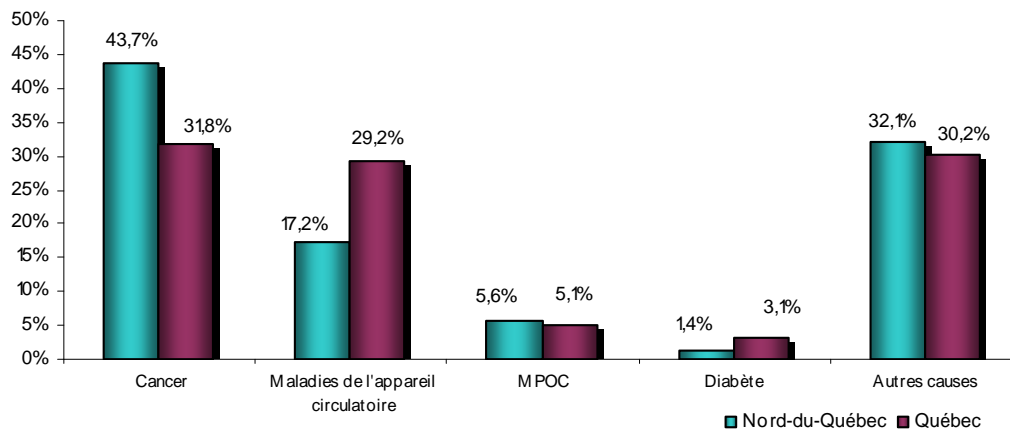
Région sociosanitaire du Nord-du-Québec et le Québec



Source : Statistique Canada, ESCC cycle 3.1 (2005), fichier du partage, compendium produit par l'Institut de la statistique du Québec

Selon l'*Organisation mondiale de la santé*, les maladies chroniques sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Présentement, à l'échelle de la planète, les maladies chroniques constituent 60 % des décès et 42 % de la morbidité. La région du Nord-du-Québec n'échappe pas à ce fléau. En effet, 70 % des causes de décès, entre 2000 et 2005, étaient attribuables aux maladies chroniques.

Figure 2
Causes de décès
au Nord-du-Québec et au Québec
2000 à 2005

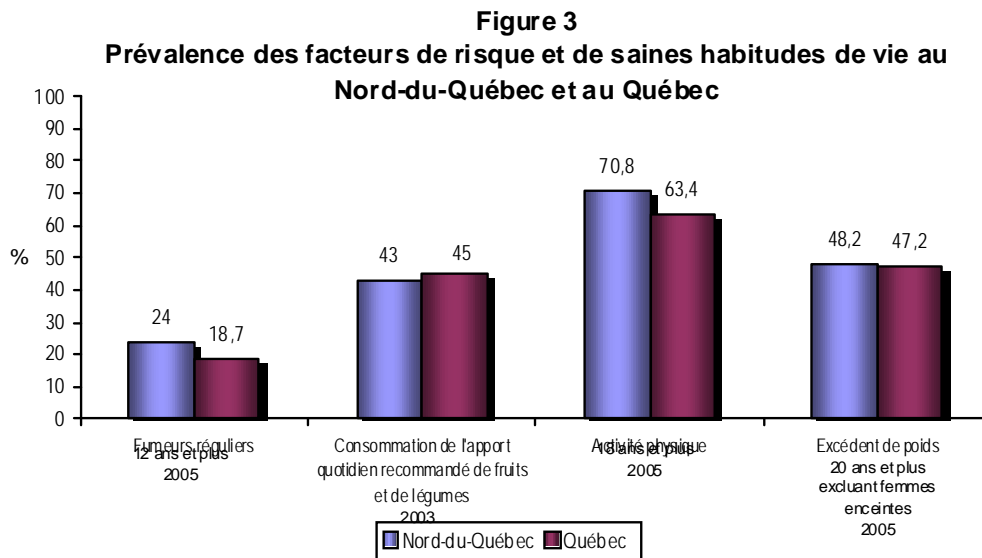


Source : MSSS, fichier des décès.

Place de la prévention

L'évolution rapide des maladies chroniques au sein de notre population n'est plus à démontrer. Elles sont en grande partie responsables de la diminution de la qualité de vie, en plus d'être une cause importante de mortalité précoce. Puisque les experts allèguent qu'à ce jour, la prévention demeure le moyen le plus efficace de réduire l'impact de la maladie au sein de la population, l'objectif, certes, doit être d'en réduire la fréquence, la durée et la gravité. Pour y parvenir, la promotion de la santé et du bien-être de la personne, de la famille et plus largement, des collectivités s'avèrent une avenue jugée prometteuse.

Les maladies chroniques ont en commun des facteurs de risque qui interagissent tout au long de la vie des individus : certains ne sont pas modifiables (l'âge, le sexe, l'origine ethnique et l'héritage génétique), d'autres par contre le sont (comportementaux, psychosociaux et environnementaux). C'est justement au niveau des facteurs modifiables que la santé publique, a retenu, aux fins d'intervention de base sur les maladies chroniques, trois saines habitudes de vie qui impliquent : le non usage du tabac, l'alimentation adéquate et la pratique régulière d'activités physiques. Il faut savoir qu'à eux seuls, le tabagisme, l'alimentation inadéquate et la sédentarité, causent environ 80 % des décès liés aux maladies cardiovasculaires, 90 % de ceux liés au diabète et 30 % des décès attribuables aux cancers². De plus, des interventions en promotion et prévention sur ces trois habitudes de vie ont démontré une efficacité acceptable et suffisante pour être recommandée³.



Source : Statistique Canada, ESCC cycle 2.1 (2003) et cycle 3.1 (2005), fichier de partage, compendium produit par l'Institut de la statistique du Québec

² Marthe HAMEL, *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, p. 33

³ Lise CARDINAL et autres, *Op. cit.*, p. 44.

État de situation de certaines habitudes de vie

Les cibles à atteindre, ainsi que les données d'enquêtes les plus récentes sont présentées relativement à chacune des habitudes de vie.

Tabagisme : Le Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008, vise à :

- Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire, à 13 % ;
- Réduire la proportion de fumeurs des 15 ans et plus, à 16 %.

À ce jour, le tabagisme demeure le facteur de risque associé au plus grand nombre de décès évitables au Québec³. Dans la région, bien que la proportion régionale de fumeurs réguliers et occasionnels (29,9 %) semble diminuer au fil des enquêtes, elle demeure tout de même plus élevée que celle du Québec (24,4 %).

Les méfaits du tabagisme ne se limitent pas seulement à la consommation, mais également au risque d'exposition à la fumée dans l'environnement qui engendre des conséquences néfastes non seulement chez les fumeurs, mais également chez les non fumeurs. Les Jamésiens se prétendent davantage exposés quotidiennement à la fumée secondaire dans les lieux publics (32,8 %), que les Québécois (22,9 %). La mise en application de la loi modifiant la Loi 112 devrait contribuer à réduire l'exposition à la fumée secondaire, de même qu'à engendrer des gains appréciables sur la réduction du tabagisme au sein de la population jamésienne.

Activité physique : Le Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008, vise à :

- Augmenter de 5 % la proportion des personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

La pratique régulière d'activités physiques a des retombées importantes pour la santé et inversement, la sédentarité s'avère néfaste tout en engendrant des coûts non négligeables pour le système de santé. En fait, elle est associée à une mortalité précoce, une morbidité cardiovasculaire accrue, une moins grande capacité de régulation du métabolisme des sucres et des gras, une capacité musculo-squelettique diminuée et un niveau plus élevé de symptômes de dépression et d'anxiété.

³ Marthe HAMEL, Op.cit.

Pour la région, la proportion de personnes actives âgées de 18 ans et plus, s'élève à 43,2 %, alors qu'elle était de 37,8 % pour le Québec, en 2005. L'analyse, selon le sexe et l'âge, révèle que les jeunes filles, les jeunes garçons et les hommes, s'avèrent beaucoup plus actifs que leurs homologues québécois. Bien que la région se démarque positivement, il n'en demeure pas moins que des interventions en promotion de l'activité physique doivent être offertes et intensifiées, afin que davantage de Jamésiens intègrent cette habitude à leur quotidien.

Alimentation : Le Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008, vise à :

- Augmenter la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du *Guide alimentaire canadien* concernant la consommation des quatre groupes alimentaires ;
- Augmenter de 5 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et légumes par jour ;
- Réduire l'apport quotidien moyen de sodium sous 3 350 mg, pour atteindre l'apport maximal tolérable selon l'âge ;
- Réduire à moins de 4,5 % la proportion des personnes de 12 ans et plus vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire.

Une alimentation en quantité et en qualité adéquates constitue la base du développement normal de toute personne, tout en favorisant la résistance du système immunitaire et en protégeant contre certains types de cancers et maladies chroniques. De plus, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes aide à réduire l'apport énergétique journalier grâce à leur pouvoir rassasiant.

Le portrait des habitudes alimentaires du Nord-du-Québec s'avère moins remarquable comparativement à l'activité physique. En 2003, seulement 43 % de la population du Nord-du-Québec, consommait quotidiennement cinq portions ou plus de fruits et de légumes par jour : cette proportion se révèle sensiblement identique à celle du Québec (45 %). Les considérations financières ne semblent pas expliquer que beaucoup de Jamésiens consomment trop peu de fruits et de légumes. En effet, l'indice d'insécurité alimentaire fournit des informations concernant les personnes qui, en raison d'un manque d'argent, se sont soit inquiétées de ne pas avoir assez de nourriture, soit ont manqué effectivement de nourriture, soit n'ont pas mangé d'aliments de qualité ou de variété désirée. À cet égard, la région présente une proportion comparable à celle du Québec de personnes âgées de 12 ans et plus, se considérant en insécurité alimentaire.

Excès de poids : Le Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008, vise à :

- Réduire de 2 % la prévalence de l'obésité ;
- Réduire de 5 % la prévalence de l'embonpoint.

Santé Canada définit l'embonpoint par un indice de masse corporelle (IMC) de 25 à 29,9 kg/m² et l'obésité par un IMC de 30 kg/m² et plus. L'excédant de poids, qui s'exprime en termes d'embonpoint et d'obésité, est un facteur de risque de plusieurs maladies chroniques dont le diabète et les maladies cardiovasculaires. Dans la région, tout comme au Québec, la moitié des personnes de 20 ans et plus (excluant les femmes enceintes) présentent un excédent de poids, dont 17,1 % étaient classés dans la catégorie « obésité », en 2005.

Tout bien considéré, l'analyse des données d'enquête montre que des améliorations se sont produites à l'égard de l'usage du tabac et que les Jamésiens se démarquent positivement en ce qui a trait à l'activité physique. Il semble que ce soit plutôt les habitudes alimentaires qui laissent le plus de place à des améliorations. Il en demeure, cependant, que ces trois habitudes de vie doivent être considérées conjointement, puisqu'elles jouent un rôle majeur dans le maintien de la santé des individus. Il faut chercher à améliorer les choix alimentaires, de même que diminuer l'exposition de la fumée dans l'environnement, tout en maintenant les acquis en regard de la pratique d'activités physiques et de loisirs et de la réduction de la consommation du tabac.

L'adoption de saines habitudes de vie

La prévention poursuit un double objectif : réduire chez des gens en bonne santé le risque de développer des maladies et détecter au plus tôt ces problèmes avant qu'ils n'aient pris trop d'ampleur. Les activités de prévention s'adressent à l'ensemble de la population ou à certains groupes vulnérables et elles consistent à :

- Mieux faire connaître les facteurs de risque associés aux principaux problèmes de santé et les moyens de prévention efficaces ;
- Diffuser ces connaissances auprès de la population ;
- Favoriser le recours aux interventions préventives efficaces par les intervenants de première ligne¹².

Voyons deux exemples d'activités de prévention privilégiées par la Direction de santé publique :

Kino-Québec

Les activités du programme visent à promouvoir un mode de vie physiquement actif, pour contribuer au mieux-être de la population québécoise. Kino-Québec privilégie deux stratégies afin d'amener la population à adopter un mode de vie plus actif, c'est-à-dire agir autant sur les facteurs personnels que sur les facteurs environnementaux. Plus précisément, dans la région, Kino-Québec vise à :

- Concevoir, mettre en œuvre et soutenir des mesures appropriées, notamment des activités de communication, pour qu'une plus grande partie de la population québécoise soit physiquement active ;
- Influencer et mobiliser les instances régionales et locales de manière à ce qu'elles favorisent la création d'environnements qui permettront de réduire les obstacles à la pratique régulière d'activités physiques.

¹² Marthe HAMEL, Op. cit., p.65.

L'approche intégrée « 0-5-30 : COMBINAISON PRÉVENTION »

Cette approche intégrée vise la mise en place d'interventions ciblant à la fois les individus et les environnements, dans l'optique de promouvoir l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. En fait, l'approche « 0-5-30 : COMBINAISON PRÉVENTION » se fonde sur deux principes directeurs qui orientent le choix des stratégies, des méthodes et des interventions qui en découlent. Le premier principe intègre trois mesures autour d'un message unifié et mobilisateur faisant la promotion de : « zéro fumée », de : « cinq fruits et légumes par jour », ainsi que de : « trente minutes d'activités physiques quotidiennement ». Le second principe est celui de la combinaison de stratégies. L'approche éducative et environnementale assure justement un arrimage dans le but d'obtenir des résultats, autant sur les facteurs internes sous le contrôle des individus, que sur les facteurs externes hors de leur contrôle. Elle amorce et soutient le changement dans les environnements de manière à rendre les choix santé plus faciles et les choix moins santé, plus difficiles.

Plus précisément, les stratégies d'intervention retenues par la Direction de santé publique en lien avec l'approche 0-5-30 : COMBINAISON PRÉVENTION sont :

- Les actions éducatives :

Elles portent sur l'éducation à la santé. Elles sont destinées à l'ensemble de la population et elles visent l'amélioration des connaissances, des habiletés et des attitudes favorables à l'adoption de comportements plus santé en vue de modifier les comportements individuels. Ces actions se traduisent surtout par des campagnes de communication et des activités d'éducation à la santé. Lorsqu'elles sont effectuées par des professionnels de la santé, les actions éducatives se traduisent par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives (PCP) reconnues efficaces pour promouvoir les saines habitudes de vie. Les PCP seront présentées avec plus de détails à la section 2.3.

- Les actions environnementales :

Elles visent la modification des milieux de vie, afin que la population ait accès à des milieux favorables à l'adoption de saines habitudes. Pour ce faire, les interventions se concentrent sur quatre niveaux :

- **La disponibilité des produits** (ex. : veiller à ce que l'offre de service parascolaire inclut des activités sportives répondant aux besoins des étudiants plus sédentaires.) ;
- **Les structures physiques** (ex. : soutenir l'aménagement d'infrastructures permettant la pratique d'activités sportives et de loisirs (piste cyclable, sentiers de ski de fond et de raquettes, etc)) ;
- **Les structures sociales et politiques** (ex. : convaincre, soutenir et outiller le milieu scolaire sur l'importance de se doter d'une politique alimentaire) ;
- **Les messages culturels et médiatiques** (ex. : diffuser et faire connaître les stratégies utilisées par l'industrie du tabac dans le recrutement de nouveaux fumeurs (particulièrement, les jeunes)).

Les actions environnementales cibleront principalement les milieux où les gens vivent, travaillent et se divertissent : le milieu de garde à l'enfance, le milieu scolaire, les municipalités, le milieu de travail et le milieu associatif et communautaire. Il va sans dire qu'un engagement de plusieurs acteurs et une réelle nécessité de soutenir les milieux s'avèrent essentiels, afin de mobiliser des intervenants de ces secteurs pour que les changements se produisent.

- Les pratiques cliniques préventives

Ce type d'intervention jugé efficace dans la prévention des maladies chroniques comprend le dépistage, les soins préventifs et le *counseling* des personnes présentant des facteurs de risque. Les interventions sont orientées en fonction des déterminants les plus influents et du stade de changement où se situe le participant. Les pratiques cliniques préventives sont généralement offertes dans le cadre de consultations auprès des cliniciens de première ligne, notamment les médecins, les infirmières et les nutritionnistes. Ces derniers occupent une position privilégiée pour contribuer à la prévention, puisqu'ils rencontrent à de nombreuses occasions des personnes présentant certains facteurs de risque. Leur influence auprès du participant s'avère très importante.

Le choix du *counseling* bref s'appuie sur la littérature démontrant que l'intégration des messages préventifs dans les interventions quotidiennes des professionnels de la santé, constitue un moyen efficace et rentable, non seulement parce qu'elles sont moins coûteuses que les soins et traitements évités, mais aussi parce qu'elles permettent aux individus de demeurer plus longtemps actifs en modifiant leurs comportements. Les cliniciens sont encouragés à promouvoir les comportements sains, à offrir du *counseling*, ainsi qu'à déceler certains facteurs de risque ou problèmes de santé auprès des personnes considérées encore asymptomatiques. En somme, les pratiques cliniques préventives seront ciblées par les intervenants de première ligne, selon les divers contextes de pratique. Le *Programme national de*

santé publique 2003-2012 (PNSP) recommande quatre pratiques cliniques préventives en lien avec les maladies chroniques :

- ▶ *Counseling* antitabac, incluant l'intervention brève ou minimale et l'intervention intensive ;
- ▶ *Counseling* en faveur d'une saine alimentation (bref ou intensif) ;
- ▶ *Counseling* en faveur de l'activité physique (bref ou intensif) ;
- ▶ Dépistage et prise en charge de l'hypertension artérielle.

Toutefois, malgré l'efficacité démontrée de ces pratiques, leur implantation présente des défis dans la mise en œuvre. Ainsi, des moyens efficaces sont à développer pour faciliter leur implantation ou leur optimisation dans la pratique quotidienne.

Éviter, retarder et diminuer la survenue de problèmes de santé

La santé publique se caractérise par des actions précoces, se situant la plupart du temps avant que ne surviennent les problèmes relatifs à la santé ou au bien-être¹⁴. De façon plus spécifique, voyons deux exemples d'interventions retenues pour prévenir les complications.

Les centres d'abandon du tabagisme

Les *centres d'abandon du tabagisme* (CAT), implantés dans tous les centres de santé de la région, offrent un service de soutien à la cessation du tabagisme. Le professionnel de la santé qui intervient dans les CAT soutient la personne désirant arrêter de fumer selon ses besoins. Les CAT offrent gratuitement aux fumeurs de l'aide individuelle ou de groupe, des suivis personnalisés et lorsqu'il y a prescription, de la thérapie de remplacement de nicotine.

Choisir de maigrir ?

Le programme *Choisir de maigrir ?*, implanté à Chapais et à Chibougamau, est une démarche de groupe venant en aide aux femmes préoccupées par leur poids. Le programme s'appuie sur une approche biopsychosociale, tenant compte de l'ensemble des déterminants du poids et des habitudes de vie. Les participantes, avec l'aide d'une nutritionniste et d'un intervenant psychosocial, entament un processus de réflexion qui les amènera à prendre une décision éclairée en matière d'amaigrissement et à élaborer leur propre plan d'action. Le programme offert vise à améliorer la santé globale des femmes, en modifiant leurs attitudes et comportements à l'égard du poids, de l'image corporelle, de l'alimentation et de l'activité physique.

¹⁴ Lise CARDINAL et autres, Op. cit., p.5.

Les services généraux de première ligne

Porte d'entrée du système de santé et des services sociaux, les services généraux de première ligne comportent : les services généraux s'adressant à l'ensemble de la population et les services spécifiques qui réfèrent à des problématiques particulières. Généralement, on y retrouve la détection et un diagnostic précoce, des services d'enseignement et d'autogestion, un suivi systématique à l'intérieur des services intégrés et coordonnés par un intervenant pivot.






Une gamme de services regroupant l'ensemble des services psychosociaux et de santé (préventifs, d'évaluation, diagnostiques, curatifs, palliatifs, de réadaptation, de soutien et de promotion de la santé) est présente dans la région, soit :

- Activités de promotion de la santé et de prévention ;
- Arrêt tabagique ;
- Services médicaux ;
- Services d'enseignement incluant l'observance de la médication à la vaccination ;
- Services de traitement ;
- Services de soins infirmiers ;
- Services psychosociaux (gestion du stress / soutien psychosocial) ;
- Services pharmaceutiques ;
- Services de réadaptation visant un changement de comportement ;
- Services de nutrition ;
- Services d'inhalothérapie ;
- Soutien technique : fournitures médicales, équipements et aides techniques ;
- Soins et assistance personnelle.

Plusieurs partenaires du réseau local offrent également des services à la population. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer les :


- cliniques médicales,
- services municipaux et autres services intersectoriels,
- organismes communautaires.

Les services disponibles dans la région du Nord-du-Québec pour les maladies chroniques

ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE										
INTERVENANT PIVOT										
	Promotion / prévention	Médicaux	Soins infirmiers	Pharmaceutiques	Nutrition	Psychosocial	Inhalothérapie	Cessation tabagique	Réadaptation / Activité physique	Enseignement
Chapais	X	X	X		X	X	X	X	▲	X ▲
Chibougamau	X	X	X	X	X	X	X	X	▲	X ▲
Lebel-sur-Quévillon	X	X	X		X	X		X	▲	X ▲
Matagami	X	X	X		X	X	X	X	▲	X ▲
Radisson	X	X	X		X 	X		X		X ▲

X Service présent

▲ À développer

 À distance

 Télésanté

Les composantes d'éducation, d'autogestion de la maladie par l'utilisateur et la réadaptation constituent des éléments essentiels d'une offre de service pour cette clientèle. Le rôle des personnes atteintes d'une maladie chronique et leurs proches est important dans la réussite des traitements et de la gestion de la maladie. Ceux-ci doivent être impliqués, puisqu'ils ont à vivre avec les conséquences et les limitations qu'engendre une maladie chronique.

Intégration et coordination des soins et des services

Les centres de santé doivent offrir des services intégrés coordonnés par un intervenant pivot. De plus, les intervenants pivots doivent être en lien proactif avec les usagers, leurs proches, les médecins, les intervenants, les organismes communautaires et les différentes directions.

Les personnes atteintes de maladies chroniques peuvent accéder au programme de différentes façons, soit par : leur médecin de famille, un professionnel, un médecin spécialiste, les partenaires externes et Info-Santé. Par contre, elles demeurent sous la responsabilité de leur médecin de famille. Le médecin de famille joue un rôle important, car c'est le premier et parfois le principal médecin avec lequel la personne a des échanges. Le médecin de famille permet d'assurer la continuité des soins.

De plus, les personnes atteintes d'une maladie chronique peuvent nécessiter une gamme de services par rapport à leurs besoins de soins aigus et de soins chroniques.

Soins chroniques et soins aigus⁴

	Soins aigus	Soins chroniques
Philosophie	Diagnostic & guérison	Prévenir & traitement global : (Physique, psychologique et social)
Usager	Adhérence au traitement	Autogestion
Intervenant	Réactif	Proactif
Visés	Biologique & physiologique	Qualité de vie
	Visites pour exacerbation ou décompensation.	24 h – 7 j – 365 j

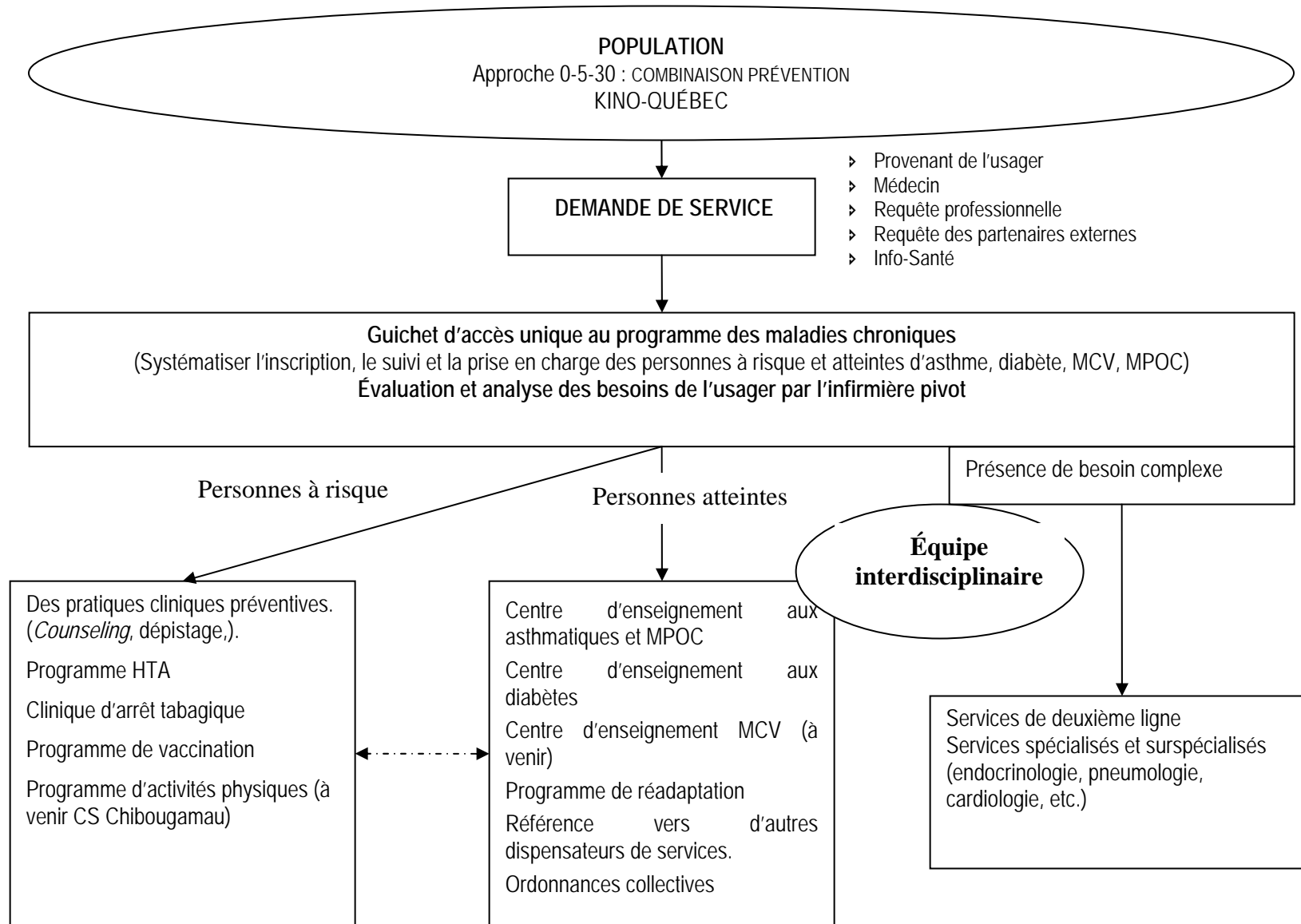
⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Programme provincial de formation en MPOC et en insuffisance cardiaque, *Module 1 : Nature, impacts et approches reconnues de traitement et d'organisation de services en MPOC et en insuffisance cardiaque*, Québec, MSSS, 2003, p. 28.

Des mécanismes de liaison et de communication doivent être mis en place pour assurer la coordination des soins.

- ▶ Un comité local portant sur les maladies chroniques peut assurer la mise en place et le suivi des mécanismes de liaisons et de communications ;
- ▶ L'utilisation de formulaires de référence et de liaison ;
- ▶ L'utilisation d'un carnet de santé pour les personnes atteintes de maladies chroniques, contenant toutes les informations pertinentes.

La transmission de l'information est d'une très grande importance et un exercice sur les formulaires de l'organisation est présentement en cours. Toutefois, la mise en circulation de nouveaux formulaires doit se faire en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et des programmes.

Trajectoire des services pour la clientèle à risque ou atteinte de maladies chroniques



Au moment de la phase aiguë ou instable, le médecin traitant, les infirmières, les nutritionnistes et les inhalothérapeutes des centres de santé donnent les informations de base et d'urgence.

L'enseignement aux personnes atteintes d'une maladie chronique peut se faire sur une base individuelle et de groupe avec la possibilité de choisir un enseignement complet ou par thématique.

Intervenant pivot

L'intervenant pivot a un rôle particulier ; c'est un professionnel qui coordonne l'ensemble des services nécessaires, il intervient dès le diagnostic et durant toute la trajectoire de la maladie. Divers modèles ont ainsi été adaptés afin d'assurer une meilleure coordination des soins, des services et une utilisation optimale des ressources. Il soutient, accompagne, informe l'utilisateur et rend possible la continuité entre les interventions des multiples acteurs. Ce rôle doit s'exercer dans une perspective de renforcement des capacités personnelles (*empowerment*) des usagers, à l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire et en collaboration avec les ressources de la communauté.

Rôles de l'intervenant pivot

- Coordonner les activités liées aux programmes sous sa responsabilité ;
- Évaluer les besoins des personnes, de ses proches et s'assurer que l'on réponde à ces besoins ;
- S'assurer que, tout au long du processus, l'utilisateur reçoive les soins et l'information que son état nécessite, d'une manière et au moment appropriés ;
- S'assurer de l'adaptation à la maladie et du maintien d'une bonne qualité de vie, en se centrant sur le respect des valeurs de la personne atteinte d'une maladie chronique ;
- Assurer l'intégration et la continuité des services entre les professionnels et entre les lieux de soins (centre de santé, milieu communautaire) ;
- Exprimer un *leadership* auprès des équipes ;
- Agir et être reconnue comme experte du domaine dont il a la responsabilité ;
- Former les équipes soignantes afin de maintenir un haut niveau de connaissances ;
- Assurer un soutien continu aux équipes soignantes ;
- Assurer un rôle de premier plan en promotion et prévention à l'intérieur de ses programmes.

Par ailleurs, l'intervenant pivot est nécessairement :

- une personne faisant partie d'une équipe,
- un expert facilement accessible,
- un professionnel qui établit une relation d'aide avec l'utilisateur et ses proches,
- un professionnel accessible là où se trouve l'utilisateur (localisation géographique),
- un porte-parole, un représentant de la personne atteinte de maladies chroniques.

Pour remplir adéquatement ses fonctions, l'intervenant pivot devra avoir les compétences suivantes :

- la relation d'aide et sur le plan des communications interpersonnelles,
- de bonnes capacités à résoudre des problèmes,
- une motivation à travailler auprès des personnes atteintes de maladies chroniques,
- une facilité à travailler en équipe et assurer le *leadership*.

Équipe interdisciplinaire

« L'interdisciplinarité regroupe des intervenants de plusieurs disciplines qui coordonnent leur expertise pour la prestation de soins à une clientèle donnée. Leurs méthodes de travail sont bien orchestrées, de sorte que tous les intervenants, d'une même profession ou de professions différentes, d'une même organisation ou d'organisations différentes, adoptent des modes de fonctionnement concertés dont l'objectif est de rendre leurs actions respectives plus efficaces. L'interdisciplinarité représente donc une nouvelle façon de travailler, une nouvelle façon de concevoir l'organisation des soins qui offre en échange un résultat global qualitativement supérieur à la somme des actes effectués par chacun des intervenants séparément ». ⁵ L'interdisciplinarité implique la complémentarité des actions orientées vers la réalisation d'objectifs communs, en respectant l'expertise de chacun.

- L'approche en équipe interdisciplinaire est une approche centrée sur l'atteinte de résultats ;
- Le partage des connaissances de chacun afin d'établir le plan d'intervention individualisé interdisciplinaire ;
- Les connaissances de chacun sont utilisées ce qui évite la duplication. Il se produit alors une synergie des actions plutôt que la simple addition des gestes ;
- Des buts et des objectifs communs doivent être compris, acceptés et partagés par tous les membres de l'équipe (Hébert, 1997) ;
- Chaque membre doit comprendre son rôle, ses fonctions et ses responsabilités, ainsi que ceux des autres membres de l'équipe et un respect mutuel de ces rôles et compétences doit exister (Hébert, 1997) ;
- Une flexibilité est nécessaire dans le partage des rôles et des responsabilités qui se chevauchent, ainsi que dans l'organisation du travail et le partage des tâches (Lebel, 2000) ;

⁵ Christiane GENDRON, Jean-Pierre GAGNIER et Anne PLANTE, Les équipes interdisciplinaires en oncologie : Avis, Québec, Direction de la lutte contre le cancer, 2005, p. 13.

- Des mécanismes efficaces de communication et de prise de décision doivent être instaurés et réévalués périodiquement ;
- L'implantation et le maintien d'une équipe complète nécessitent la participation de toutes les disciplines pertinentes (Lebel, 2000).

Source : L'INTERDISCIPLINARITÉ. Le réseau Conseil Interdisciplinaire du Québec. Avril 2006

LES AVANTAGES DE L'INTERDISCIPLINARITÉ :

- L'accessibilité par un meilleur accès aux professionnels et aux services ;
- La coordination des services et la continuité des soins par une plus grande cohérence dans les interventions réalisées par les divers acteurs du continuum de soins et d'accompagnement ;
- L'acquisition d'un champ commun de compétences par les échanges professionnels autour des problématiques présentées (éducation médicale interdisciplinaire) ;
- La qualité par un approfondissement de l'expertise, par une meilleure circulation des informations pertinentes, par le développement de normes de pratique fondées sur des données probantes ;
- La rigueur professionnelle et le maintien de la compétence encouragés par le regard que les professionnels portent sur leur travail respectif ;
- Le meilleur suivi de l'usager et des interventions réalisées par chacun ;
- Le partage des tâches et de certaines responsabilités ;
- Le plaisir du travail en équipe ainsi que la solidarité, la complicité et l'aide entre les membres.

CONDITIONS POUR TRAVAILLER EN INTERDISCIPLINARITÉ

- Volonté de la direction ;
- Rôles clairement définis ;
- Identité professionnelle bien établie ;
- Volonté d'atteindre un objectif commun ;
- Respect des compétences des autres ;
- *Leadership* clinico-administratif ;
- Temps réservé et reconnu pour travailler en équipe ;
- Formation de base ;
- Communication efficace ;
- Respect des compétences des autres ;

LIMITES ET CONTRAINTES DE L'INTERDISCIPLINARITÉ

- Individuellement, tout ne doit pas nécessairement être décidé en équipe. Le professionnel doit prendre les décisions qui s'imposent dans son champ de compétences sans continuellement s'adresser à l'équipe (Hébert, 1997) ;
- L'équipe ne doit pas se substituer à la personne atteinte d'une maladie chronique ou d'un cancer et à sa famille ;
- La gestion du temps demeure une contrainte constante (Lebel, 2000) ;
- Relations interprofessionnelles (frontières) ;
- Compétences de l'équipe tributaires de la compétence de ses membres ;
- *Leadership* ;
- Personnalité ;
- Contraintes organisationnelles (horaire, territoire, planification, etc.).

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

- Infirmière ;
- Inhalothérapeute ;
- Intervenant pivot ;
- Intervenant social ;
- Kinésiologue ;
- Médecin attitré au programme ;
- Médecin traitant ;
- Nutritionniste ;
- Pharmacien.

De plus, d'autres intervenants pourront se greffer à l'équipe interdisciplinaire au besoin :

- animateur de pastorale ;
- Auxiliaire familial ;
- Chirurgien ;
- Ergothérapeute ;
- Infirmière de soins de courte durée ;
- Infirmière du milieu de vie ;
- Infirmière du soutien à domicile (SAD) ;
- Pharmacien communautaire ;
- Physiothérapeute ;
- Autres.

MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

- Des périodes de temps consacrées aux discussions de cas reconnus ;
- La régularité des réunions interdisciplinaires ;
- Les réunions d'équipe interdisciplinaires doivent être déterminées à l'avance ;
- La coordination des rencontres par l'intervenant pivot.

Présence des membres

Si un membre est dans l'impossibilité de se présenter à la réunion, celle-ci se tiendra quand même. Aviser l'intervenant pivot de votre absence.

Établissement du type de réunion d'équipe

Rencontre clinique interdisciplinaire où l'objectif ultime est le partage de l'expertise en vue de l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire. Ceci n'est pas une réunion de service.

Modalité de présentation des cas :

- Priorité aux usagers qui présentent des symptômes complexes : selon les besoins des intervenants.
- Plan d'intervention individualisé interdisciplinaire : présentement celui utilisé est le plan d'intervention et d'allocation des services multiclientèles.
- Rétroaction et évaluation annuelle du fonctionnement de l'équipe : évaluation de l'équipe interdisciplinaire à faire à chaque année.

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ

Selon l'article 60.4 du *Code des professions*, le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession. Il ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne. Pour se conformer à cet article de loi, le consentement du client doit se faire de façon écrite et/ou de façon verbale.

L'intervenant pivot s'assurera de l'autorisation écrite du client à transmettre les renseignements pertinents contenus dans le dossier et nécessaires à la continuité des soins et des services aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux, aux médecins, aux professionnels de la santé et aux groupes

communautaires concernés par ces services, lorsque celui-ci accepte de recevoir les services de l'intervenant pivot.

Selon le code de déontologie des infirmières et infirmiers, les infirmières ne doivent divulguer des renseignements sur la santé d'une personne que si elles y sont autorisées par cette personne, à moins que la santé de cette personne ou d'autres soit gravement menacée, ou que la loi oblige à rompre le secret professionnel. Si la divulgation s'impose, la quantité de renseignements dévoilés doit se limiter au minimum nécessaire pour satisfaire aux fins exigeant la divulgation. De plus, le nombre de personnes mises au courant des renseignements doit être limité au minimum nécessaire.

Réadaptation

Tout d'abord, la réadaptation se définit comme étant : « *La somme des activités nécessaires pour restaurer ou maintenir un niveau optimal de fonctionnement physiologique, psychologique, social, professionnel et émotionnel. Cela implique que la réadaptation n'est pas seulement de l'exercice ni seulement physique. La réadaptation est une intervention multidimensionnelle qui touche toutes les composantes de la personne* »⁶. Elle permet de réduire les facteurs de risque modifiables et de réduire les facteurs susceptibles de provoquer des incapacités ou un handicap.

Activité physique

La mise en place d'un programme d'activité physique représente un élément essentiel de la réadaptation des personnes atteintes d'une maladie chronique. Différentes études ont démontré les avantages d'un programme d'activité physique :

- Les lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète précise que « *des études ont démontré l'effet des exercices aérobiques et des exercices contre résistance chez les patients diabétiques qui sont aptes à en faire* ».
- Les recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique- mise à jour 2008 – points saillants pour les soins primaires mentionnent : « *il faut encourager tous les patients qui ont une MPOC à garder des habitudes de vie active. Il faut référer à un programme de réadaptation pulmonaire sous surveillance les patients stables sur le plan clinique qui ont toujours de la dyspnée et dont la capacité d'exercice demeure limitée même s'ils suivent une pharmacothérapie optimale. La réadaptation pulmonaire améliore considérablement la dyspnée, l'endurance à l'effort, la qualité de vie et le risque d'hospitalisation après une exacerbation aiguë de la MPOC. Là où il n'y pas de programmes structurés de réadaptation, il faut encourager les patients à entreprendre un programme d'exercice à domicile afin d'éviter le déconditionnement progressif des muscles squelettiques qu'entraîne l'inactivité* ».

6. Jean JOBIN, François MALTAIS ET Paul POIRIER, « La réadaptation cardiorespiratoire, l'intervention sous-utilisée », *Le médecin du Québec*, vol. 36, n° 4, 2001, p. 97.

Les objectifs du programme d'activité physique :

- ▶ Promouvoir les saines habitudes de vie ;
- ▶ Aider l'utilisateur à acquérir des saines habitudes de vie ;
- ▶ Améliorer la santé cardio-respiratoire, avoir plus de vigueur, mieux contrôler les symptômes ;
- ▶ Améliorer la condition physique de l'utilisateur.

Un programme d'activité physique pourra être élaboré au moment de la mise en place d'un ou d'une kinésiologue au Centre de santé de Chibougamau.

Plan d'action

OBJECTIFS	ACTIVITÉS	RESPONSABLES ET PARTENAIRES	INDICATEURS/ COMMENTAIRES
1. Définir un modèle régional s'appuyant sur les ressources professionnelles disponibles	<ul style="list-style-type: none"> ‣ Inventorier les modèles existants ‣ Assurer le lien avec les médecins traitants ‣ Assurer le lien entre l'urgence et les services d'enseignement ‣ Assurer le lien avec les pharmacies communautaires ‣ Définir les rôles et responsabilités 	Comité régional de lutte contre le cancer et maladies chroniques ; Directions régionales ; Directeurs des services à la clientèle ; Équipe médicale Gestionnaires ; Professionnels.	Cadre de référence du Nord-du-Québec pour les maladies chroniques. Modèle de prestation de services et de soins.
2. Mettre en œuvre <i>L'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION au Nord-du-Québec</i> telle qu'elle est décrite dans le <i>Guide d'implantation</i> .	<ul style="list-style-type: none"> ‣ Former les cliniciens pour la mise en œuvre ‣ Organiser et diffuser les campagnes sociétales et les activités de communication ‣ Mobiliser les partenaires régionaux et locaux ‣ Soutenir les initiatives 	Direction de santé publique ; Gestionnaires ; Équipe médicale ; Professionnels.	Bilan annuel des interventions réalisées en promotion des saines habitudes de vie.
3. Assurer le réseautage	<ul style="list-style-type: none"> ‣ Assurer l'accessibilité à une équipe régionale ‣ La mise en place d'équipe interdisciplinaire ‣ Planifier des rencontres régulières ‣ Participer aux rencontres avec les RUIS 	RUIS ; CRSSSBJ ; Directions régionales ; Équipe médicale ; Gestionnaires ; Équipe interdisciplinaire ; Organismes communautaires.	Ententes écrites soutenant les corridors de services.
4. Assurer l'accès à des services d'enseignement et d'autogestion	<ul style="list-style-type: none"> ‣ Éducation particulière pour chaque problématique ‣ Clinique de diabète ‣ Outils <i>Mieux vivre avec une MPOC</i> ‣ Centres d'enseignement de l'asthme et de la MPOC 	Directions régionales ; Médecins ; Gestionnaires ; Professionnels ; Équipe interdisciplinaire.	Nombre d'utilisateurs. Nombre d'appels téléphoniques. Nombre de rencontres. Nombre de rencontres de groupe.

<p>5. Implanter des services de suivi systématique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Établir un processus de suivi systématique ▶ Évaluer l'utilisateur et planifier en collaboration avec les autres intervenants les services à offrir ▶ Assurer des suivis périodiques et réguliers 	<p>Directions régionales ; Équipe médicale ; Gestionnaires ; Professionnels ; Équipe interdisciplinaire.</p>	<p>Nombre d'interventions par usager.</p>
<p>6. Service d'adaptation et de soutien aux différentes étapes de la maladie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Services médicaux, soins infirmiers, psychosociaux, pharmaceutiques, inhalothérapie, nutrition, réadaptation, soutien à domicile, soins palliatifs ▶ Services aux proches aidants (répit, gardiennage, dépannage) ▶ Service Info-Santé et Info-Social 	<p>Directions régionales ; Équipe médicale ; Gestionnaires ; Professionnels ; Équipe interdisciplinaire.</p>	<p>Nombre d'interventions par usager. Nombre d'utilisateurs desservis en soins palliatifs.</p>
<p>7. Assurer l'accès à des services psychosociaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Participation aux équipes interdisciplinaires ▶ Optimiser l'accès au service psychosocial 	<p>Directions régionales ; Équipe médicale ; Gestionnaires ; Professionnels ; Équipe interdisciplinaire.</p>	<p>Nombre de références vers les intervenants psychosociaux.</p>
<p>8. Assurer l'accès à des services spécialisés et surspécialisés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Identifier clairement les corridors de services avec les services de deuxième et de troisième ligne ▶ Assurer des ententes écrites supportant les corridors de services ▶ Utilisation optimale du corridor de services établi 	<p>MSSS ; RUIS ; Directions régionales ; DAMSSP ; Équipe médicale.</p>	<p>Ententes formelles entre les établissements des niveaux local, régional et suprarégional.</p>
<p>9. Former des équipes interdisciplinaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Désigner des personnes ressources au sein de chaque service (psychosociaux, nutrition, pharmacie, inhalothérapie, réadaptation) ▶ Définir les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe ▶ Déterminer les services et les actions à mettre en place en collaboration avec les autres intervenants ▶ Assurer des rencontres régulières ▶ Assurer l'évaluation annuelle des équipes 	<p>Directions régionales ; Équipe médicale ; Professionnels ; Organismes communautaires.</p>	<p>Formation d'équipes locales d'intervention. Nombre de rencontres des équipes locales.</p>
<p>10. Adopter des outils cliniques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inventorier les outils d'intervention ▶ Convenir de l'utilisation d'outils validés 	<p>Directions régionales ;</p>	<p>Types d'outils disponibles et</p>

<p>communs</p>	<p>et standardisés (outils d'évaluation, fiche de renseignements, plan d'intervention)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concevoir et diffuser des outils cliniques en tenant compte des outils existants (programme, guide, protocole) ➤ Identifier des moyens de diffusion 	<p>Équipe médicale ; Gestionnaires ; Professionnels ; Équipe interdisciplinaire.</p>	<p>utilisés.</p>
<p>11. Assurer un meilleur arrimage des différents services offerts</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Établir des mécanismes de collaboration et de concertation entre les différents dispensateurs de services institutionnels et communautaires ➤ Établir des mécanismes qui permettraient de créer des liens entre les infirmières pivots et les autres types d'intervenants ➤ S'assurer d'un lien de continuité avec : <ul style="list-style-type: none"> • l'usager et son médecin de famille; • les intervenants en prévention et promotion ; • les organismes communautaires; ➤ Développer des mécanismes de référence et de liaison efficaces 	<p>Directions régionales ; Gestionnaires ; Professionnels ; Équipe interdisciplinaire ; Équipe médicale ; Comité régional de lutte contre le cancer et maladies chroniques ; Organismes communautaires concernés.</p>	<p>Descriptions des mécanismes mis en place. Nombre d'ententes entre établissements. Nombre de personnes référées par les médecins aux infirmières pivots. Nombre de rencontres entre intervenants pivots.</p>
<p>12. Offrir des formations aux intervenants</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diffuser les formations disponibles 	<p>Comité régional de lutte contre le cancer et maladies chroniques.</p>	<p>Formation disponible. Nombre de participants.</p>
<p>13. Implanter des protocoles, des normes ou des standards de pratiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Répondre aux exigences de l'agrément ➤ Favoriser une pratique fondée sur des données probantes ➤ Implanter un mécanisme de suivi : <ul style="list-style-type: none"> - reddition de comptes pour des fins d'imputabilité. 	<p>Directions régionales ; Comité régional de lutte contre le cancer et maladies chroniques ; Équipe médicale ; Gestionnaires ; Professionnels ; Équipe interdisciplinaire.</p>	

OBJECTIFS	ACTIVITÉS	RESPONSABLES ET PARTENAIRES	INDICATEURS/ COMMENTAIRES
14. Rendre accessibles les services de soins de fin de vie	Plan de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs.	Comité régional de lutte contre le cancer et maladies chroniques	
15. Produire un plan de communication	Présentation du « Cadre de référence ». Liste de diffusion du cadre de référence	Comité régional de lutte contre le cancer et maladies chroniques.	Le plan de communication.

Les mécanismes de suivi

Mise en place des services intégrés en maladies chroniques

Pour les activités de santé publique, le mécanisme de suivi se concrétisera grâce à la production d'un bilan annuel des interventions réalisées en prévention et promotion des saines habitudes de vie, comme prévues dans le *Guide d'implantation de l'approche 0•5•30 : COMBINAISON PRÉVENTION au Nord-du-Québec*⁷.

Les problématiques ciblées sont le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'asthme et les maladies cardiovasculaires (MCV).

NOMBRE D'USAGERS QUI ONT REÇU DES SERVICES DE L'INTERVENANT PIVOT EN MALADIES CHRONIQUES

- ▶ **Le nombre d'utilisateurs**
Le nombre d'utilisateurs différents, vus, appelés ou qui ont appelé durant l'année financière.
- ▶ **Le nombre d'appels téléphoniques**
Appels reçus ou faits par l'intervenant pivot à des utilisateurs, des proches ou d'autres professionnels, comportant une intervention clinique devant être documentée au dossier.
- ▶ **Le nombre de rencontres**
Le nombre de visites de l'utilisateur afin de rencontrer l'intervenant pivot durant l'année financière.

NOMBRE DE RENCONTRES DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE EN MALADIES CHRONIQUES

NOMBRE D'USAGERS QUI ONT REÇU LES SERVICES DU CENTRE D'ENSEIGNEMENT SUR L'ASTHME

- ▶ **Le nombre d'utilisateurs**
Le nombre d'utilisateurs différents qui ont reçu des services.
- ▶ **Le nombre d'appels téléphoniques**
Appels reçus ou faits à des utilisateurs, des proches ou d'autres professionnels, comportant une intervention clinique devant être documentée au dossier.
- ▶ **Le nombre de rencontres**
Le nombre de visites de l'utilisateur pour recevoir de l'enseignement durant l'année financière.
- ▶ **Le nombre de rencontres de groupe**

⁷ Alain BERGERON et Karine GAUTHIER. *Guide d'implantation de l'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION au Nord-du-Québec*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2008, p.8.

NOMBRE D'USAGERS QUI ONT REÇU LES SERVICES DU CENTRE D'ENSEIGNEMENT SUR LE DIABÈTE

- **Le nombre d'utilisateurs**
Le nombre d'utilisateurs différents qui ont reçu des services.
- **Le nombre d'appels téléphoniques**
Appels reçus ou faits à des utilisateurs, des proches ou d'autres professionnels, comportant une intervention clinique devant être documentée au dossier.
- **Le nombre de rencontres**
Le nombre de visites de l'utilisateur pour recevoir de l'enseignement durant l'année financière.
- **Le nombre de rencontres de groupe**

NOMBRE D'USAGERS QUI ONT REÇU LES SERVICES DU CENTRE D'ENSEIGNEMENT SUR LA MCV

- **Le nombre d'utilisateurs**
Le nombre d'utilisateurs différents qui ont reçu des services.
- **Le nombre d'appels téléphoniques**
Appels reçus ou faits à des utilisateurs, des proches ou d'autres professionnels, comportant une intervention clinique devant être documentée au dossier.
- **Le nombre de rencontres**
Le nombre de visites de l'utilisateur pour recevoir de l'enseignement durant l'année financière.
- **Le nombre de rencontres de groupe**

NOMBRE D'USAGERS QUI ONT REÇU LES SERVICES DU CENTRE D'ENSEIGNEMENT SUR LA MPOC

- **Le nombre d'utilisateurs**
Le nombre d'utilisateurs différents qui ont reçu des services.
- **Le nombre d'appels téléphoniques**
Appels reçus ou faits à des utilisateurs, des proches ou d'autres professionnels, comportant une intervention clinique devant être documentée au dossier.
- **Le nombre de rencontres**
Le nombre de visites de l'utilisateur pour recevoir de l'enseignement durant l'année financière.
- **Le nombre de rencontres de groupe**

Déploiement d'un programme d'activité physique au Centre de santé de Chibougamau pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Les problématiques ciblées sont le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'asthme et les maladies cardiovasculaires (MCV).

- Nombre d'usagers atteints d'une maladie chronique, ayant reçu des services de kinésiologie ;
- Nombre d'heures de prestation des services en kinésiologie données aux usagers atteints d'une maladie chronique.

Conclusion

L'impact des maladies chroniques sur la qualité de vie des personnes et la pression que celles-ci exercent sur les coûts de santé posent un défi important pour notre organisation. Le cadre de référence du Nord-du-Québec pour les maladies chroniques propose un modèle d'intégration des services qui doit s'actualiser dans le travail quotidien des intervenants et se traduire par des pratiques interdisciplinaires pour offrir des services mieux adaptés à la complexité des besoins et au nombre d'intervenants impliqués.

La mise en place de conditions adaptées à notre région est essentielle pour développer une gestion optimale des maladies chroniques. L'enrichissement des connaissances, tant en médecine que pour les autres disciplines du secteur de la santé, exige le travail en interdisciplinarité. L'organisation doit créer des liens avec les établissements régionaux et favoriser le partage d'expertise entre les différents milieux de pratique. De plus, l'implication des médecins est nécessaire pour initier et soutenir des changements au niveau clinique, de même que celle des gestionnaires pour stimuler les changements de pratique, pour soutenir les intervenants et pour assurer l'utilisation efficiente des ressources limitées.

Le cadre de référence vient jeter les principales balises pour structurer l'action dans la démarche d'intégration des services pour les maladies chroniques. Toutefois, ce document est évolutif et d'autres documents pourront s'y joindre tout au long de l'avancement des travaux. Au cours des derniers mois, des sous-comités spécifiques à chaque maladie ont été créés. Présentement, deux sous-comités sont en activité soient : celui des soins palliatifs et celui du diabète. Ceux-ci présenteront des modèles de prestation des services et des soins adaptés à notre région.

Bibliographie

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. Le continuum d'intervention « maladies pulmonaires obstructives chroniques ». juin 2005

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE. *Programme régional réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques* de la région de Québec.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY – LAC-SAINT-JEAN. *Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques*, 11 avril 2003, 27 p.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. Guide d'implantation des centres de santé et de services sociaux, volume 1, Émergence des réseaux locaux de services : notions et concepts.

BERGERON, Alain et Karine GAUTHIER. *Guide d'implantation de l'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION au Nord-du-Québec*, Chibougamau, Direction de santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2008, 29 p.

BERGERON, Alain et Marie-Claude MC NICOLL. *L'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION au Nord-du-Québec*, Chibougamau, Direction de santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2007, 52 p.

CARDINAL, Lise et autres. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.

CAZALE, Linda, Patrick LAPRISE et Virginie NANHOU. « *Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales* », *ZOOM Santé*, janvier 2009, no 17, 8 p.

COMITÉ DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER (CEILCC), Les équipes interdisciplinaires en oncologie-avis, Direction de la lutte contre le cancer, 2005, 77 p.

CULET, Lise. *Plan d'action régional : Lutte contre le cancer*, Chibougamau, Direction des services professionnels et des affaires médicales, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2005, 53 p.

GAUTHIER, Julie et Anne-Marie LANGLOIS. *Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques*. Document de travail, 17 mai 2007, 44 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques : projets cliniques - santé physique - volet : maladies chroniques*. Document de travail, mai 2006, 51 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Programme provincial de formation en MPOC et en insuffisance cardiaque. Module 3 : Sensibilisation à la démarche éducative auprès de la clientèle adulte atteinte de MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) ou d'insuffisance cardiaque : une démarche centrée sur la personne. Édition mai 2003.

PRISME-GESTION OPTIMAL DES MALADIES CHRONIQUES. *Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois*. Édition spéciale, mars 2005.

Comité de lutte contre le cancer et les maladies chroniques

Afin d'éviter la duplication des comités, d'harmoniser les pratiques et d'assurer une structure optimale, le comité régional de lutte contre le cancer et les maladies chroniques a inclus dans son mandat les soins palliatifs.

MANDAT DU COMITÉ

- S'assurer de l'instauration, de la coordination et du suivi des activités de promotion/prévention, dépistage, investigation, traitement, soutien, adaptation/réadaptation et soins palliatifs ;
- Participer à l'identification des besoins liés aux maladies chroniques ;
- Soutenir l'intégration et le maintien des activités répondant aux besoins de la population et des individus ;
- Diffuser l'information pertinente dans la population et chez les intervenants ;
- Proposer des solutions adaptées aux réalités de la région en matière de lutte contre le cancer, de maladies chroniques et de soins palliatifs;
- Collaborer aux travaux de planification, d'implantation et de suivi des plans d'action régionaux.

MEMBRES DU COMITÉ RÉGIONAL

- (2) agents de planification, de programmation et de recherche - DAMSSP et DSP
- (4) chefs des programmes et des services – Chapais, Chibougamau, Lebel et Matagami
- (1) conseillère en soins infirmiers - DSIP
- (4) infirmières pivot - Chapais, Chibougamau, Lebel et Matagami
- (1) intervenant en services psychosociaux - CRSSS de la Baie-James
- (1) médecin-conseil - CRSSS de la Baie-James
- (1) nutritionniste - CRSSS de la Baie-James
- (1) pharmacienne - CRSSS de la Baie-James

MEMBRES NON PERMANENTS

- Médecin-conseil en santé publique
- Représentant de l'association *À fleur de sein*