

Document de travail

*Stratégie de prévention et de gestion
des maladies chroniques
et
Plan d'action 2008-2013*

*Mieux soutenir les personnes atteintes,
les milieux cliniques et les communautés*

Mars 2008

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	3
2. Le contexte	4
Un problème important de santé	4
Des pratiques à ajuster.....	5
Des acquis pour une meilleure intégration des services.....	6
Des projets innovants à soutenir.....	6
Les expériences étrangères et les données probantes	7
3. Des résultats à atteindre	7
4. Les principes qui guident l'action.....	9
La participation des personnes et de la communauté	9
Un continuum de services, appuyé sur la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.....	10
Des services offerts dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.....	11
5. Les orientations à poursuivre.....	12
La poursuite des efforts pour l'adoption de saines habitudes de vie	12
La détection précoce des personnes à risques ou atteintes de maladies chroniques.....	12
L'aide aux personnes et à leurs proches afin de leur permettre de connaître et de prendre en charge leur état de santé.....	13
Un suivi adapté aux besoins des personnes atteintes, qui mise sur le travail d'équipe et l'interdisciplinarité	14
Des pratiques cliniques qui évoluent en s'appuyant sur les données probantes.....	15
L'implication de la communauté et des autres secteurs d'activités.....	16
6. Le plan d'action 2008-2013.....	17
Objectif 1 Impliquer les communautés et les autres secteurs d'activités dans la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques	18
Objectif 2 Systématiser la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques par l'ensemble des médecins de famille et assurer le suivi interdisciplinaire dans une perspective d'autogestion	19
Objectif 3 Coordonner les services offerts aux personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques et présentant des besoins complexes.....	21
Objectif 4 Consolider les liens entre les intervenants de première ligne et les équipes de services spécialisés et surspécialisés	22
Objectif 5 Convenir avec les cliniciens des meilleurs standards cliniques pour des maladies chroniques, promouvoir leur diffusion ainsi que leur appropriation	23
Objectif 6 Assurer la disponibilité et le partage des informations cliniques	25
Objectif 7 Surveiller l'évolution des maladies chroniques et évaluer les répercussions de la Stratégie d'action tant sur les personnes atteintes que sur le système de santé et de services sociaux	26

1. Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux fait de la prévention et de la gestion des maladies chroniques une priorité d'intervention. L'importance des maladies chroniques au sein de la société québécoise, les effets de ces dernières sur la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes, les responsabilités du système de santé et de services sociaux à leur égard, la nécessité d'adapter les pratiques cliniques et les coûts que ces maladies génèrent pour l'ensemble de la société, sont autant de considérations qui commandent l'urgence d'agir.

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

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

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

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

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

Une gestion adéquate des maladies chroniques est indissociable de la viabilité du système québécois de santé, surtout dans un contexte de vieillissement accéléré de la population. Si rien n'est fait, le fardeau des maladies chroniques augmentera en flèche avec une mobilisation insoutenable de ressources humaines, financières et techniques.

Dans cette perspective, ce sont tous les acteurs, les organisations et les intervenants qui œuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux de même que les personnes atteintes de maladies chroniques qui sont conviées à unir leurs efforts. La Stratégie d'action propose des orientations générales qui interpellent l'ensemble des organisations et des intervenants à agir en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques. Elle propose, dans un second temps, un plan d'action qui définit des mesures structurantes qui permettront d'obtenir des résultats concrets pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes, d'accroître la satisfaction des professionnels de la santé dans leur pratique et de réaliser des gains d'efficacité et d'efficience dans l'ensemble du système de santé et de services sociaux.

2. Le contexte

L'urgence d'agir en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques est conditionnée par un ensemble d'enjeux et d'opportunités¹. D'une part, tant l'ampleur de certaines maladies chroniques que les changements de pratique qu'elles impliquent nécessitent de soutenir l'évolution des pratiques. D'autre part, la convergence des transformations déjà en cours dans le système, le bouillonnement de projets innovants au Québec ainsi que l'évolution des connaissances et des expériences étrangères constituent autant de leviers sur lesquels le Ministère entend appuyer les actions proposées.

Un problème important de santé

Tout d'abord, bien qu'elles ne soient pas nouvelles, les maladies chroniques attirent plus que jamais l'attention. Leur incidence et leur prévalence au sein de la population sont en augmentation et la situation pourrait s'accroître encore davantage. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) qualifie même le phénomène d'épidémique.

- Au Québec, un million de personnes seraient atteintes d'hypertension et plus de 330 000 d'une maladie cardiovasculaire ou de diabète.
- Les maladies cardiovasculaires représentent au Québec la cause d'hospitalisation la plus importante en 2004-2005.
- L'asthme affecte 13 % des enfants âgés de 4 à 11 ans et 2,8 % des Québécois déclaraient souffrir de MPOC en 2005.
- En 2005, 14,1 % des Québécois de 12 ans et plus affirmaient souffrir d'arthrite et d'autres formes de douleurs articulaires.

Au-delà de la prévalence inquiétante des maladies chroniques, les limitations d'activités et les effets psychosociaux qu'elles impliquent sont tout aussi importants. Au Canada, il a été évalué que les maladies chroniques causent 87 % des incapacités.

¹ La Stratégie d'action est notamment issue de travaux réalisés par le Ministère. À ce titre, il est possible de retrouver des informations plus détaillées dans le *Document de référence sur les maladies chroniques*, notamment pour des données plus exhaustives et leurs sources ainsi que pour une recension de plusieurs expériences étrangères et québécoises.

La combinaison du vieillissement de la population et du nombre croissant de personnes présentant les facteurs qui sont souvent à la source des maladies chroniques poussera à la hausse le nombre de personnes atteintes. Il est ainsi reconnu que le cumul de plusieurs facteurs de risque augmente la probabilité de développer certaines maladies chroniques. Près de 18 % de la population québécoise âgée de 20 à 64 ans présente au moins trois facteurs de risque parmi les plus reconnus, soit l'hypertension, la sédentarité, le tabagisme, la consommation insuffisante de fruits et de légumes ainsi que l'obésité. Ce dernier facteur de risque progresse rapidement au sein de la société. La situation n'est pas meilleure chez les jeunes âgés de 4 à 17 ans, alors que 20 % présentent de l'embonpoint ou de l'obésité. Par ailleurs, certaines maladies chroniques ne peuvent pas être évitées, et ce, même en contrôlant ces facteurs de risques.

Des pratiques à ajuster

Historiquement, la plupart des systèmes de santé occidentaux se sont développés pour identifier et régler des problèmes aigus de santé. Les cliniciens reconnaissent que l'approche de soins épisodiques et réactifs qui en découle est souvent inadaptée aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques, entraînant parfois une utilisation inappropriée des médicaments et des ressources hospitalières, dont l'urgence, et générant ainsi des coûts importants pour le système de santé.

En raison de leurs conditions de santé, les personnes atteintes de maladies chroniques sont amenées à utiliser une panoplie de services de santé et de services sociaux. Elles déplorent que la continuité et la coordination entre les différents services soient trop souvent déficientes. Devoir répéter et expliquer à maintes reprises leur historique de santé, subir plus d'une fois le même test sont des situations qui surviennent encore fréquemment. Les personnes atteintes ont souvent du mal à accéder à un médecin de famille et considèrent que les délais pour la référence vers des services spécialisés sont trop longs. Les médecins spécialistes suppléent trop souvent au suivi qui devrait s'organiser en première ligne, parfois même au détriment d'une clientèle ayant des besoins lourds et complexes qui pourraient bénéficier de leur aide.

Les personnes atteintes de maladies chroniques sont appelées à jouer un plus grand rôle dans la prise en charge de leur état de santé, notamment en ce qui concerne leur adhésion au traitement, et les proches doivent souvent les soutenir au meilleur de leur capacité. Les personnes atteintes et les proches désirent être suivis, soutenus et accompagnés par les intervenants de santé.

Les pratiques professionnelles en silo et le mode de prise en charge par un seul intervenant ne peuvent pas, dans la plupart des cas, répondre adéquatement aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques, pas plus qu'ils sont satisfaisants professionnellement pour les intervenants impliqués. Ainsi, un seul intervenant peut difficilement répondre à tous les besoins d'une personne atteinte. De même, attendre que la personne malade les consulte, c'est trop souvent courir le risque que la condition de la personne se dégrade.

Les professionnels sont désireux de faire évoluer leur pratique vers une plus grande interdisciplinarité. Ils sont conscients que le suivi des personnes gagnera à être plus personnalisé, en impliquant davantage les personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches dans les traitements.

Les cliniciens veulent aussi pouvoir compter sur une meilleure information clinique pour offrir des services qui soient de la meilleure qualité possible. Ils réclament des outils concrets pour soutenir le diagnostic et le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques. Ces outils, dont les guides de pratique et les systèmes d'information qui facilitent le repérage et le partage de l'information clinique, devront s'instaurer avec un appui soutenu aux milieux cliniques dans un souci de la performance clinique et de la rétroaction sur les résultats. Les modes de rémunération devront également être adaptés pour faciliter et inciter l'émergence de ces pratiques cliniques.

Des acquis pour une meilleure intégration des services

Le système québécois dispose déjà d'acquis sur lesquels il faut miser. Depuis quelques années, plusieurs efforts ont été demandés aux intervenants et aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour favoriser une meilleure intégration des services.

La création des réseaux locaux de services (RLS), qui prennent appui sur les services de première ligne, vise à accroître les efforts en prévention et à favoriser la prise en charge collective des personnes atteintes de maladies chroniques. Les exercices visant l'élaboration du projet clinique dans chaque Centre de santé et de services sociaux (CSSS) ont créé des liens entre les acteurs des territoires locaux. De même, la mise en place des Groupes de médecine de famille (GMF) et des cliniques réseau a rapproché la pratique médicale en cabinets privés des établissements du réseau. L'articulation de corridors de soins, la présence de centres hospitaliers avec des missions régionales et la création des réseaux universitaires intégrés de santé permettent aussi un meilleur soutien des spécialistes et des experts auprès des intervenants de première ligne.

Ce sont tous de puissants leviers à partir desquels le Ministère entend encourager l'action. Les mesures proposées dans la présente Stratégie s'inscrivent en continuité des efforts déjà déployés.

Des projets innovants à soutenir

Au Québec, plusieurs initiatives visant la prévention et la gestion des maladies chroniques sont déjà mises en œuvre, témoignant par le fait même de la mobilisation des milieux cliniques et des communautés autour de ces enjeux. Historiquement, ce sont d'abord et principalement les milieux spécialisés qui ont développé des services mieux adaptés aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques. Aujourd'hui, de plus en plus de milieux locaux mettent en œuvre des projets visant notamment une meilleure prévention des maladies chroniques et un suivi systématique de ces patients. Le Ministère reconnaît l'ampleur et la justesse des efforts des intervenants, qu'on réfère à la prévention et à l'intervention précoce dans les milieux de vie des personnes à risque ou aux services développés dans des cliniques spécialisées pour aider les personnes plus lourdement atteintes à mieux contrôler leur situation. Les actions proposées par le plan d'action sont fondées sur des progrès et des innovations qui ont vu le jour à travers le Québec.

Conscients des exigences imposées aux cliniciens et aussi des bénéfices qu'ils peuvent en retirer, le Ministère et les agences de la santé et des services sociaux veulent mettre en place des conditions propices visant à soutenir ces projets innovants, mais aussi à mieux partager l'expertise ainsi développée.

Les expériences étrangères et les données probantes

Les résultats de la recherche et les expériences étrangères sont aussi riches d'enseignements pour adopter des pratiques respectant les plus hauts standards de qualité.

Le Chronic Care Model (CCM)² est un modèle d'intervention auprès des personnes atteintes de maladies chroniques. Depuis le début des années 90, il a été expérimenté, évalué, ajusté et a conduit à des résultats probants relativement à la qualité de vie des personnes atteintes, aux services offerts, à la satisfaction des professionnels de la santé et, ultimement, à l'utilisation des ressources.

La finalité de ce modèle est de créer des interactions productives entre des patients informés et actifs au regard de leur état de santé avec des équipes de soins préparées et proactives dans la gestion des effets des maladies chroniques. Ainsi, les bases du CCM, comme celles du modèle québécois de services de santé, reposent sur une approche populationnelle d'amélioration de la santé de la population et sur l'importance des services de première ligne, appuyés par des services de deuxième et troisième lignes, en matière de prise en charge et de suivi des personnes.

Le souci pour la mesure de la performance clinique et l'importance accordée aux données probantes ont inspiré plusieurs expériences étrangères, dont celles de la Colombie-Britannique, de l'Angleterre et de Kaiser Permanente aux États-Unis. C'est aussi dans cette perspective que s'inscrit la Stratégie d'action proposée par le Ministère.

3. Des résultats à atteindre

Avec cette Stratégie d'action, le Ministère envoie un signal fort et déterminé : collectivement, on doit intensifier les efforts pour une meilleure prise en compte de la réalité particulière des personnes atteintes de maladies chroniques. Il entend ainsi reconnaître et soutenir les actions et les pratiques en cours et favoriser leur intégration dans un continuum de services allant de la prévention aux services spécialisés. C'est dans cette perspective que le Ministère entend mobiliser les acteurs concernés par les maladies chroniques autour des objectifs suivants :

- réduire les facteurs à la source des maladies chroniques ;
- réduire les complications des maladies chroniques ;
- réduire les hospitalisations et les séjours à l'urgence pour les personnes atteintes de maladies chroniques ;
- mieux utiliser les médicaments destinés à ces personnes ;
- améliorer la qualité de vie et la satisfaction des personnes atteintes de maladies chroniques et celles de leur entourage ;
- améliorer la santé de la population ;
- améliorer la satisfaction des professionnels dans leur pratique clinique quotidienne.

Ces objectifs devront être assortis d'indicateurs de résultats, qui restent à préciser.

² Pour plus d'informations sur le CCM, consulter notamment l'article suivant : Wagner, E. et al. 2001. «Improving Chronic Illness Care : Translating Evidence Into Action» in Health Affairs 20 (6). pp. 64-78.

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

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

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

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

Les systèmes d'information clinique :

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

L'aide à la décision clinique :

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

L'autogestion des soins :

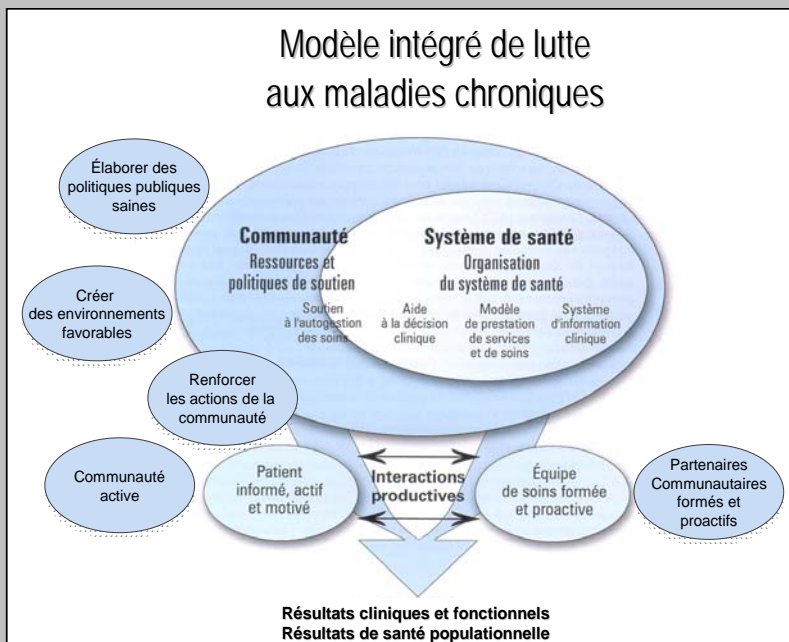
- l'éducation des patients ;
- le support psychosocial aux patients ;
- l'évaluation des capacités de la personne à autogérer sa maladie ;
- le développement d'outils et de ressources favorisant l'autogestion de la maladie ;
- la prise de décision reposant sur une collaboration active entre le clinicien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

Les ressources de la communauté :

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

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

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



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

4. Les principes qui guident l'action

Autant les orientations poursuivies que les actions proposées s'appuient sur trois grands principes. Ces principes concernent la personne atteinte, l'organisation des services ainsi que l'amélioration de la qualité des soins.

La participation des personnes et de la communauté

L'acceptation de la maladie ainsi que les renoncements et les pertes d'autonomie sont des aspects difficiles à franchir pour les personnes atteintes de maladies chroniques. La réorientation professionnelle, l'abandon de loisir ou encore l'isolement social sont toutes des réalités qui confrontent durement ces personnes. Ces maladies entraînent des bouleversements qui demandent des adaptations constantes par la personne et par son entourage.

De même, chaque jour, les personnes atteintes de maladies chroniques prennent des décisions qui ont des effets sur leur condition de santé. Elles décident de leur alimentation, de faire de l'activité physique ou non, de suivre ou de ne pas suivre leur prescription de médicaments en plus de déchiffrer et de réagir en fonction des symptômes ressentis. Les personnes atteintes ont un contrôle relatif sur l'évolution de leur état de santé et, généralement, elles sont conscientes du pouvoir dont elles disposent.

Pour bien comprendre ce rôle et pour qu'il soit assumé pleinement par la personne, la relation entre le patient et le clinicien doit évoluer vers un véritable partenariat pouvant notamment favoriser l'adhésion au traitement. D'un côté, les professionnels de la santé font participer la personne aux décisions cliniques, l'informent des impacts de la maladie et la conseillent dans les gestes qu'elle peut poser quotidiennement. De l'autre, la personne devient le point de référence de l'intervention alors qu'elle est appelée à être active par rapport à sa santé et à assumer sa part de responsabilité. Certaines personnes peuvent tout de même éprouver quelques difficultés à s'autogérer, que ce soit en raison de leur âge ou encore de la complexité des besoins qu'engendre leur état de santé. Aussi, les proches doivent être impliqués sans prendre toutefois pour acquis qu'ils pourront pallier au manque d'autonomie des personnes atteintes.

Les défis qu'imposent les maladies chroniques, tant à l'ensemble de la population qu'aux personnes qui en sont atteintes, touchent à plusieurs aspects de la vie courante. Ces défis impliquent notamment l'amélioration de l'environnement pour qu'il soit favorable à l'adoption de saines habitudes de vie et qu'il facilite l'adaptation des milieux de vie. Les communautés disposent des leviers pour faciliter les décisions des personnes au regard de leur santé et accompagner les personnes atteintes dans les changements de leurs modes de vie.

Une responsabilité collective à l'égard des maladies chroniques est indispensable pour aider les personnes atteintes à bien exercer le pouvoir qu'elles détiennent sur leur état de santé.

Un continuum de services, appuyé sur la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services

Les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services, à la base des réseaux locaux de services, guident l'organisation du continuum des services pour les maladies chroniques.

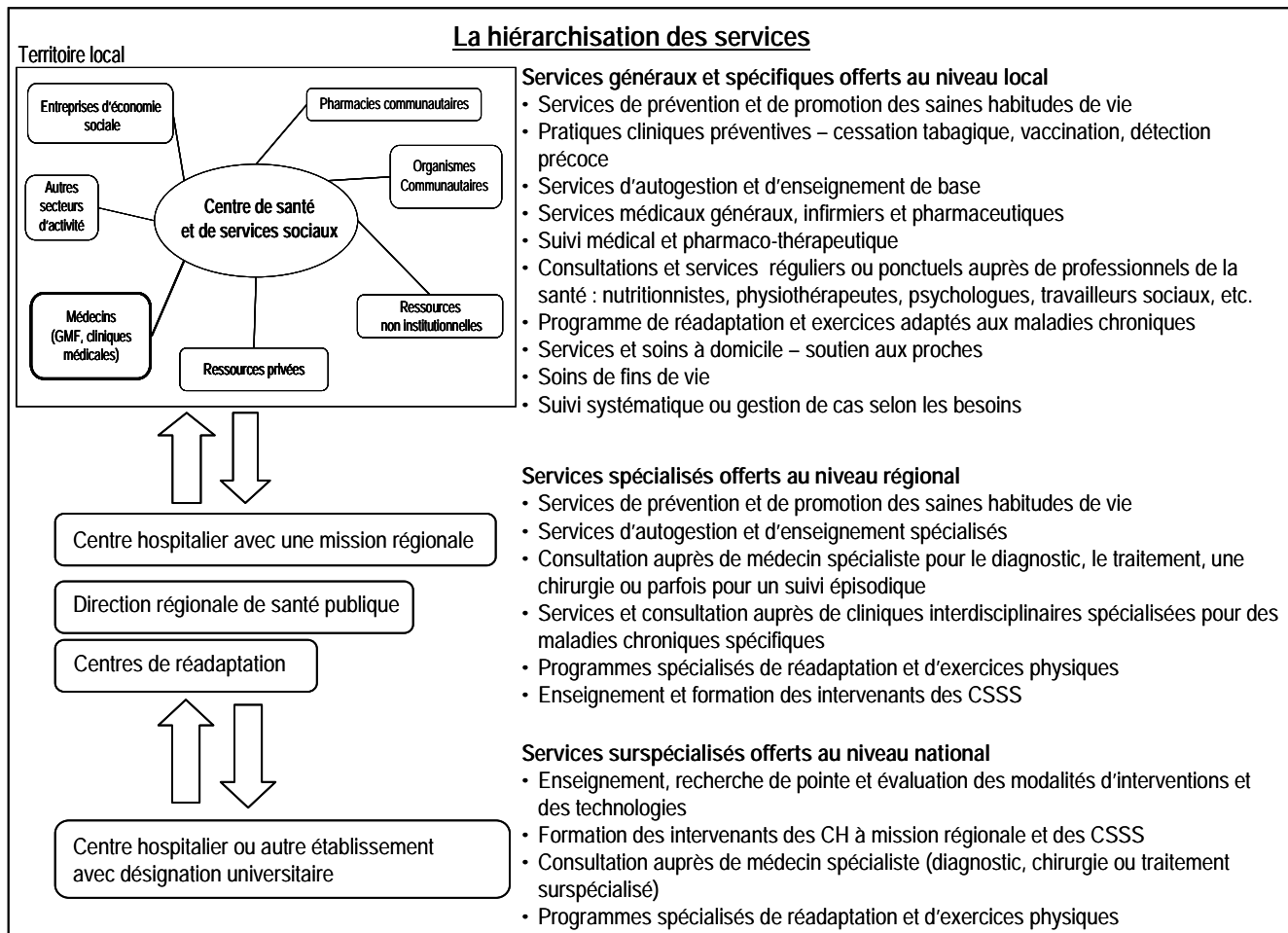
Au sein des territoires locaux, une grande diversité d'organisations sont en mesure de répondre à la plupart des besoins des personnes atteintes de maladies chroniques, tant pour améliorer la santé et le bien-être de la population, pour rendre accessible un ensemble de services le plus complet possible que pour prendre en charge et accompagner la personne dans le système de santé et de services sociaux.

L'intervention préventive tout comme le suivi, la prise en charge et l'accompagnement régulier des personnes atteintes peuvent être assumés dans la plupart des cas par les intervenants de première ligne, tant en raison de leur proximité du milieu de vie de la population desservie, que par leur capacité à offrir une intervention qui touche à la personne dans son ensemble. On réfère alors à des services de promotion de la santé et de prévention, à des services généraux (suivi médical, pharmacothérapeutique, psychosocial et nutritionnel par exemple) ou encore à certains services spécifiques (l'enseignement et l'autogestion, le suivi systématique, la réadaptation incluant les programmes d'exercice physique, les services d'aide à la vie quotidienne (AVQ) et à la vie domestique (AVD), l'intervention interdisciplinaire, les soins de fin de vie, etc.). Cette diversité d'intervenants implique toutefois la concrétisation de liens fonctionnels entre eux selon les caractéristiques de leur milieu.

Par ailleurs, pour certaines situations liées au diagnostic, au traitement ou au suivi pour des maladies chroniques bien spécifiques ou encore à des étapes charnières de l'évolution de la maladie, des expertises et des infrastructures plus spécialisées entrent en jeu (par exemple la consultation auprès d'un médecin spécialiste, l'enseignement spécialisé, la chirurgie, les traitements spécialisés et la réadaptation). L'apport des services spécialisés requis, offerts au moment opportun et dans un esprit de continuité, est tout aussi indispensable pour obtenir les meilleurs résultats cliniques possible. Les services cliniques plus spécialisés ou les activités de prise en charge dans la communauté ne sont pas toujours connus de tous les intervenants, d'où l'importance de s'assurer que les acteurs à tous les niveaux de services connaissent l'ensemble des besoins et des acquis afin que tous travaillent à les renforcer ou à mieux les intégrer dans la vie quotidienne des personnes atteintes.

L'articulation entre ces services spécialisés et surspécialisés et ceux de première ligne doit suivre une logique de hiérarchisation. Des processus de liaison (comprenant notamment un partage clair des responsabilités entre les intervenants, plus spécifiquement les médecins de famille et les médecins spécialistes, le partage d'information, d'outils cliniques et administratifs, l'établissement d'ententes formelles, de mécanismes de référence et de corridors de services) doivent être renforcés ainsi que régulièrement révisés et soutenus par les organisations.

L'élaboration des projets cliniques par les CSSS est, à ce titre, une opportunité à saisir pour mobiliser les intervenants du territoire local autour d'objectifs communs de prévention et de gestion des maladies chroniques ainsi que pour convenir des meilleurs modes d'organisation à mettre en place.



Des services offerts dans une perspective d'amélioration continue de la qualité

Les ajustements à apporter aux services afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle souffrant de maladies chroniques reposent autant sur l'évolution du travail des cliniciens que sur la capacité des milieux locaux et régionaux à innover.

Soucieux d'offrir des services de qualité, les cliniciens souhaitent pouvoir compter sur des points de repère pour suivre et évaluer leur pratique, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. Ces points de repère doivent être définis par des cliniciens et des groupes d'experts reconnus et refléter les meilleures pratiques, fondées sur les données probantes.

Par ailleurs, les milieux cliniques doivent aussi adapter leurs modes de fonctionnement, que ce soit pour réduire les barrières au travail d'équipe et à l'interdisciplinarité, pour inciter une plus grande prise en charge de la clientèle, pour favoriser le partenariat avec la personne atteinte ou encore pour une meilleure concertation avec les autres acteurs de la communauté. Ces adaptations ne peuvent pas prendre la même couleur dans tous les milieux cliniques. Ces derniers comportent des dynamiques de fonctionnement et d'organisation qui leur sont propres. Certains milieux cliniques au niveau local et

régional ont déjà mis en place des initiatives en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques dont on peut avantageusement s'inspirer. En ce sens, le soutien à l'innovation et le partage de l'expertise deviennent deux outils incontournables pour assurer des changements qui s'adaptent aux réalités locales .

5. Les orientations à poursuivre

Le Ministère propose six grandes orientations en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques. Elles sont adaptées aux différentes réalités qui caractérisent les maladies chroniques, par exemple leur caractère incurable et parfois évitable ainsi que le fardeau qu'elles impliquent sur la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes. Les orientations font aussi écho à la nécessité de faire évoluer les pratiques cliniques tout en soulignant l'ampleur du défi social qu'engendrent les maladies chroniques.

La poursuite des efforts pour l'adoption de saines habitudes de vie

L'alimentation, le tabagisme et l'activité physique sont les habitudes de vie les plus reconnues comme influençant la prévalence des maladies chroniques. Dans le cadre du *Programme national de santé publique 2003-2012*, du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2012*, du *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés aux poids 2006-2012*, plusieurs objectifs nationaux ont été fixés en matière de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques. Ces actions et ces objectifs qui ont déjà été définis doivent être poursuivis.

Les expériences québécoises et internationales confirment que pour agir efficacement et amener un changement effectif d'habitudes de vie, il faut susciter l'instauration d'un environnement et de conditions de vie qui en favorisent l'adoption, tout en intervenant sur les comportements individuels. Ceci interpelle tous les intervenants des différents secteurs de la société, tant ceux qui œuvrent en promotion et prévention que ceux qui agissent pour guérir ou soutenir les personnes atteintes de maladies chroniques. Les activités à mettre en place se regroupent en deux catégories : d'une part, le travail concerté avec les divers milieux (école, travail, municipalité) afin de créer des environnements favorables à la santé, d'autre part, les stratégies d'éducation à la santé, par exemple les pratiques cliniques préventives, qui s'adressent aux individus par le biais des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

Les CSSS et les intervenants œuvrant au sein du territoire local, incluant les médecins de famille, ont une responsabilité collective d'améliorer la santé et le bien-être de la population et ainsi de réduire la prévalence des maladies chroniques. Ils doivent exercer un leadership en promotion de la santé auprès des différents secteurs qui influencent le contexte et les modes de vie de la communauté.

La détection précoce des personnes à risques ou atteintes de maladies chroniques

Actuellement, la détection d'une maladie chronique se fait souvent par le personnel des services d'urgence lorsqu'un besoin aigu de santé survient. Encore trop fréquemment, la référence n'est pas faite vers le médecin de famille et les autres intervenants de première ligne pour que l'évaluation de la personne et le diagnostic précis du problème de santé résultent en des actions concrètes, qui fassent l'objet d'une véritable prise en charge et d'un suivi dans le temps.

La détection des maladies chroniques est principalement l'apanage des intervenants de première ligne, et plus spécifiquement, du médecin de famille. À la suite de son identification, une personne atteinte de maladie chronique devrait être inscrite formellement dans un processus où l'intervenant principal s'occupe d'orienter la personne vers les bons services et de la suivre de façon proactive pour éviter toute dégradation de sa condition. Par ailleurs, pour certaines maladies chroniques, le diagnostic requiert l'expertise de spécialistes et des tests spécifiques.

En intégrant entre autres des pratiques cliniques préventives, les intervenants de première ligne se donnent un levier important pour intervenir et pour orienter les personnes vers les services préventifs adéquats et les ressources communautaires appropriées. En ce sens, les cliniciens ont notamment la responsabilité d'intervenir en vue d'inciter une réduction des facteurs de risque présents chez les personnes susceptibles de développer une maladie chronique ou pour prévenir la dégradation de la condition des personnes qui en sont déjà atteintes.

L'aide aux personnes et à leurs proches afin de leur permettre de connaître et de prendre en charge leur état de santé

Au fur et à mesure de leur évolution, les maladies chroniques entraînent des bouleversements qui demandent des adaptations constantes par la personne atteinte et par son entourage. En ce sens, l'approche des soins aux personnes atteintes de maladies chroniques diffère sur certains aspects de celle des soins aigus. Il ne s'agit pas uniquement de traiter le patient, mais de viser à diminuer la présence des facteurs de risque, à réduire la détérioration de l'état de santé de la personne atteinte et à lui assurer la meilleure qualité de vie possible.

Généralement, plus une personne joue un rôle central dans les soins qui lui sont prodigués, et ce, dans la mesure de ses capacités, meilleure sera la gestion de l'évolution de la maladie et, plus globalement, de son état de santé. De même, une bonne connaissance des risques associés à sa maladie peut éviter bon nombre de complications.

Les interventions auprès des personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches doivent viser, de façon prioritaire, à maximiser leur autonomie. Les programmes d'enseignement et d'autogestion de la maladie sont constitués d'interventions qui visent l'acquisition, chez la personne atteinte, de connaissances pour induire un changement de comportement durable ou de nouvelles compétences pour mieux gérer la maladie. Ces programmes comprennent généralement des plans d'action qui permettent à la personne et à ses proches d'exercer leur propre surveillance et d'agir promptement en cas de problèmes, notamment par l'ajustement des actions de la vie quotidienne, de la médication ou encore par le recours aux services de santé. Des outils comme un site Web d'information sur la maladie ou un journal de bord personnel sont de moyens reconnus pour soutenir l'autogestion.

Les programmes d'enseignement et d'autogestion s'accompagnent généralement de relances périodiques pour vérifier et consolider la rétention des acquis ainsi que pour revoir le plan d'action avec la personne atteinte. Des liens étroits doivent donc être tissés entre les responsables des services d'enseignement et d'autogestion et les intervenants de première ligne responsables du suivi de la personne, notamment son médecin de famille. Ces services d'autogestion doivent aussi être adaptés aux réalités démographiques des milieux locaux et aux conditions socio-économiques des individus auxquels ils sont destinés.

Par ailleurs, les programmes de patients-experts ainsi que les informations fournies par les groupes communautaires et les associations de malades sont aussi des ressources pertinentes et facilement accessibles pour assurer à la personne et à ses proches des connaissances de base sur la maladie et ses conséquences.

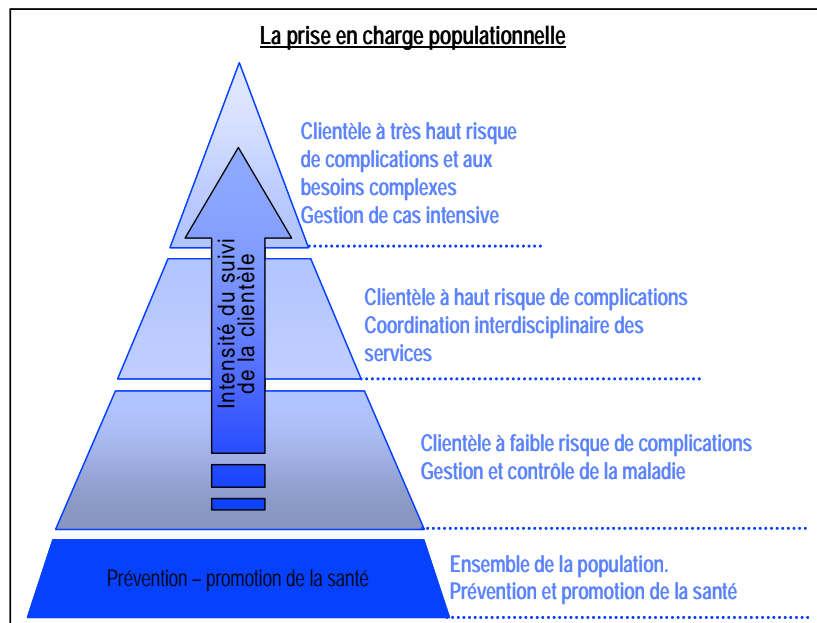
De même, la stabilité des intervenants est une condition indispensable à l'établissement d'un lien de confiance entre les cliniciens et la personne atteinte. Les proches devraient être par ailleurs associés et soutenus puisqu'ils ont généralement à vivre avec les conséquences et les limitations qu'engendre une maladie chronique et qu'ils contribuent au maintien de l'autonomie de ces personnes.

Un suivi adapté aux besoins des personnes atteintes, qui mise sur le travail d'équipe et l'interdisciplinarité

Généralement, la spécificité et le défi des services dispensés aux personnes atteintes de maladies chroniques résident davantage dans les dimensions de suivi, d'intégration et de coordination que dans la nature intrinsèque des services à offrir. Les maladies chroniques nécessitent souvent une grande diversité de services ou une prise en charge, de sorte qu'un seul intervenant ne peut répondre aux divers besoins et attentes des personnes atteintes, ni même satisfaire les cliniciens eux-mêmes. Assurer un véritable suivi, adapté aux besoins des personnes, voilà le défi que les systèmes de santé sont appelés à relever.

L'intensité du suivi requis est notamment modulée en fonction du type de maladie, de son degré d'avancement ainsi que de la présence ou non de comorbidités et de limitations d'activités. Trois principaux types de suivi peuvent être définis (voir la figure suivante pour une illustration de la stratification de la clientèle atteinte de maladies chroniques et des différents types de suivi).

Pour une majorité de personnes ayant une seule maladie chronique ou encore ayant plus d'une maladie chronique qui sont bien contrôlées ou à un stade d'évolution relativement peu avancé, un suivi régulier par le médecin de famille, en lien avec les autres intervenants de première ligne, peut répondre adéquatement aux besoins de ces personnes. Pour que ce type de suivi soit réellement efficace, la personne malade devrait être inscrite formellement dans un processus pour qu'un suivi longitudinal soit effectué dans le temps. Une stabilité des intervenants responsables de suivre la personne atteinte est essentielle pour que puisse se développer un lien de confiance et de sécurité chez le patient.



Pour une certaine proportion de personnes qui éprouvent une ou plusieurs maladies chroniques et qui présentent des conditions de santé instables et à haut risque de complications, des mécanismes de suivi plus systématique doivent être mis en place. Les besoins multiples et diversifiés des personnes atteintes doivent alors trouver une réponse de la part de

plusieurs intervenants provenant de disciplines différentes en raison du type de maladie chronique ou du degré d'avancement de la maladie. Au sein du processus de suivi systématique, un plan d'intervention est établi et deux objectifs sont particulièrement visés : une coordination interdisciplinaire des services et une prise en charge des personnes. La fonction de coordination peut alors être assurée par un des intervenants appelés à desservir la personne. Cet intervenant est habituellement celui qui est le plus en contact avec cette personne et c'est à lui qu'incombe la responsabilité d'assurer la bonne marche du plan d'intervention interdisciplinaire.

Une petite portion de la population éprouve une maladie chronique à un stade avancé ou encore plus d'une maladie et différentes comorbidités qui interagissent les unes avec les autres de façon significative. Les besoins de ces personnes atteignent alors une complexité qui demande une intervention plus intensive, parfois plus spécialisée et surtout un mécanisme spécifiquement dédié à la coordination des services. Ces personnes sont souvent des personnes âgées qui ont des incapacités allant de modérées à sévères. Il y a alors nécessité de coordonner à la fois les services relatifs aux incapacités des personnes et ceux liés plus directement à la maladie chronique. La complexité des besoins, le nombre d'intervenants impliqués et le besoin optimal d'accompagnement nécessitent un fonctionnement en gestion de cas pour assurer une coordination entre les différentes trajectoires de services et de soins dans lesquelles la personne est engagée. Un intervenant assume spécifiquement la fonction de gestionnaire de cas ; il est le coordonnateur de l'ensemble des services que la personne reçoit. Une équipe interdisciplinaire soutient le gestionnaire de cas et assure la prestation de tous les services.

Ces différents types de suivi exigent la plupart du temps un travail d'équipe et d'interdisciplinarité. Le médecin de famille s'avère généralement le clinicien le plus souvent impliqué dans les services offerts à ces personnes. Cependant, l'appui des médecins spécialistes et des équipes interdisciplinaires spécialisées est aussi indispensable pour intervenir (notamment pour le diagnostic, le plan de traitement ou encore pour le suivi épisodique de la personne) auprès de clientèles ayant des problèmes spécifiques et vivant des situations particulières (instabilité, résistance au traitement) ainsi que pour supporter les intervenants de première ligne.

En plus des médecins, la compétence et la collaboration de plusieurs autres intervenants (infirmières, pharmaciens, nutritionnistes, physiothérapeutes, éducateurs physiques, ergothérapeutes, inhalothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, etc.) sont régulièrement requises pour que la personne atteinte obtienne les services dont elle a besoin. Peu importe le type de suivi, le travail au sein d'équipes stables, l'interdisciplinarité et une formation préparant les intervenants aux réalités des maladies chroniques sont des aspects incontournables pour que les services soient adaptés aux besoins des personnes atteintes ainsi que pour une utilisation optimale des ressources et des compétences.

Des pratiques cliniques qui évoluent en s'appuyant sur les données probantes

Les connaissances se développent aujourd'hui très rapidement et une multitude de normes et de directives cliniques sont disponibles. Cette surabondance d'information peut expliquer en partie la conclusion à laquelle arrivent plusieurs chercheurs et praticiens du domaine de la santé à l'effet qu'il existe des écarts entre les soins qui sont actuellement prodigués et ce qu'indiquent les données probantes. Ces écarts peuvent se manifester dans l'accès aux services, le diagnostic de la maladie, la prescription de la thérapie et dans l'adhésion du patient aux traitements. Ils se traduisent donc en une utilisation non optimale des ressources.

Les données probantes peuvent être issues des milieux de la recherche et elles font alors généralement consensus auprès des experts. Les organisations professionnelles de médecins établissent aussi avec les experts du domaine des standards cliniques reconnus, validés et acceptés. Fondamentalement, le transfert des connaissances sur les données probantes auprès des intervenants est la première barrière à franchir pour que les pratiques mises de l'avant soient celles qui ont été démontrées comme étant efficaces et efficientes. Les cliniciens et les équipes de soins doivent être soutenus par l'établissement de standards cliniques, diffusés par l'entremise de stratégies adaptées à la réalité des intervenants. La formation et la mise en place de conditions favorisant l'interdisciplinarité sont aussi des mesures susceptibles de soutenir l'intégration des données probantes et des standards, notamment à la pratique médicale, pharmaceutique ou infirmière.

Plusieurs initiatives des milieux cliniques visent l'amélioration de la qualité des services offerts. Toutefois, le manque d'évaluation structurée ainsi que d'instruments valides de mesures des pratiques cliniques et de leur performance ne permet pas la démonstration de l'efficacité de ces changements de pratique et rend souvent le partage d'expertise difficile.

Aussi, une plus grande utilisation des données probantes en milieu clinique doit être associée à des outils de suivi et de mesure clinique qui s'intègrent dans le travail quotidien des intervenants et leur servent avant tout de levier d'amélioration continue de la qualité de leur pratique. Dans cette perspective, une approche collaborative entre les cliniciens qui expérimentent des nouveaux modes de pratiques est nécessaire pour permettre un partage de solutions concrètes en matière d'adaptation du travail clinique.

L'implication de la communauté et des autres secteurs d'activités

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

Que ce soit les municipalités, les milieux d'enseignement, les milieux de travail ou les groupes d'entraide, tous ont le potentiel d'agir et d'apporter des solutions concrètes en matière de prévention, de soutien et d'entraide pour les personnes atteintes de maladies chroniques. De même, les ministères devraient avoir la préoccupation d'agir en concertation et d'aplanir les obstacles en vue d'actions locales et régionales complémentaires de la part des intervenants des différentes communautés.

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

6. Le plan d'action 2008-2013

Le présent plan d'action propose sept objectifs :

- Impliquer les communautés et les autres secteurs d'activités dans la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques.
- Systématiser la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques par l'ensemble des médecins de famille et assurer le suivi interdisciplinaire dans une perspective d'autogestion.
- Coordonner les services offerts aux personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques et présentant des besoins complexes.
- Consolider les liens entre les intervenants de première ligne et les équipes de services spécialisés et surspécialisés.
- Convenir avec les cliniciens des meilleurs standards cliniques pour des maladies chroniques, promouvoir leur diffusion ainsi que leur appropriation.
- Assurer la disponibilité et le partage des informations cliniques.
- Surveiller l'évolution des maladies chroniques et évaluer les répercussions de la Stratégie d'action tant sur les personnes atteintes que sur le système de santé et des services sociaux.

Pour chacun d'eux, des actions porteuses et concrètes, qui doivent être mises en œuvre au cours des cinq prochaines années (2008-2013), ont été retenues en raison de leur caractère aidant pour les personnes et structurant pour les milieux cliniques.

Les actions proposées interpellent aussi tous les acteurs du système de santé et de services sociaux. Un partage des responsabilités sous-tend le plan d'action.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux sera porteur d'un leadership fort en affirmant clairement la priorité accordée aux maladies chroniques. Il s'engage plus particulièrement à rendre disponibles des outils supportant les cliniciens dans leurs changements de pratique et à mettre en place des leviers favorisant l'innovation dans les milieux cliniques ainsi que le partage d'expertise.

Les agences pour leur part ont la responsabilité d'animer les organisations et les acteurs de leur région et de favoriser les synergies. Elles doivent soutenir le changement et l'innovation, en insistant notamment sur le partage de l'expertise entre les différents milieux de pratique de leur région. Elles doivent aussi faciliter l'organisation et la coordination des services dans les territoires locaux et entre ces derniers, en ayant la préoccupation d'assurer les liens qui sont requis avec les établissements régionaux.

Les modalités d'organisation des services appartiennent aux établissements et aux cliniciens, qui les adaptent aux réalités locales. Les gestionnaires locaux ont un leadership important à assumer auprès de leur organisation et de leurs partenaires pour intégrer la prévention et la gestion des maladies chroniques à leur projet clinique ainsi que pour stimuler les changements de pratiques cliniques et administratives.

Objectif 1 Impliquer les communautés et les autres secteurs d'activités dans la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques

Actions	Responsables	Partenaires	Échéanciers
<p>1. En lien avec les objectifs poursuivis en matière de promotion de saines habitudes de vie dans le <i>Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids</i>, réaliser des projets locaux et régionaux qui contribuent à réduire les facteurs à la source des maladies chroniques.</p>	<p>Agence CSSS</p>	<p>MSSS</p>	<p>Financement des premiers projets : 2008</p>
<p>2. Soutenir la réalisation et l'évaluation de projets innovants dans les milieux locaux qui visent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la prévention des maladies chroniques ainsi que l'intervention précoce auprès des personnes à risque ; ▪ l'implication de la communauté et l'établissement de partenariats avec les secteurs de l'éducation, municipal, du travail, communautaire, etc. 	<p>Agence CSSS</p>	<p>MSSS</p>	<p>Continu</p>
<p>3. Pour chaque CSSS, confier à un professionnel de la santé publique, en concertation avec l'équipe interdisciplinaire, la responsabilité de la diffusion et de la promotion auprès des médecins de famille et des pharmaciens communautaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des pratiques cliniques préventives adaptées à leur clientèle ; ▪ des activités offertes par les organismes communautaires et par les autres secteurs d'activités visant le développement de saines habitudes de vie et l'accompagnement des personnes atteintes. 	<p>Agence / Direction régionale de santé publique CSSS</p>	<p>Organismes communautaires</p>	<p>2008</p>

Objectif 2 Systématiser la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques par l'ensemble des médecins de famille et assurer le suivi interdisciplinaire dans une perspective d'autogestion

Actions	Responsables	Partenaires	Échéanciers
<p>4. Coordonner et soutenir l'action des médecins omnipraticiens afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ systématiser l'inscription, le suivi et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques dans chaque territoire local ; ▪ favoriser la pratique de groupe des médecins de famille ; ▪ soutenir l'appropriation des standards cliniques. 	<p>Agence / DRMG</p>	<p>CSSS Médecins de famille pratiquant dans les territoires locaux</p>	<p>2008</p>
<p>5. Consolider les équipes interdisciplinaires chargées, conjointement avec les médecins de famille, du suivi systématique des personnes atteintes de maladies chroniques. Ces équipes doivent être en mesure de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assurer l'apport des pharmaciens communautaires ; ▪ convenir avec la personne atteinte des objectifs d'autogestion, notamment en matière d'arrêt tabagique, d'alimentation, d'activité physique et d'adhésion au traitement ; ▪ établir un plan d'intervention avec la personne atteinte; ▪ assurer un suivi en fonction de standards cliniques et établir avec la personne atteinte des objectifs de soins. 	<p>CSSS</p>	<p>Agence MSSS</p>	<p>2008-2011</p>
<p>6. Favoriser l'autogestion chez les personnes atteintes de maladies chroniques en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rendant disponibles et en faisant la promotion d'outils destinés à la personne atteinte, par exemple un journal de prise en charge; ▪ favorisant l'accessibilité à de l'information validée et crédible par le biais, par exemple, d'un site Web. 	<p>Associations de malades</p>	<p>MSSS Groupes d'experts</p>	<p>2009</p>

Actions	Responsables	Partenaires	Échéanciers
<p>7. Soutenir le développement et l'évaluation de projets innovateurs de manière à adapter l'approche d'autogestion aux diverses conditions des milieux de vie des personnes atteintes.</p>	<p>Agence CSSS</p>	<p>MSSS Associations de malades Fédérations médicales Ordres professionnels Milieux universitaires</p>	<p>Continu</p>
<p>8. Adapter la rémunération des médecins de famille, notamment pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ soutenir et prioriser l'inscription de l'ensemble de la clientèle atteinte de maladies chroniques ; ▪ susciter la mise en réseau des médecins de famille au sein des territoires locaux ; ▪ favoriser le suivi et la continuité des soins pour les personnes atteintes ; ▪ soutenir le travail interdisciplinaire et favoriser l'établissement de liens fonctionnels avec les médecins spécialistes ; ▪ promouvoir les bonnes pratiques cliniques définies dans le cadre des standards cliniques, dont les pratiques cliniques préventives ; 	<p>MSSS FMOQ</p>		<p>En cours</p>

Objectif 3 Coordonner les services offerts aux personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques et présentant des besoins complexes

Actions	Responsables	Partenaires	Échéanciers
<p>9. Identifier, dans chaque établissement concerné, les personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques (dont le diabète, l'asthme, la MPOC, l'insuffisance cardiaque) qui recourent fréquemment aux services d'urgence et hospitaliers.</p>	<p>CSSS Centres hospitaliers</p>	<p>Agence</p>	<p>2008</p>
<p>10. Mettre en place, dans chaque territoire local, un mécanisme qui assure de façon prioritaire la prise en charge par un médecin de famille et les équipes interdisciplinaires locales des personnes qui recourent fréquemment aux services d'urgence et hospitaliers.</p>	<p>CSSS Centres hospitaliers Médecins de famille du territoire local</p>	<p>Agence / DRMG</p>	<p>2008</p>
<p>11. Assurer, dans chaque CSSS, l'exercice de la fonction de gestion de cas, de concert avec les médecins de famille concernés, pour toutes les personnes atteintes ayant des besoins complexes.</p>	<p>CSSS</p>	<p>Agence</p>	<p>2008-2009</p>

Objectif 4 Consolider les liens entre les intervenants de première ligne et les équipes de services spécialisés et surspécialisés

Actions	Responsables	Partenaires	Échéanciers
<p>12. Identifier, pour chaque région du Québec, les établissements responsables de la dispensation des services spécialisés aux personnes atteintes de maladies chroniques (endocrinologie, pneumologie, cardiologie, rhumatologie, etc.) et du soutien aux intervenants de première ligne.</p>	<p>Agence RUIS MSSS</p>	<p>DRMG Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée</p>	<p>2008</p>
<p>13. Déterminer les modalités d'entente entre les cabinets de médecins et les établissements désignés responsables pour offrir des services spécialisés et surspécialisés qui permettent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la référence des médecins de famille vers ces services spécialisés ; ▪ le suivi conjoint par les services spécialisés et les médecins de famille ▪ le retour du patient vers les intervenants de première ligne responsables de son suivi. 	<p>Agence / DRMG Établissements concernés</p>	<p>RUIS Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée</p>	<p>2008-2009</p>
<p>14. Assurer la présence, au niveau régional et suprarégional, d'équipes interdisciplinaires spécialisées pour soutenir les intervenants de première ligne ainsi que pour intervenir auprès des personnes qui nécessitent des services spécialisés, en raison de la complexité de leurs besoins, de moments charnières dans l'évolution de la maladie ou encore d'une instabilité momentanée de leur condition de santé.</p>	<p>Établissements responsables pour des services spécialisés ou surspécialisés</p>	<p>Agence</p>	<p>2009-2010</p>

Objectif 5 Convenir avec les cliniciens des meilleurs standards cliniques pour des maladies chroniques, promouvoir leur diffusion ainsi que leur appropriation

Actions	Responsables	Partenaires	Échéanciers
<p>15. Choisir et mettre à jour des standards cliniques ainsi que des outils de mise en œuvre et de suivi de ces standards par les cliniciens, particulièrement ceux œuvrant en première ligne.*</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer une démarche commune pour la définition des standards cliniques pour l'ensemble des maladies chroniques. ▪ Convenir des standards cliniques pour des maladies chroniques ciblées. ▪ Convenir d'un mécanisme de partage d'expertise et de soutien au changement en vue de diffuser les bonnes pratiques et les outils développés dans les milieux cliniques <p>* À considérer dans le contexte de la création de l'Institut national d'excellence en santé (INES).</p>	<p>INES Fédérations, associations et ordres professionnels</p>	<p>MSSS Groupes d'experts par domaine</p>	<p>Démarche commune : 2008 Adoption des premiers standards cliniques pour deux ou trois maladies chroniques ciblées : 2008-2009</p>
<p>16. Intégrer, à l'intérieur des programmes de formation continue existants, les éléments visant l'appropriation par les médecins et les professionnels de la santé des standards cliniques et, plus globalement, des orientations visées par la Stratégie d'action.</p>	<p>Ordres professionnels Milieu universitaire Fédérations médicales</p>	<p>MSSS ACMDP</p>	<p>Continu</p>

Actions	Responsables	Partenaires	Échéanciers
<p>17. Développer et implanter régionalement avec les cliniciens des modalités d'amélioration continue de la pratique visant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ expérimenter des modes de pratique adaptés aux particularités des territoires locaux ; ▪ partager entre les cliniciens des expériences d'adaptation du travail clinique en fonction des standards cliniques ; ▪ systematiser la mesure des résultats et la rétroaction. 	<p>Agence / DRMG / Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée / Commissions régionales / Comité régional sur les services pharmaceutiques</p>	<p>MSSS CSSS</p>	<p>Continu (en fonction de l'adoption des standards cliniques)</p>

Objectif 6 Assurer la disponibilité et le partage des informations cliniques

Actions	Responsables	Partenaires	Échéanciers
<p>18. Mobiliser et soutenir les médecins de famille dans l'implantation de dossiers médicaux électroniques (DME) en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ faisant connaître les normes technologiques (compatibilité avec le Dossier santé Québec et les autres systèmes d'information) et cliniques (en lien avec les standards cliniques convenus) ; ▪ créant des incitatifs pour les médecins de famille à l'instauration de DME. 	MSSS	Agence Fournisseurs de solutions informatiques Cliniques médicales FMOQ	2008
<p>19. Soutenir les établissements, dont les CSSS, dans l'informatisation de suivis systématiques en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ faisant connaître des normes minimales technologiques et cliniques (en lien avec le DSQ et les standards cliniques définis)* ; ▪ appuyant des initiatives locales et régionales, selon les normes technologiques et cliniques, qui sont arrimées avec le suivi réalisé par les médecins de famille pratiquant dans le réseau local de services ; ▪ facilitant le partage et l'appropriation dans les établissements de solutions fonctionnelles qui respectent les normes technologiques et cliniques. <p>* Ces outils devront pouvoir s'intégrer éventuellement à RSIPA, puisque plusieurs personnes à desservir par les suivis systématiques sont à la fois atteintes de maladies chroniques et âgées en perte d'autonomie.</p>	MSSS	Agence Établissements	2008

Objectif 7 Surveiller l'évolution des maladies chroniques et évaluer les répercussions de la Stratégie d'action tant sur les personnes atteintes que sur le système de santé et de services sociaux

Actions	Responsables	Partenaires	Échéanciers
<p>20. Diffuser, à l'intention des décideurs, des intervenants et à la population en général, des connaissances relatives à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'évolution des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque; ▪ aux conséquences pour les personnes atteintes et leur entourage (fardeau de la maladie); ▪ aux répercussions sur le système de soins, dont les coûts (fardeau économique). 	MSSS	INSPQ	<p>Continu</p> <p>Diffusion d'un <i>Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec</i> sur les maladies chroniques (année à préciser)</p>
<p>21. Réaliser des études et des enquêtes auprès des personnes atteintes de maladies chroniques et de leurs proches en vue de mieux connaître leurs besoins, leurs attentes et leur satisfaction à l'égard des services de santé et des services sociaux.</p>	MSSS	Institut de la statistique du Québec	Première enquête réalisée en 2008

Actions	Responsables	Partenaires	Échéanciers
<p>22. convenir avec les organismes dédiés à la recherche des modalités pour stimuler le développement de la recherche sur les maladies chroniques et leurs impacts sur la qualité de vie des personnes ainsi que sur l'organisation et le coût des services de santé et des services sociaux.</p>	MSSS	FRSQ Milieu de la recherche	2008
<p>23. Soutenir le partage d'expériences et l'évaluation de projets en matière d'autogestion (action 7), d'amélioration continue des pratiques cliniques (action 17) ainsi que de l'implication de la communauté dans la prévention des maladies chroniques et la promotion de la santé (action 2)</p>	MSSS	Agence CSSS Cliniciens	Continu
<p>24. Identifier les indicateurs de résultats pertinents, pour le système de santé et de services sociaux ainsi que pour la santé et le bien-être de la population, qui permettent d'évaluer et de suivre les objectifs de la Stratégie et du Plan d'action.</p>	MSSS	Experts	2008-2009
<p>25. Procéder à une évaluation de l'implantation des mesures essentielles pour réaliser les objectifs du Plan d'action, notamment en matière :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ d'inscription et de prise en charge des personnes en première ligne ; ▪ d'autogestion ; ▪ d'utilisation des standards cliniques ; ▪ de circulation des patients entre la première ligne et les services spécialisés. 	MSSS		2009-