

La prévention et la gestion des maladies chroniques : un *DÉFI RENOUVELÉ* pour le réseau montréalais

Modèle montréalais et
plan d'action 2016-2021

**Ce document est une réalisation conjointe des membres
du Comité du réseau montréalais de maladies chroniques**

Montréal (Québec)
www.santemontreal.qc.ca

Supervision de la rédaction

Christiane Barbeau

Équipe de rédaction

Geneviève Alary
Christiane Barbeau
André Bélanger, MD
Christiane Bergeron
Jean Bourbeau, MD
Jean-Pierre Bluteau
Christine Clermont
Sylvie Colette
Cathy Dresdell
Nicole Cyr
Jacques Drolet
Antoinette Ghanem
Marie-Josée Paquet
Susan Paquin
Chantal Plante
Jacques Ricard, MD
Régina Visca

Direction régionale de santé publique de Montréal

Ak'ingabe Guyon, MD
Uyen Pham
Mahamane Ibrahima

Collaboration

James Massie
Danielle Blanchard

Révision

Serge Lamarre

Graphisme

Caron Communications graphiques

© CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Tous droits réservés

ISBN-978-2-550-79921-4 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2017

Mot de Mme Christiane Barbeau et de Dr Jacques Ricard, équipe de soutien à la transformation, Direction générale de la coordination réseau et ministérielle, Ministère de la Santé et des Services sociaux

C'est avec plaisir qu'en collaboration avec les gestionnaires du réseau en maladies chroniques, nous présentons le Modèle montréalais et plan d'action 2016-2021 en prévention et gestion des maladies chroniques.

Ce plan d'action s'inscrit dans le prolongement du plan précédent de 2011-2015 et convie les acteurs de la santé et des services sociaux impliqués en maladies chroniques et leurs partenaires à unir leurs efforts, en vue de réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies chroniques. Il se veut également un outil de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle des CIUSSS.

En raison de la prévalence croissante des maladies chroniques et du fardeau qu'elles représentent, le réseau montréalais entend consacrer, au cours des prochaines années, des efforts explicites et concertés d'un bout à l'autre du continuum de soins et de services de santé.

D'une part, l'intervention en santé publique privilégie l'action intersectorielle et vise à la fois les politiques publiques et les initiatives qui modifient les environnements de manière à avoir un impact sur l'ensemble de la population en vue :

- de réduire la prévalence des facteurs de risque intermédiaires, c'est-à-dire les précurseurs de la maladie chronique (obésité, hypertension artérielle, dyslipidémie, syndrome métabolique, etc.);
- d'atténuer la prévalence des comportements de santé associés aux précurseurs de la maladie (alimentation déséquilibrée, sédentarité, tabagisme);
- d'influencer les déterminants environnementaux (environnement bâti, politiques publiques, qualité de l'air) et de réduire les inégalités de santé liées aux déterminants sociaux (revenu, scolarité, etc.).

D'autre part, les programmes cliniques de gestion des maladies chroniques et la coordination des services de 1^e, de 2^e ou de 3^e ligne ont pour objectif :

- d'influencer le cours de la maladie afin d'en retarder l'évolution, de prévenir les complications et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques;
- de soutenir l'autogestion et de développer l'autonomie des personnes atteintes de maladies chroniques;
- d'appuyer les médecins de famille dans le suivi de personnes souffrant de maladies chroniques, au moyen de programmes interdisciplinaires et intégrés de gestion des maladies chroniques;
- d'optimiser l'utilisation des services de 2^e ligne médicale et d'assurer un continuum de soins fluide.

Par ailleurs, les données sur la santé des Montréalais(es) révèlent que les maladies chroniques n'affectent pas de manière égale l'ensemble de la population : en effet, les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique sont plus nombreuses à souffrir de problèmes de santé chroniques. Une attention particulière sera donc accordée à ces écarts et plusieurs des interventions préconisées pour réduire les maladies chroniques visent également à diminuer les inégalités sociales en matière de santé.

Le Plan d'action présente une vision commune du continuum de prévention et gestion des maladies chroniques; il souhaite orienter les activités régionales et territoriales en tenant compte des nouvelles réalités du système de santé, afin d'actualiser cette vision commune sur l'ensemble du territoire montréalais.

Nous espérons donc que ce document permettra de créer une synergie d'actions susceptibles de prévenir et gérer efficacement les maladies chroniques.

Résumé

Au cours des deux dernières décennies, on a observé une nette augmentation de la prévalence de l'obésité, du fardeau associé aux maladies chroniques et de leurs principaux facteurs de risque (alimentation déséquilibrée, tabagisme et sédentarité). On a également noté une augmentation du nombre de personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques à la fois, ce qui complexifie la coordination des soins et le jumelage des différents plans de traitement.

Les Montréalais(es) atteints des maladies chroniques les plus courantes sont de grands utilisateurs de services de santé, effectuant l'équivalent d'une visite médicale par mois, soit en moyenne de 10 à 16 visites médicales annuelles. De plus, le portrait montréalais « Grands consommateurs de services de santé et de services sociaux », effectué par l'Équipe régionale d'analyse décisionnelle du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal en avril 2016, basé sur la consommation des services en 2014-2015, a permis de constater que :

- les personnes hospitalisées quatre (4) fois et plus occupent en permanence 377 lits;
- celles visitant l'urgence six (6) fois et plus occupent 52 civières en tout temps;
- 30 % d'entre elles sont atteintes d'une maladie ou d'un trouble des appareils respiratoires et circulatoires.

Les maladies chroniques et leurs déterminants ne se distribuent pas également dans la population. Le taux de mortalité par maladie chronique demeure une à deux fois plus élevé au sein des groupes défavorisés que parmi les mieux nantis. L'environnement des villes peut également influencer de manière significative sur la santé des personnes qui y vivent, notamment au chapitre de la pollution atmosphérique et sonore, de l'accessibilité des produits alimentaires de qualité, de l'offre de services existante en loisirs et de l'état des infrastructures de transport actif ou collectif.

À la suite de la réorganisation du réseau avec l'adoption de la loi 10 et étant donné le contexte montréalais, où se retrouvent 10 établissements, dont 5 Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), les gestionnaires responsables des maladies chroniques ont fait valoir l'importance de se doter d'un nouveau Plan d'action 2016-2021 afin de pallier les défis et de maintenir les acquis cliniques et organisationnels.

Ce Plan d'action s'inscrit dans le prolongement du plan précédent de 2011-2015 et s'inspire de deux modèles d'organisation de soins reconnus : la pyramide de services du Kaiser Permanente et le Modèle étendu des soins chroniques (CCM-E), adapté du modèle de soins développé par Edward Wagner, le *Chronic Care Model*. Il présente la nouvelle gouverne en gestion des maladies chroniques et dresse le bilan des réalisations du Plan d'action 2011-2015.

On y retrouve également les résultats des programmes de recherche et d'évaluation, dont le programme sur le risque cardiometabolique qui donne des résultats positifs chez les patients (diminution de l'A1c, du tour de taille, une amélioration du contrôle de la tension artérielle tant systolique que diastolique, une amélioration du profil lipidique (baisse du LDL-cholestérol, triglycérides et augmentation du HDL-cholestérol) et une diminution du tabagisme. Les médecins participants lui ont accordé une appréciation très favorable. Une plus grande coordination et intégration des services entre les équipes interdisciplinaires et les médecins de famille ont semblé se traduire par des effets bénéfiques chez les patients. Une plus grande proximité des équipes interdisciplinaires avec les médecins de 1^{re} ligne (ex. : dans les nouveaux modèles d'organisation de 1^{re} ligne) semble faire partie des voies à privilégier.

Le plan d'action convie les acteurs de la santé et des services sociaux impliqués dans la gestion des maladies chroniques, de même que leurs partenaires, à unir leurs efforts en vue de réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies chroniques. Il se veut également un outil de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle des CIUSSS.

À Montréal, les cinq CIUSSS constituent la pierre angulaire du réseau de la santé et des services sociaux. Ils ont la responsabilité de développer des liens avec les milieux cliniques de 1^{re} ligne, les milieux de 2^e et de 3^e ligne ainsi que les établissements non fusionnés, et d'offrir une gamme complète de services généraux spécialisés et surspécialisés. Il leur revient en outre d'assurer le suivi des clientèles vulnérables, dont les personnes atteintes de maladie chronique. Les CIUSSS doivent aussi coordonner une action intersectorielle et sensibiliser les décideurs municipaux locaux à la création d'un environnement favorable à la santé.

Le réseau montréalais s'est doté d'une nouvelle structure de gouvernance, le Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques, qui assure le leadership régional pour le continuum de soins et de services en prévention et gestion des maladies chroniques. Il assure la surveillance de l'état de santé de la population et du développement des programmes de promotion et de prévention, tout en s'assurant de la mise à jour et du développement des programmes cliniques de gestion des maladies chroniques.

Le continuum montréalais de prévention et gestion des maladies chroniques met l'accent sur l'action intersectorielle destinée à la création d'un environnement sain et à la réduction des inégalités sociales en matière de santé, sur la consolidation d'une 1^{re} ligne forte intégrant les pratiques préventives et curatives, sur l'utilisation optimale des services spécialisés de 2^e et 3^e lignes et sur un continuum de services accessible.

La consolidation et le déploiement des programmes harmonisés de gestion des maladies chroniques dans toute la région de Montréal représentent une priorité pour les membres du Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques. Dans le présent Plan d'action, le Comité désire mettre l'accent sur les aspects suivants :

- 1) l'intégration des programmes harmonisés de gestion des maladies chroniques en GMF;
- 2) l'intégration de la télésanté comme modalité d'organisation de services à utiliser dans la gestion des maladies chroniques;
- 3) l'actualisation et le maintien de la fonction du responsable (pilote) clinique régional du registre des maladies chroniques;
- 4) l'évaluation et le suivi des résultats clinico-administratifs, et le maintien du registre des maladies chroniques ainsi que son intégration dans les DMÉ;
- 5) la collaboration avec les équipes de recherche et l'INESSS;
- 6) le partenariat de soins;
- 7) les changements de pratique;
- 8) la promotion des programmes.

Il a aussi été convenu de porter une attention particulière aux clientèles ayant reçu un diagnostic de trouble mental et, plus particulièrement, à celles atteintes de dépression majeure ou de schizophrénie, car les effets indésirables de la médication peuvent provoquer chez elles l'apparition du prédiabète et du diabète. Ces clientèles devraient pouvoir bénéficier d'une offre de services.

Enfin, bien que le présent document s'adresse principalement à une clientèle adulte, les gestionnaires souhaitent accorder plus d'importance au secteur pédiatrique et proposent d'amorcer dès maintenant une réflexion à ce sujet avec les représentants des instances concernées.

Diverses instances sont impliquées dans la planification et la mise en œuvre des programmes de prévention et gestion des maladies chroniques. Certaines agissent en outre comme interface ou courroie de transmission entre les acteurs régionaux et locaux. Avec son Modèle montréalais et plan d'action, le réseau montréalais souhaite mettre en lumière les points d'arrimage et les mécanismes de coordination entre les services de prévention et gestion des maladies chroniques.

Le succès de ce Plan d'action dépend largement de l'établissement d'un partenariat étroit entre les responsables régionaux, les CIUSSS, les établissements non-fusionnés, les milieux cliniques et les partenaires communautaires de même que les acteurs intersectoriels (municipaux, scolaires, entrepreneuriaux, environnementaux, etc.). Son déploiement passe également par un leadership fort et mobilisateur des PDG-PDGA montréalais et des membres du Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques, par une définition claire du champ d'action de chacun des acteurs, ainsi que par la mise en place de canaux de communication efficaces.

La coordination et le suivi de ce Plan d'action nécessiteront l'octroi d'un mandat clair à une équipe qui sera légitimée par les PDG-PDGA et le Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques.

Le Plan d'action montréalais conjugue les meilleures pratiques de prévention et gestion des maladies chroniques et il s'articule autour de quatre grandes orientations :

Les 4 grandes orientations

1. Promouvoir l'adoption de modes de vie, la création d'environnements sains et sécuritaires et la prévention clinique

- Développer des quartiers sécuritaires et favorables au transport actif
- Augmenter la proportion de la population ayant accès à des fruits et légumes frais
- Promouvoir une réglementation favorisant une bonne qualité d'air et des logements salubres
- Augmenter le nombre de milieux de travail qui s'occupent de la prévention des troubles musculosquelettiques et qui protègent leurs employés contre l'exposition aux agents cancérigènes
- Soutenir l'organisation des services pour les programmes populationnels de santé publique (Programme québécois d'abandon du tabagisme, Programme québécois de dépistage du cancer du sein)
- Favoriser l'intégration des activités de prévention clinique au sein du continuum de prévention et gestion des maladies chroniques
- Accroître l'accessibilité des services de prévention clinique

2. Consolider et promouvoir l'accès aux équipes interdisciplinaires des programmes harmonisés de gestion des maladies chroniques

- Renforcer les programmes cliniques existants (Risque cardiométabolique, MPOC, MCAS, Fracture de fragilisation et ostéoporose, douleur chronique)
- Consolider et reproduire les offres de services en télédépistage de la rétinopathie diabétique et en dépistage de la neuropathie diabétique, prévention et traitement des lésions du pied diabétique
- Développer de nouveaux programmes en 1^{re} ligne en fonction des données de surveillance, des orientations ministérielles, des recommandations d'experts et des besoins exprimés par les médecins omnipraticiens (asthme, insuffisance cardiaque, douleur neuropathique, ostéo-arthrite et autres pathologies douloureuses)
- Favoriser l'autogestion de la maladie
- Inclure le partenariat de soins dans l'approche centrée sur les patients (« l'approche patients »)

3. Assurer un continuum de services accessibles dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Mettre en place et consolider les mécanismes nécessaires pour permettre aux clientèles de la 2^e ligne, atteintes de maladie chronique, d'accéder aux services de 1^{re} ligne et aux programmes de maladies chroniques de 1^{re} ligne et permettre aux clientèles ayant besoin d'un programme de 2^e ligne de rencontrer les équipes spécialisées

Suivi des clientèles vulnérables

- Recenser et prendre en charge de façon proactive tous les grands utilisateurs de soins selon les critères convenus
- Établir des corridors de services bidirectionnels avec la 1^{re} ligne, y compris les pharmaciens (communautaires et en GMF) et les organismes communautaires

Santé respiratoire

- Actualiser le réseau intégré pour la gestion de la clientèle souffrant de maladie pulmonaire chronique

4. Maintenir un système de surveillance, de monitoring et d'évaluation

- Suivre de façon continue l'état de santé des Montréalais(es) ainsi que ses principaux déterminants (environnementaux et comportementaux)
- Mettre en place des mécanismes de suivi de l'implantation des programmes de prévention et gestion des maladies chroniques
- Évaluer les effets des programmes de prévention et gestion des maladies chroniques
- Maintenir un registre clinico-administratif des maladies chroniques à Montréal

Table des matières

Mot de Mme Christiane Barbeau et de Dr Jacques Ricard	3
Résumé	4
Liste des figures et tableaux	8
Liste des acronymes	9
Introduction	11
Section 1. Portrait montréalais des maladies chroniques et de leurs déterminants – Mise à jour	13
1.1 Fardeau des maladies chroniques à Montréal	13
1.2 Prévalence et distribution des principaux facteurs de risque	16
1.2.1 Les facteurs non modifiables	16
1.2.2 Les facteurs individuels modifiables	16
1.2.3 Les facteurs contextuels	17
1.3 Coûts de santé	17
1.4 Portrait montréalais des clientèles fréquentant l'urgence à répétition	17
1.5 Portrait montréalais des clientèles hospitalisées fréquemment	17
Section 2. Modèle montréalais et ses fondements	21
2.1 Les maladies chroniques au cœur des priorités ministérielles	21
2.2 La pyramide de Kaiser pour mieux hiérarchiser les programmes et services	21
2.3 Une programmation régionale fondée sur le Extended-Chronic Care Model	23
2.4 Des programmes et services à travers le continuum de prévention et gestion des maladies chroniques	24
2.4.1 Agir en amont	24
2.4.2 Agir précocement et efficacement sur la maladie	24
2.5 Acteurs de la prévention et de la gestion des maladies chroniques et instances décisionnelles	26
2.5.1 Organisations de santé impliquées dans le continuum	26
2.5.2 Instances de gouverne et de coordination du continuum	28
2.6 La télésanté, une modalité d'organisation de services à utiliser dans la gestion des maladies chroniques	31
Section 3. Bilan du Plan d'action 2011-2015 et résultats des programmes de gestion des maladies chroniques	33
3.1 État de situation de la prévention	33
3.2 État de situation de l'offre de services en gestion des maladies chroniques en 1 ^{re} ligne	34
3.3 Résultats du programme RCM	34
3.3.1 Amélioration des soins et impacts observés sur la cohorte de 19 000 personnes en date de janvier 2017	34
3.3.2 Évaluation de la mise en œuvre d'un programme de prévention et d'intervention interdisciplinaire intégré portant sur le risque cardiométabolique	35
3.3.3 Projet d'optimisation	35
3.3.4 Offre de service en télédépistage de la rétinopathie diabétique	35
3.4 Résultats du programme de gestion de la MPOC	36
3.5 Résultats du programme de gestion de la douleur lombaire	37

3.6 État de situation des Grands utilisateurs	37
3.7 État de la situation du Réseau intégré de gestion des maladies pulmonaires chroniques (MPC)	38
Section 4. Plan d'action 2016-2021	41
Orientation 1. Promouvoir l'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires	41
Orientation 2. Consolider et promouvoir l'accès aux équipes interdisciplinaires des programmes harmonisés de gestion des maladies	57
Orientation 3. Assurer un continuum de services accessibles dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services	69
Orientation 4. Maintenir un système de surveillance, de monitoring et d'évaluation	76
Conclusion	81
Références	83
Annexe I – Actualisation du Modèle de soins des maladies chroniques étendu (CCM-E)	85
Annexe II – Planification et mise en œuvre d'un programme de gestion des maladies chroniques	87
Annexe III – Recommandations d'experts relativement à la mise en œuvre de nouveaux programmes cliniques en gestion des maladies chroniques.....	89
Annexe IV – Procédure d'extraction Grands consommateurs (2013-2014)	92
Annexe V – Processus cliniques régionaux des programmes offerts	95
Annexe VI – Formulaire de référence programmes maladies chroniques	100

Liste des figures et tableaux

Figure 1. Prévalence des maladies chroniques à l'échelle des CIUSSS, Montréal, 15 ans et plus, 2012	14
Figure 2. Visites à l'urgence en 2014-2015	18
Figure 3. Hospitalisation 2013-2014	19
Figure 4. Hospitalisation répétées (3 et +), par CMD	20
Figure 5. Pyramide de Kaiser adaptée au Modèle montréalais	22
Figure 6. L'Extended Chronic Care Model (CCM-E)	23
Figure 7. Continuum montréalais des services de prévention et gestion des maladies chroniques	25
Figure 8. Structure de gouverne régionale et locale en prévention et gestion des maladies chroniques	28
Figure 9. Exemple Comité consultatif montréalais en santé cardiométabolique	30
Figure 10. Structure de planification des projets en maladies chroniques	58
Figure 11. Programmes de gestion des maladies chroniques en développement	62

Liste des acronymes

AETMIS	Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'intervention
AQDC	Association québécoise de la douleur chronique
AMOM	Association des médecins omnipraticiens de Montréal
APQ	Association pulmonaire du Québec
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCM	Chronic Care Model
CCM-E	Expanded Chronic Care Model
CDD	Centre de dépistage désigné
CES	Centre d'éducation pour la santé
CEGDC	Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Clinique-réseau
CRID	Centre de référence pour investigation diagnostique
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DACMU	Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires
DRMG	Département régional de médecine générale
DLSP	Directeur local de santé publique
DRSP	Direction régionale de santé publique
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSIE	Demande de service inter établissements
DSP	Directeur des services professionnels
EMP	Examen médical périodique
EPS	Éducateur pour la santé
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ETP	Équivalent temps plein
EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes au secondaire
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-R	Groupe de médecine de famille réseau
HPS	Hôpital promoteur de santé
HTA	Hypertension artérielle
ICPC	Infirmière-conseil en prévention clinique
ICM	Institut de cardiologie de Montréal
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
I-PQDCS	Infirmière assignée au PQDCS
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPR MPC	Intervenants pivots du Réseau de gestion des maladies pulmonaires chroniques
IU	Institut universitaire
MAMROT	Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation

MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MPC	Maladies pulmonaires chroniques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère du Transport du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PDG	Président directeur général
PDGA	Président directeur général adjoint
PAG	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : investir pour l'avenir
PAL	Plan d'action local en santé publique
PAR	Plan d'action régional en santé publique
PI-PSI	Plan d'Intervention —Plan de Service Individualisé
PCP	Pratiques cliniques préventives
PNAVD	Programme national d'assistance ventilatoire à domicile
PNSP	Programme national de santé publique
PSMA	Produits, services et moyens amaigrissants
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLT	Programme québécois de lutte au tabagisme
RLS	Réseau local de services
RSSS	Réseau de santé et services sociaux
RCM	Risque cardiométabolique
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
RQESR	Réseau québécois d'éducation en santé respiratoire
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques au Québec
SQHA	Société québécoise d'hypertension artérielle
SRSAD	Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques
SPC	Système de prévention clinique
SPMC	Secteur Services préventifs en milieu clinique

Introduction

Le fardeau croissant des maladies chroniques et leurs répercussions sur le système de santé ne sont plus à démontrer. Les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies

respiratoires chroniques et le diabète provoquent chaque année plus de 36 millions de décès, soit près des deux tiers du taux de mortalité à l'échelle mondiale.

Le MSSS définit les maladies chroniques comme des maladies non contagieuses qui se développent lentement, qui conduisent à des incapacités, qui peuvent se prolonger dans le temps et qui sont souvent incurables, mais dont un grand nombre sont évitables. Ces maladies résultent à la fois de processus normaux liés à la génétique ou au vieillissement, et du cumul d'un ensemble de facteurs qui interagissent tout au long de la vie. Y sont inclus les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, le diabète, les maladies de l'appareil musculosquelettique, les maladies neurodégénératives et les problèmes de santé mentale ⁽¹⁾.

Montréal n'échappe pas à cette tendance. De 2005 à 2009, les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète ont causé plus de 72 % des décès chez les 20 ans et plus à Montréal ⁽²⁾. Pour certaines maladies chroniques, les tendances sont à la hausse : environ 25 000 personnes de plus qu'en l'an 2000 souffrent aujourd'hui d'hypertension et le diabète s'est accru de façon régulière de 40 % entre 1999 et 2006 ⁽³⁾. En ce qui a trait à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées, l'INSPQ a recensé 26 960 cas pour l'île de Montréal en 2014, chiffre d'autant plus important si on considère que l'INESSS estime que seulement 25 % des cas sont actuellement diagnostiqués et traités. De plus, les maladies chroniques et leurs déterminants ne se distribuent pas également parmi la population. Ainsi, le taux de mortalité par maladie chronique demeure une à deux fois plus élevé chez les groupes défavorisés que chez les mieux nantis.

Le vieillissement de la population et les changements dans nos modes de vie, et en particulier dans les habitudes alimentaires et la pratique d'activités physiques, en sont en grande partie responsables. En effet, jusqu'à 80 % des maladies cardiovasculaires, des accidents vasculaires cérébraux et du diabète de type 2, et plus du tiers des cancers pour-

raient être évités par l'élimination des principaux facteurs de risque que sont le tabagisme, la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool ⁽⁴⁾.

Devant l'ampleur du phénomène, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ci-après « l'Agence ») reconnaissait la nécessité d'agir en prenant des mesures qui s'inscrivent dans une vision globale du continuum des services de prévention et gestion des maladies chroniques. Le Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015 a été élaboré et adopté par le conseil d'administration de l'Agence. Au chapitre de la prévention, il a fallu redoubler d'efforts pour développer des politiques publiques et créer des environnements propices à des choix santé, pour intégrer la prévention dans les pratiques cliniques de 1^{re} ligne, et pour améliorer la capacité de la personne à prévenir l'apparition de la maladie ou en éviter les complications. Du côté de la gestion des maladies chroniques, la création de programmes cliniques, la mise sur pied d'équipes interdisciplinaires de 1^{re} ligne, le soutien à l'autogestion et l'optimisation des liens avec la 2^e ligne ont été au cœur de la révision de l'organisation des services destinés aux personnes souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques.

Le 18 août 2015, l'Équipe de soutien à la transformation Montréal et Montérégie a rencontré les responsables en gestion des maladies chroniques des CIUSSS et des établissements non-fusionnés. Devant la réalité de la réorganisation prévue par la loi 10 et la particularité du milieu montréalais, où se retrouvent 10 établissements, dont 5 CIUSSS, les responsables ont souligné l'importance des défis à relever pour la région, et notamment les suivants :

- maintenir les acquis cliniques et organisationnels;
- assurer une harmonisation et une cohérence régionale;
- maintenir le continuum entre la santé publique et la 1^{re} ligne médicale en prévention et gestion des maladies chroniques;
- permettre la mise à jour et l'évolution des programmes selon les données probantes;
- maintenir le monitoring régional et local.

Les responsables souhaitaient assurer la pérennité du programme de prévention et gestion des maladies chroniques et se mobiliser pour élaborer un plan d'action en prévention et gestion des maladies chroniques pour la période 2016-2021 sous la gouvernance actuelle.

Ce Plan d'action s'inscrit dans le prolongement du plan précédent et vise à orienter et à soutenir les CIUSSS et leurs partenaires dans la mise en œuvre et l'arrimage des programmes régionaux et locaux de prévention et gestion des maladies chroniques.

Le présent document se divise en trois grandes sections, soit :

- un portrait montréalais et ses fondements théoriques;
- le bilan du Plan d'action 2011-2015;
- le Plan d'action montréalais 2016-2021 en prévention et gestion des maladies chroniques.

Nous souhaitons donc que ce document donne un sens à l'ensemble des actions déployées au sein du continuum de prévention et gestion des maladies chroniques, qu'il ait un effet mobilisateur et qu'il nous permette de concrétiser une vision commune de l'action du réseau montréalais au regard du fardeau croissant des maladies chroniques.

Section 1. Portrait montréalais des maladies chroniques et de leurs déterminants – Mise à jour

Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, la défavorisation, les changements climatiques et l'adoption d'habitudes de vie défavorables à la santé sont des facteurs qui influent sur le développement des maladies chroniques. Le Québec en général et Montréal en particulier n'échappent pas à cette nouvelle réalité à laquelle il faut s'attaquer. Or, les maladies chroniques représentent un fardeau économique et social à cause des incapacités engendrées chez les individus atteints et des coûts occasionnés par les soins à long terme qu'elles requièrent.

Pour combattre ce fléau, il faut mettre l'accent sur la prévention et sur la promotion de saines habitudes de vie. Par conséquent, une bonne connaissance de la prévalence, du fardeau et des déterminants des maladies chroniques est essentielle à la mise en œuvre de programmes de santé publique permettant à la population de vivre plus longtemps en bonne santé.

La présente section fait état des principaux faits saillants touchant les maladies chroniques et leurs déterminants. Elle démontre l'urgence d'agir et révèle des inégalités sociales de santé qui se traduisent par des écarts significatifs entre territoires de RLS et groupes de population.

Pour alléger le texte comparatif entre Montréal et le reste du Québec, lorsque la valeur de Montréal est significativement différente de celle du reste du Québec, l'écart sera souligné par la mention *inférieure* ou *supérieure*; dans le cas contraire, aucune précision ne sera donnée.¹

1.1 Fardeau des maladies chroniques à Montréal

Prévalence des maladies chroniques (5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13)

À Montréal, selon les résultats de l'enquête TOPO 2012⁽⁸⁾, environ une personne sur trois (35 %), âgée de 15 ans et plus, était atteinte d'au moins une maladie chronique. Cette proportion regroupait près du quart (23 %) des Montréalais souffrant d'une seule maladie, environ le dixième (9 %) de ceux atteints de deux maladies et 3 % de ceux qui étaient en proie à au moins trois maladies chroniques. Chez les 65 ans et plus, c'était sont environ sept personnes sur dix (67 %) qui souffraient d'au moins une maladie chronique.

L'enquête TOPO 2012 montrait que la prévalence des maladies chroniques variait selon le territoire de RLS. En effet, cette proportion était plus importante dans le RLS de la Pointe-de-l'Île (40 %), CIUSSS de l'Est et plus faible dans les territoires de RLS du Cœur-de-l'Île (29 %), CIUSSS du Nord, de Jeanne-Mance (31 %), CIUSSS du Centre-Sud et de la Montagne (31 %), CIUSSS du Centre-Ouest. Les autres territoires de RLS avaient des prévalences qui n'étaient pas statistiquement différentes de celles du reste de Montréal.

¹ Les données proviennent de diverses sources, dont l'*Enquête TOPO 2012* (population de 15 ans et plus) qui permet d'obtenir des données à l'échelle des territoires des RLS de Montréal (voir tableau 1) l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes au secondaire* (EQSJS) 2010-2011 (population des élèves inscrits dans les écoles secondaires de Montréal), l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de 2013-2014 (population 12 ans et plus), le *Système intégré de surveillance des maladies chroniques au Québec* (SISMACQ) (population de 20 ans et plus), les fichiers des MSSS et ceux du ministère du Développement durable.

Compte tenu de la taille de l'échantillon, les données de TOPO 2012 sont plus précises que celles de l'ESCC, en plus de permettre des comparaisons à l'échelle locale. Toutefois, celles de l'ESCC sont aussi présentées car elles sont les plus récentes. La plupart du temps, elles demeurent en congruence avec celles de TOPO 2012, bien que les comparaisons soient limitées en raison des groupes d'âge qui ne correspondent pas toujours.

Les taux présentés dans le texte sont non-ajustés afin de mieux illustrer le fardeau réel qu'ils représentent. Toutefois, les taux ajustés ont été utilisés pour faire la comparaison entre deux territoires.

Figure 1. Prévalence des maladies chroniques à l'échelle des CIUSSS, Montréal, 15 ans et plus, 2012

Indicateur*	CIUSSS					RSSS de Montréal
	Ouest	Centre-Ouest	Centre-Sud	Nord	Est	
Au moins une maladie chronique	36,1	31,9 (-)	34,2	34,1	36,3	34,7
Hypertension	18,3	14,6	15,5	17,3	18,3	17,0
Asthme	9,1	6,6 (-)	9,5	7,7	8,5	8,3
Maladie(s) cardiaque(s)	7,5	6,5	7,5	8,7	8,9	8,0
Troubles de l'humeur	5,4 (-)	6,8	8,9 (+)	6,2	7,2	6,8
Diabète	6,7	5,2 (-)	5,8	6,6	7,8 (+)	6,6
MPOC (35 ans et plus)	3,2	3,5	5,1	4,7	5,1	4,4
Cancer	2,2	2,0	2,3	1,7	1,8	2,0
Au moins une maladie chronique (65 ans et plus)	67,3	63,8	69,8	69,6	67,1	67,4

*À moins d'avis contraire, la population cible est celle de 15 ans et plus
 Valeur statistiquement supérieure (+) ou inférieure (-) à celle du reste de Montréal
 Source : Enquête TOPO 2012

Hypertension artérielle

En 2012, 17 % des Montréalais de 15 ans et plus souffraient d'hypertension selon les résultats de l'enquête TOPO. En 2013-2014, selon les données du SISMACQ, près du quart (22 %) des Montréalais de 20 ans et plus souffraient d'hypertension artérielle, une proportion inférieure à celle du reste du Québec. Cette prévalence variait selon l'âge à Montréal. En effet, elle était estimée à 3 % chez les 20-44 ans, à 23 % chez les 44-64 ans et à 66 % chez les 65 ans et plus. Mais, contrairement aux personnes de moins de 65 ans, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus aux prises avec de l'hypertension était supérieure à celle de leurs homologues du reste du Québec.

Maladies cardiaques

Selon les résultats de l'enquête TOPO 2012, 8 % des Montréalais de 15 ans et plus souffraient de maladies cardiaques. Chez ceux de 18 ans et plus, cette proportion a été estimée à 5 % d'après les résultats de l'ESCC en 2013-2014.

De 2012-2013 à 2014-2015, le taux d'hospitalisation pour cause d'insuffisance cardiaque a été d'environ 17 pour 10 000 à Montréal. Ce taux a été de 95 pour 10 000 personnes pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire.

De 2010 à 2012, au sein de la population totale, on a enregistré en moyenne près de 200 décès pour 100 000 habitants pour cause de maladies cardiovasculaires, soit un taux de mortalité supérieur à celui du reste du Québec. Évidemment, ce taux était plus élevé chez les personnes âgées de 65 ans et plus (1123 pour 100 000) que chez les 20-64 ans (38 pour 100 000).

Asthme

En 2010-2011, l'EQSJS révélait qu'à Montréal, près d'un élève sur cinq (17 %) avait eu une crise d'asthme au cours de sa vie.

En 2012, 8 % des Montréalais de 15 ans et plus souffraient d'asthme, selon TOPO. Cette proportion était presque la même (9 %) chez les personnes âgées de 18 ans et plus, selon les résultats de l'ESCC (2013-2014).

Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)

Selon TOPO 2012, la proportion de personnes de 35 ans et plus souffrant de MPOC à Montréal était estimée à 4 %. En 2013-2014, les données du SISMACQ indiquaient que près d'un Montréalais sur dix (9 %), âgé de 35 ans et plus, souffrait de MPOC, une proportion inférieure à celle du reste du Québec. La situation était cependant plus préoccupante chez les personnes âgées de 65 ans et plus, dont 19 % étaient atteintes de MPOC (proportion inférieure à celle du reste du Québec).

Au cours de la période 2012-2013 à 2014-2015, le taux moyen d'hospitalisations liées aux MPOC à Montréal a été de 22 pour 10 000.

En outre, entre 2010 et 2012, 72 décès pour 100 000 habitants causés par les maladies de l'appareil respiratoire ont été enregistrés. Comme il fallait s'y attendre, ces taux étaient inégalement répartis selon l'âge, passant de 8 pour 100 000 chez les 18-64 ans (inférieur à celui du reste du Québec) à 433 pour 100 000 chez les 65 ans et plus (supérieur à celui du reste du Québec).

Santé mentale

L'état de santé mentale est mesuré par divers indicateurs selon l'enquête. D'après les résultats de l'enquête TOPO 2012, la proportion des Montréalais de 15 ans et plus qui présentaient des troubles de l'humeur s'établissait à 7 %. Selon les résultats de l'ESCC 2013-2014, environ 5 % des Montréalais de 18 ans et plus ne se percevaient pas en bonne santé mentale.

En 2013-2014, les données du SISMACQ indiquaient qu'environ un Montréalais sur dix (11 %) âgé d'au moins un an souffrait de troubles mentaux, soit moins que dans le reste du Québec. La situation variait selon l'âge avec une prévalence de 7 % chez les moins de 18 ans, 11 % chez les 18-64 ans et 17 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Pour ce dernier groupe d'âge, la prévalence était supérieure à celle du reste du Québec.

Embonpoint, obésité et diabète

L'obésité a engendré, au fil des ans, des dépenses excédentaires en consultations médicales et en hospitalisations chez les adultes au Québec⁽⁷⁾. Outre son fardeau économique, l'obésité influe sur d'autres maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension, ainsi que sur d'autres problèmes de santé comme les maux de dos, la détresse psychologique,

les problèmes de santé fonctionnelle et la limitation dans les activités chez les adultes, en particulier chez les femmes⁽¹³⁾.

En 2010-2011, environ 15 % des jeunes Montréalais du secondaire présentaient de l'embonpoint et 7 %, de l'obésité. Selon l'enquête TOPO 2012, ce sont aussi 7 % des Montréalais de 15 ans et plus qui souffraient d'obésité.

Par ailleurs, selon les résultats de l'ESCC 2013-2014, le tiers des Montréalais de 18 ans et plus (33 %) présentait de l'embonpoint et 15 %, de l'obésité.

Le diabète touchait près du dixième (7 %) de la population montréalaise d'un an et plus en 2013-2014 selon les données du SISMACQ. Cette prévalence variait selon l'âge. En effet, elle était de moins de 1 % chez les moins de 45 ans, 11 % chez les 45-64 ans et 26 % chez les 65 ans et plus. Notons que la prévalence du diabète chez les 45 ans et plus à Montréal était supérieure à celle du reste du Québec.

Cancer

En 2011 (selon le fichier des tumeurs du MSSS), environ 1 % de la population montréalaise était atteinte d'un cancer diagnostiqué au cours des cinq dernières années, une proportion inférieure à celle du reste du Québec. En 2012, l'enquête TOPO estimait à 2 % la proportion de Montréalais de 15 ans et plus souffrant de cancer. Selon l'ESCC 2013-2014, c'est la même proportion (2 %*)² de Montréalais de 18 ans et plus qui étaient atteints de cancer.

Par ailleurs, le taux des nouveaux cas de cancer (incidence) s'élevait annuellement à 549 personnes pour 100 000, un taux supérieur à celui du reste du Québec. Ce taux augmentait avec l'âge, passant de 304 pour 100 000 (20-64 ans) à 2169 pour 100 000 personnes chez les 65 ans et plus.

Le taux de mortalité dû au cancer était de 234 pour 100 000 en 2011 à Montréal. Il variait de 86 décès pour 100 000 chez les 20-64 ans à 1168 décès pour 100 000 personnes chez les aînés.

Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs

En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, l'INSPQ a recensé 26 960 cas pour l'île de Montréal en 2014, chiffre d'autant plus important que l'INESSS évaluait à seulement 25 % les cas actuellement diagnostiqués et traités.

² Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

Multi morbidités

La multimorbidité pose un défi de taille pour les systèmes de soins en matière de coordination des soins, de jumelage de traitements et d'application de lignes directrices parfois contradictoires. À titre d'exemple, en 2008, 7 % de la population de 45 ans et plus de Montréal présentait à la fois un diabète de type 2 et une hypertension, soit plus de 40 500 montréalais⁽³⁾.

Une étude québécoise a révélé que près de 90 % des patients suivis en 1^{re} ligne, pour une maladie chronique, présente au moins une autre comorbidité⁽¹⁴⁾.

1.2 Prévalence et distribution des principaux facteurs de risque

Les facteurs de risque des maladies chroniques sont nombreux et peuvent être classés en trois catégories : non modifiables, modifiables et contextuels.

1.2.1 Les facteurs non modifiables

L'âge est le principal déterminant de l'occurrence des maladies chroniques. Les informations détaillées en fonction de l'âge permettent néanmoins de porter un regard plus nuancé sur ces maladies. La plupart des maladies dites chroniques suivent un processus évolutif, et c'est souvent à un âge avancé qu'elles sont détectées. Selon l'OMS (2006), près de la moitié des décès par maladie chronique se produisent prématurément chez des personnes de moins de 70 ans. D'où l'importance de la prévention des maladies et surtout de la promotion de saines habitudes de vie au cours du jeune âge. Plusieurs maladies chroniques sont aussi influencées par le sexe, les facteurs génétiques et l'appartenance ethnique d'un individu.

De plus, Montréal se démarque à deux égards. D'une part, Montréal devrait passer de la région dont le pourcentage de personnes âgées était le plus élevé en 2001 à celle où ce pourcentage sera le plus faible d'ici 2026⁽¹⁵⁾. Ce phénomène est en partie attribuable à la présence de communautés issues de l'immigration, dont la moyenne d'âge est moins élevée⁽¹⁶⁾. C'est cette forte présence de communautés issues de l'immigration qui distingue d'autre part Montréal, puisque l'on sait que certaines de ces communau-

tés présentent un risque plus élevé de développer des maladies chroniques, en plus de constituer un groupe souvent plus difficile à rejoindre⁽¹⁷⁾.

1.2.2 Les facteurs individuels modifiables

Le tabagisme

Le tabac est l'un des principaux facteurs de risque de l'asthme et des MPOC. Selon les résultats de l'ESCC, près du quart (22 %) des Montréalais(es) de 18 ans et plus fumaient la cigarette en 2013-2014, une situation qui n'a pas varié depuis 2009-2010.

Chez les jeunes du secondaire, les résultats de l'EQSJS montrent que près d'un élève sur dix (8 %) fumait la cigarette à Montréal en 2010-2011 (fumeurs quotidiens, occasionnels ou débutants).

L'alimentation

Selon les résultats de l'EQSJS 2010-2011, près de sept élèves du secondaire sur dix (70 %) ne consomment pas la quantité minimale de fruits et légumes recommandée par le guide alimentaire canadien. D'après l'ESCC 2013-2014, plus de la moitié des Montréalais de 12 ans et plus (55 %) consommaient moins de cinq portions de fruits et légumes par jour.

En 2010-2011, les résultats de l'EQSJS indiquaient que près du tiers des élèves du secondaire (30 %) avaient consommé au moins deux fois de la malbouffe à l'heure du midi au cours de la semaine précédente. Cette proportion était de 17 % seulement dans le reste du Québec.

Selon l'ESCC, près d'un ménage montréalais sur dix (9 %) a connu un épisode d'insécurité alimentaire en 2013-2014, une proportion près de deux fois supérieure à celle du reste du Québec.

L'activité physique

En 2010-2011, l'EQSJS a estimé à 50 % la proportion des élèves du secondaire qui étaient sédentaires ou peu actifs en termes d'activités de loisir et de transport. Selon les résultats de l'ESCC, environ 31 % des Montréalais de 18 ans et plus étaient sédentaires ou peu actifs en 2013-2014.

1.2.3 Les facteurs contextuels

La défavorisation

La pauvreté est en nette corrélation avec l'incidence des maladies chroniques. D'une part, ces maladies augmentent la pauvreté de la population atteinte et d'autre part, les personnes défavorisées y sont plus vulnérables pour diverses raisons, dont une plus grande exposition aux risques et un très faible accès aux services de santé (OMS, 2006). Les personnes défavorisées sont donc davantage à risque de développer des maladies chroniques que celles non-défavorisées et elles sont davantage susceptibles d'en mourir.

À Montréal, selon les résultats de plusieurs enquêtes, il existe une corrélation significative entre la défavorisation et les facteurs de risque des maladies chroniques. En effet, les personnes défavorisées sont plus susceptibles de fumer la cigarette, de consommer de la malbouffe, de ne pas consommer de fruits et légumes comme il est recommandé dans le Guide alimentaire canadien (GAC), de ne pas avoir accès aux services et soins de santé, de souffrir d'embonpoint et d'obésité et d'être atteintes de maladies pulmonaires.

Les facteurs environnementaux

La qualité de l'air est un facteur déterminant pour la santé respiratoire de la population, en particulier pour les jeunes enfants. La pollution de l'air domestique est aussi un facteur qui influe sur le développement des maladies respiratoires. En milieu urbain, la qualité de l'air externe est un facteur essentiel du développement des infections respiratoires. En 2014, Montréal a enregistré, sur les 365 jours de l'année, un taux de 16 % de jours de mauvaise qualité de l'air. Cette proportion était de 19 % en 2012, selon les données de surveillance du ministère du Développement durable.

Santé Canada estime que la pollution de l'air à Montréal serait responsable de 1 540 décès prématurés par année⁽¹⁸⁾. Une étude publiée par la Direction de santé publique de Montréal estimait que 36 % des enfants montréalais vivaient dans des logements présentant des conditions d'humidité excessive et des moisissures; près de 15 % des cas d'asthme pédiatrique y sont directement associés⁽¹⁹⁾.

1.3 Coûts de santé

Au Canada, déjà en 1998, les maladies chroniques représentaient 42 % des dépenses canadiennes de santé, soit 38,9 milliards de dollars. À cela s'ajoutent les coûts dits indirects de la maladie (productivité perdue et décès prématurés), estimés à 54,4 milliards de dollars additionnels. Une grande partie de ces coûts sont, en outre, attribuables aux sept maladies chroniques les plus répandues (maladies cardiovasculaires, cancers, MPOC, diabète, troubles musculo-squelettiques, troubles du système nerveux et problèmes de santé mentale) et correspondent à 9 % du PIB annuel canadien⁽²⁰⁾.

De même, les médicaments, dont bon nombre sont utilisés pour la gestion de maladies chroniques, représentaient en 2011 des dépenses s'élevant à 32 millions de dollars⁽²¹⁾.

1.4 Portrait montréalais des clientèles fréquentant l'urgence à répétition

Le portrait montréalais « Grands consommateurs de services de santé et de services sociaux », effectué par l'Équipe régionale d'analyse décisionnelle du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal en avril 2016 est basé sur la consommation des services en 2014-2015. Les personnes visitant l'urgence six (6) fois et plus occupent 52 civières en tout temps. 30 % d'entre elles sont atteintes d'une maladie ou d'un trouble des appareils respiratoires et circulatoire.

1.5 Portrait montréalais des clientèles hospitalisées fréquemment

Le portrait montréalais « Grands consommateurs de services de santé et de services sociaux », effectué par l'Équipe régionale d'analyse décisionnelle du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal en avril 2016 est basé sur la consommation des services en 2013-2014. Les personnes hospitalisées (4) fois et plus occupent 377 lits en tout temps. 30 % d'entre elles sont atteintes d'une maladie ou d'un trouble des appareils respiratoires et circulatoire.

Figure 2. Visites à l'urgence en 2014-2015

Total 2014-15

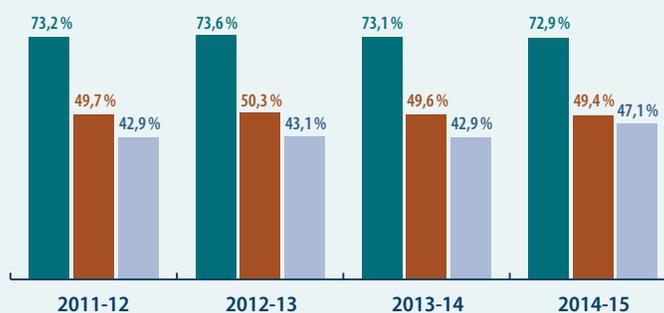
- 561 927 usagers
- 829 863 visites
- 667 civières occupées

Légende

- % usagers
- % visites
- % civières occupées

Petits consommateurs – une seule visite

En 2014-15 : 72,9 % des usagers n'ont qu'une seule visite durant l'année; ils cumulent 49,4 % des visites et 47,1 % du temps sur civière.



Grands consommateurs – 6 visites et plus

En 2014-15 : 1,2 % des usagers ont 6 visites et plus; ils cumulent 6,7 % des visites et ils occupent 7,8 % du temps sur civière. Par ailleurs, le % de grands utilisateurs (et le volume) est plutôt stable.



Note : Les visites à l'urgence de l'hôpital St.Mary sont exclues pour cause de données aberrantes

Source : J56, 2014-2015

Figure 3. Hospitalisation en 2013-2014

Total 2013-14

- 195 923 patients
- 236 178 hospitalisations
- 5 789 lits

Légende

- % patients
- % hospitalisations
- % lits

Petits consommateurs – une hospitalisation

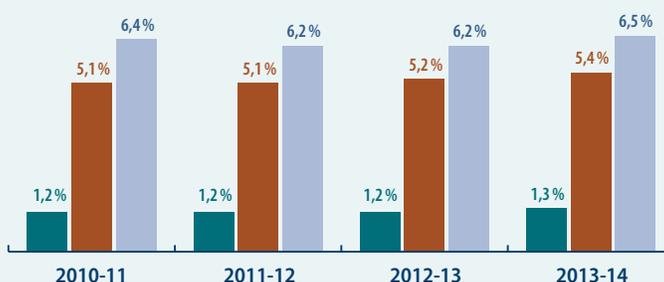
En 2013-14 : 85,7 % des patients n'ont qu'une seule hospitalisation durant l'année; ils cumulent 71,1 % des hospitalisations et 64,3 % des lits.



Grands consommateurs – 4 hospitalisations et plus

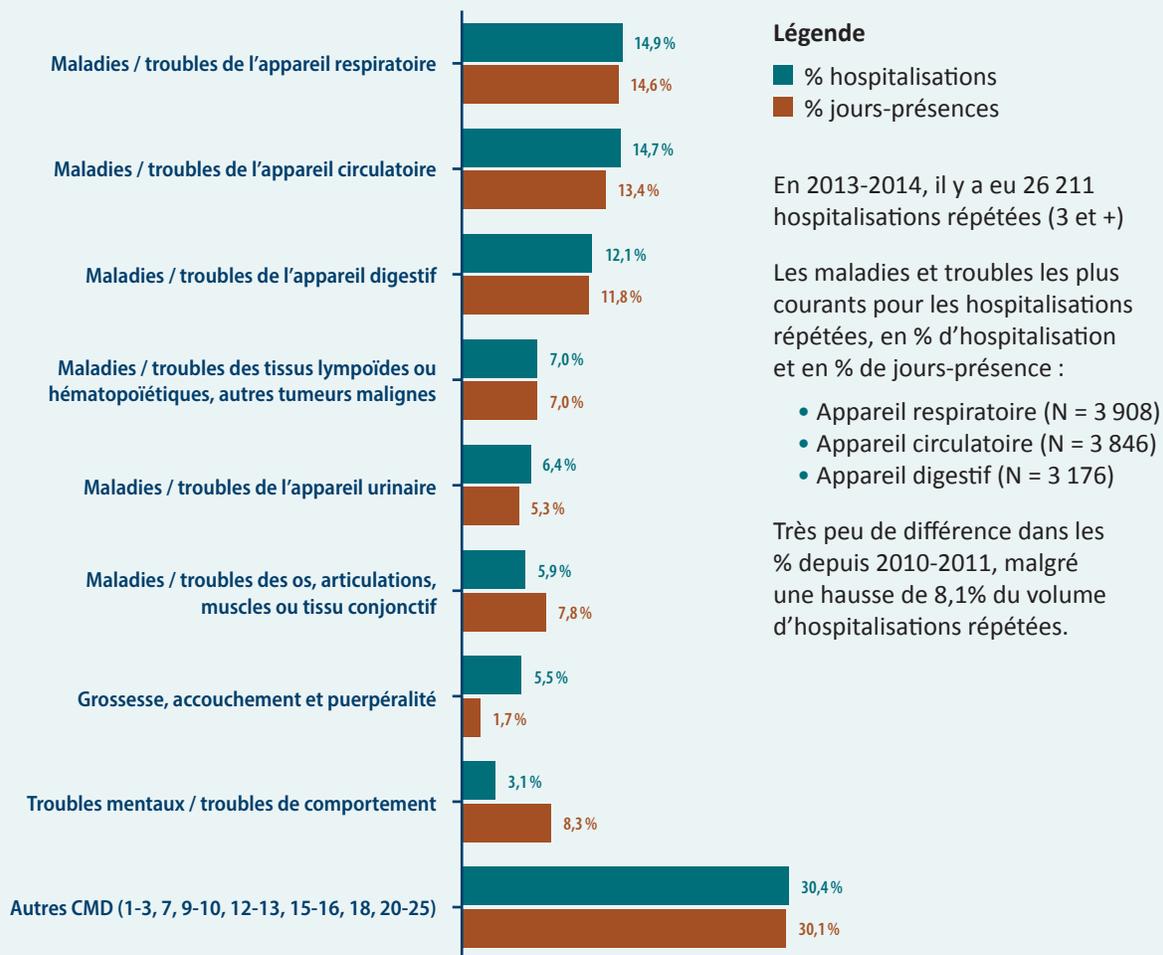
En 2013-14 : 1,3 % des patients ont 4 hospitalisations et plus; ils cumulent 5,4 % des hospitalisations et occupent 6,5 % des lits.

La proportion de lits occupés par les grands consommateurs a légèrement augmentée en 2013-2014.



Source : Med-Écho 2010-11 à 2013-14

Figure 4. Hospitalisation répétées (3 et +), par CMD



Source : Med-Écho 2013-2014

Section 2. Modèle montréalais et ses fondements

Cette section présente les orientations ministérielles ainsi que les modèles d'organisation de services ayant encadré le développement d'une vision montréalaise de la prévention et gestion des maladies chroniques, dans une approche globale et intégrée.

2.1 Les maladies chroniques au cœur des priorités ministérielles

Dans ses orientations ministérielles de 2008-2011, le MSSS a placé les maladies chroniques au rang des priorités en matière d'intervention. Il misait entre autres sur la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des soins, qui constituent les principes fondateurs de la mise en œuvre des RLS, pour développer un continuum intégré de services de prévention et gestion des maladies chroniques.

Il réitérait également l'importance d'établir le point d'ancrage en 1^{re} ligne, c'est-à-dire dans les CIUSSS, GMF, CR, cabinets privés et pharmacies. Cette orientation impliquait le développement d'autres modalités d'accès à la 1^{re} ligne, par exemple par l'intermédiaire des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de 1^{re} ligne, de l'élargissement du rôle infirmier et de celui du pharmacien, ainsi que du déploiement de nouveaux modèles organisationnels.

Le MSSS préconisait enfin de mettre en application des modalités organisationnelles qui facilitent la prise en charge globale des maladies chroniques dans l'ensemble du continuum ⁽¹⁾. Pour ce faire, les CIUSSS devaient prévoir, en collaboration avec les autres acteurs du RLS, une gamme complète de services comprenant la prévention, la détection précoce, l'évaluation, le diagnostic, le traitement, l'autonomisation, la réadaptation, l'adaptation et l'intégration, l'hébergement et le soutien en fin de vie.

À l'intérieur du « Programme national de santé publique 2015-2025 » (PNSP) ⁽²²⁾, des programmes populationnels de promotion de saines habitudes de vie ou de dépistage (PQLT, PAG, PQDCS), les MSSS reconnaissaient aussi la place

importante que doivent occuper la promotion et la prévention à l'intérieur d'un continuum intégré de services de prévention et gestion des maladies chroniques ^(23; 24). Ils mettaient également l'accent sur la complémentarité de deux grandes stratégies d'intervention : les interventions de type environnemental, qui ciblent le développement de politiques publiques et la création d'environnements favorables à des choix santé, et les interventions de type individuel, qui soutiennent l'individu dans ses efforts pour adopter un mode de vie sain.

Les lignes directrices du MSSS, en lien avec la prévention et la gestion des maladies chroniques, reflètent donc à la fois les orientations ministérielles relatives à la prise en charge des maladies chroniques et les grands principes de promotion/prévention.

Enfin, pour mieux structurer et actualiser cette vision d'un continuum de services hiérarchisé, intégrant la prévention et la gestion des maladies chroniques, le réseau montréalais de gestion des maladies chroniques s'inspire de deux modèles d'organisation de soins reconnus : la pyramide des services de Kaiser Permanente, ainsi que le Modèle de soins chroniques (CCM) de Wagner.

2.2 La pyramide de Kaiser pour mieux hiérarchiser les programmes et services

Le modèle proposé par Kaiser Permanente prône une approche planifiée et proactive plutôt qu'une intervention réactive, telle que celle fréquemment appliquée aux épisodes de soins aigus ^(25; 26). Cette approche place à la base de la pyramide les activités de prévention et de promotion ciblant l'ensemble de la population de même que les individus présentant des facteurs de risque. On y propose une intervention graduée en fonction d'une hiérarchisation des besoins en soins, ainsi qu'une classification des patients selon trois niveaux d'atteinte :

- Promotion–prévention : ensemble de la population
- Niveau 1 : faible risque de complications – 75 % des patients atteints de maladies chroniques
- Niveau 2 : haut risque de complications – 20 % des patients atteints de maladies chroniques
- Niveau 3 : très haut risque de complications – 5 % des patients atteints de maladies chroniques

Alors que dans ce modèle, les équipes interdisciplinaires commencent à intervenir à partir du second niveau, le modèle de soins montréalais privilégie plutôt une intervention interdisciplinaire à tous les niveaux de la pratique médicale (1^{re}, 2^e et 3^e lignes).

En 1^{re} ligne, les personnes sont suivies par un médecin de famille, et les soins, le soutien et l'éducation des patients sont assurés par une équipe interdisciplinaire (médecin, infirmière, nutritionniste, travailleur social, ergothérapeute, pharmacien, etc.) Plusieurs des services de 2^e ligne sont actuellement disponibles dans les CIUSSS (installations hospitalières) et dans les établissements non fusionnés. Quant aux services de 3^e ligne, ils sont fournis par les centres hospitaliers universitaires les CHU. Il est essentiel que l'approche soit centrée sur la personne et sa capacité d'agir.

Les clientèles à très haut risque de complications, soit 5 % des patients souffrant de maladies chroniques, pourraient avoir besoin d'être suivies par un gestionnaire de cas.

Les orientations ministérielles en gestion de cas publiées en octobre 2015 clarifient la compréhension et les objectifs de la **gestion de cas** :

- Soutenir l'intégration des services en favorisant une meilleure coordination des actions professionnelles dans les situations nécessitant une coordination intensive et complexe;
- Servir d'interface entre le système client (soit l'utilisateur), ses proches aidants et le système, soit l'ensemble des ressources publiques, privées et communautaires.

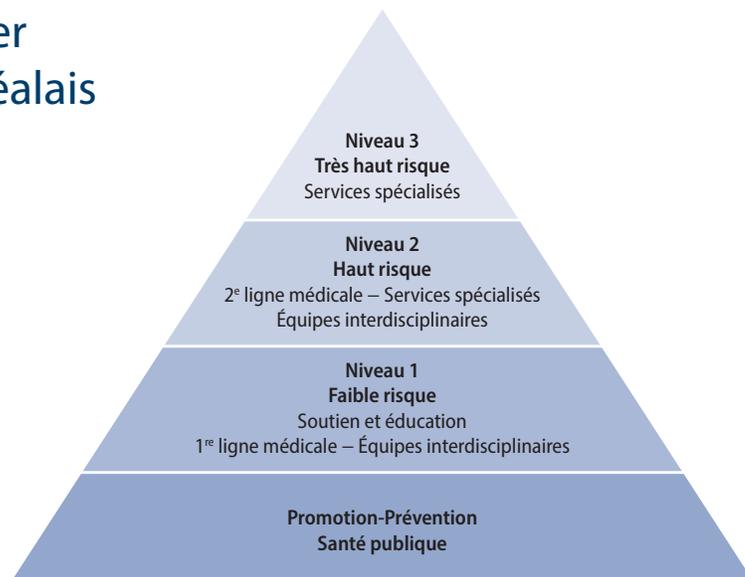
L'assignation d'un intervenant en gestion de cas auprès d'un usager permet non seulement de développer un lien de confiance et d'assurer une continuité relationnelle, mais aussi :

- d'obtenir des services flexibles qui s'ajustent aux besoins changeants, évolutifs, cumulatifs, enchevêtrés et pouvant être imprévisibles;
- de permettre à l'utilisateur d'être accompagné tout au long du continuum de services;
- de faciliter l'accès à des services atypiques et nécessaires dans des délais courts;
- d'assurer un suivi nécessitant une collaboration étroite entre le médecin de famille et les intervenants du SAD impliqués dans le plan d'intervention coordonné par le gestionnaire de cas.

Le gestionnaire de cas est un intervenant formé, expert en suivi de la clientèle ayant des besoins complexes qui requièrent une coordination intensive, agissant en mineur dans sa discipline professionnelle.

Figure 5. Pyramide de Kaiser adaptée au Modèle montréalais

Adapté de : Rosen, R. (2006)



2.3 Une programmation régionale fondée sur l'Extended-Chronic Care Model (CCM-E)

Afin d'asseoir son action sur des bases conceptuelles solides et de se conformer aux orientations ministérielles, le Réseau montréalais de gestion des maladies chroniques a choisi d'organiser ses programmes cliniques selon le modèle de soins des maladies chroniques développé par Edward Wagner et ses collaborateurs, le *Chronic Care Model* (CCM) ⁽²⁷⁾.

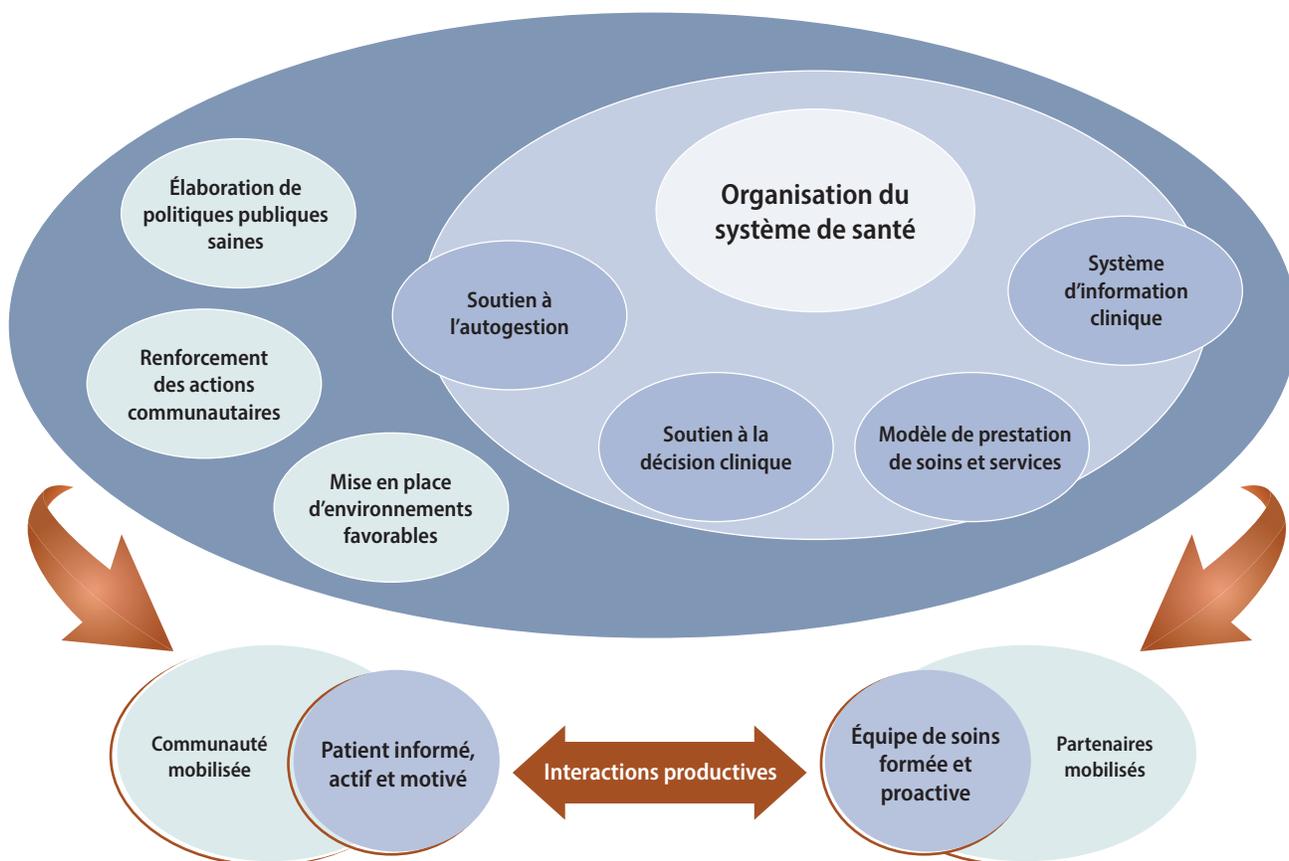
Aujourd'hui largement répandu, le CCM repose sur l'intégration des services aux différents niveaux du système de soins et s'articule autour de six éléments interreliés, portant sur

des aspects tant spécifiques que globaux de l'organisation des soins.

Dans sa stratégie de prévention et gestion des maladies chroniques, le Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques souhaite toutefois arrimer ses programmes de gestion avec l'approche populationnelle, en intégrant des actions touchant certains déterminants de la santé. C'est dans cette optique qu'il s'intéresse particulièrement à l'approche préconisée dans le Modèle de soins des maladies chroniques étendu (CCM-E) ^(28; 29). Le CCM étendu est une adaptation canadienne du modèle original, mettant en synergie le système de santé et les actions collectives de santé publique (politiques publiques, environnements favorables, action communautaire) dans la prévention et gestion des maladies chroniques à l'échelle populationnelle ⁽³⁰⁾. Une description des actions réalisées ou planifiées par le réseau montréalais pour actualiser les éléments du modèle est présentée à l'Annexe 1.

Figure 6. L'Extended Chronic Care Model (CCM-E)

Adapté de : Barr, VJ. Et al. 2003



2.4 Des programmes et services répartis dans tout le continuum de prévention et gestion des maladies chroniques

Le Réseau montréalais de gestion des maladies chroniques articule ses programmes et ses services tout au long du continuum intégrant la prévention et gestion des maladies chroniques. À une extrémité du continuum se retrouvent un ensemble d'actions préventives axées sur les habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme, etc.) et la création d'environnements favorables, le tout arrimé à une gamme de services de gestion et de soutien à l'auto-gestion de la maladie chronique. Ces services sont axés sur l'intégration et l'uniformisation des trajectoires de soins et la consolidation des liens entre la 1^{re} et 2^e ligne.

Le schéma de la Figure 4 illustre le continuum que le réseau montréalais désire actualiser. Le développement d'un tel continuum de services nécessite une hiérarchisation des services (modèle de Kaiser) et une organisation à la fois structurée et harmonisée des services impliquant des partenaires intersectoriels (CCM-E).

Ce continuum met en relief les rôles et finalités de tous ces acteurs, en fonction des besoins de chaque groupe de population. D'un bout à l'autre du continuum, l'action intersectorielle pour la création de conditions favorables à la santé occupe une place importante.

De plus, la 1^{re} ligne est centrale, car elle constitue la porte d'entrée du système de soins et assure le suivi des personnes à long terme. C'est pourquoi le Plan d'action montréalais pour les maladies chroniques met l'accent sur le développement et la consolidation d'une 1^{re} ligne forte associant les pratiques préventives et curatives, incluant une variété de points d'accès (CIUSSS, GMF, CR, cliniques médicales, médecins solo, pharmacies), et laissant place aux innovations telles que l'intégration d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de 1^{re} ligne et l'intégration de professionnels en GMF (nutritionniste, kinésiothérapeute, pharmacien etc.)

2.4.1 Agir en amont

Les actions de promotion de la santé et de prévention reposent sur deux approches. D'une part, des actions collectives qui ont pour objectif la mise en place d'environnements et de politiques publiques favorables à la santé. Ces actions ciblent les facteurs qui influencent les décisions individuelles (disponibilité des produits, structures physiques, structures sociales et politiques, messages culturels et médiatiques). D'autre part, les interventions à l'échelle individuelle visent plus directement à changer les comportements en agissant sur les connaissances, les croyances, les habiletés et les attitudes des patients. Elles incluent les campagnes d'éducation grand public, ainsi que les pratiques cliniques préventives réalisées en milieu clinique (counseling et dépistage précoce).

Bien que les interventions visant à promouvoir de saines habitudes de vie demeurent importantes tout au long de la trajectoire de soins, on distingue la prévention primaire, qui vise à éviter ou à retarder l'apparition de facteurs de risque, et la détection précoce, qui caractérise plutôt les interventions réalisées auprès des personnes présentant les premiers signes d'altération de leur condition de santé. Pour ces personnes, il importe de prévenir la progression de la maladie vers des changements physiologiques non réversibles.

2.4.2 Agir précocement et efficacement sur la maladie

Lorsque la maladie est diagnostiquée, il est capital d'intervenir le plus rapidement possible, en vue de ralentir son évolution et d'en freiner les complications (prévention secondaire et tertiaire). Il convient aussi d'adopter une approche centrée sur la personne et de faire en sorte que le patient devienne un partenaire de l'équipe de soins. Bien que la 1^{re} ligne demeure au centre du système de soins, la pratique collaborative des professionnels de la santé de 1^{re} ligne du RLS et l'accès à des services spécialisés en temps opportun deviennent primordiaux pour répondre aux besoins des individus présentant une situation médicale plus complexe. La mise en place de corridors de soins et services, entre la 1^{re} et la 2^e ligne, est donc fondamentale pour éviter un bris dans la trajectoire de soins pour ce groupe de population.

La 2^e ligne fournit une gamme étendue de services spécialisés. On y retrouve, par exemple, les centres de jour pour les personnes diabétiques nécessitant une évaluation en médecine

spécialisée, les programmes de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires chroniques, les cliniques spécialisées, etc.

Figure 7. Continuum montréalais de services en prévention et gestion des maladies chroniques

➔				
Continuum	Promotion	Prévention primaire et détection précoce		Prévention primaire et détection précoce
Population cible	Ensemble de la population	Individus en santé avec ou sans facteur de risque	Individus à risque – stade préclinique de la maladie	Individus présentant une maladie diagnostiquée
Cible de l'intervention	Déterminants socioéconomiques, culturels, politiques et environnementaux <ul style="list-style-type: none"> • transport actif • logement • accès à des aliments sains 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme • Sédentarité • Mauvaise alimentation • Embonpoint 	<ul style="list-style-type: none"> • Obésité • Pré-diabète • Dyslipidémies • Pré-HTA • Cancers – stade préclinique 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertension • Maladies cardiovasculaires • Diabète • MPOC – Asthme Ostéoporose • Troubles ostéo-articulaires • Douleurs chroniques • Dépression
Objectifs d'intervention	Mettre en place des environnements sains et réduire les inégalités de santé	Prévenir le mouvement vers « groupes à risque »	Détecter précocement et prévenir la progression vers la maladie	Prévenir les complications, les ré-hospitalisations et améliorer la qualité de vie
Milieux d'intervention	Santé publique et ressources de milieu (municipal, scolaire, communautaire, etc.)	Services de 1 ^{re} ligne		Services de 2 ^e et 3 ^e lignes
Exemples de programmes et services	<ul style="list-style-type: none"> • Quartier 21 • Programmes accès aux fruits et légumes dans les quartiers • Écoles et milieux en santé • Politique alimentaires dans les écoles et les établissements de santé 	Services de soutien à l'adoption de saines habitudes de vie : <ul style="list-style-type: none"> • Centre d'abandon du tabagisme • Groupes d'aide en cessation tabagique et groupes de maintien • Journées santé en pharmacies • Campagnes populationnelles 	Programmes de dépistage (HTA, cancer du sein et cancer colorectal) Programmes interdisciplinaires de gestion des maladies chroniques <ul style="list-style-type: none"> • Volet Modification des habitudes de vie en 1^{re} ligne • Volet Évaluation en médecine spécialisée (2^e et 3^e lignes) 	Programmes cliniques de gestion des maladies chroniques
		Système de prévention clinique		

2.5 Acteurs de la prévention et gestion des maladies chroniques et instances décisionnelles

2.5.1 Organisations de santé impliquées dans le continuum

Les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) : chefs d'orchestre du continuum de services

Ce sont les cinq CIUSSS de Montréal qui constituent la pierre angulaire du Réseau montréalais de santé et de services sociaux. Pour les CIUSSS, qui ont une mission populationnelle, l'actualisation du continuum implique non seulement de hiérarchiser les services en fonction de différents niveaux, mais également d'agir en partenariat avec des acteurs de tous les secteurs afin de couvrir l'ensemble des besoins de la population vivant sur leur territoire. C'est en effet à ces derniers que revient la responsabilité de créer, avec des partenaires de leur territoire, un réseau territorial de services (RTS) permettant l'accès aux services de santé offerts, et de veiller sur la continuité et la globalité de ces services. Les CIUSSS ont aussi le mandat de coordonner des interventions intersectorielles et d'interpeller les décideurs locaux afin qu'ils créent des environnements favorables à la santé.

Pour les acteurs du RLS, l'exercice collectif de la responsabilité populationnelle se traduit par les tâches suivantes :

- le développement d'une vision commune du réseau de services et de la réalité territoriale;
- le déploiement d'une offre de services intégrés et de qualité qui réponde à l'ensemble des besoins de la population locale;
- le renforcement de l'action sur les déterminants de la santé, notamment les déterminants sociaux, de manière à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population locale;
- l'instauration d'une culture d'amélioration continue de la qualité.

Les milieux cliniques de 1^{re} ligne : une porte d'entrée dans le continuum de services

Les CIUSSS établissent des liens avec les milieux cliniques de leur territoire, notamment avec les groupes de médecine de famille (GMF) et les GMF-R-, dans l'intention d'offrir des services de 1^{re} ligne de 8 heures à 22 heures, 7 jours par semaine. En plus d'assurer le suivi de la clientèle (notamment les clientèles vulnérables de même que la gestion du guichet d'accès aux médecins de famille (GAMF) et la liaison avec les autres milieux cliniques de leur territoire, les CIUSSS ont la responsabilité de garantir l'accès à des services spécialisés et surspécialisés.

La révision du Cadre de gestion GMF (ci-après le « Cadre de gestion »), a conduit à la création du Programme ministériel de financement et de soutien professionnel (ci-après le « Programme »), qui conserve les assises fondamentales s'étant révélées les plus porteuses. L'adhésion volontaire des médecins et la structure de financement des équipes font partie de ces assises. La base du modèle demeure, c'est-à-dire l'inscription de patients sur la liste d'un médecin du groupe et une offre de services permettant aux inscrits de profiter de services accessibles. La structure élémentaire des GMF commande que l'on assure aux personnes inscrites un accès raisonnable en temps opportun.

Suite à la création de ce nouveau programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF, les CIUSSS de la région de Montréal ont proposé un énoncé de vision ayant pour but l'intégration des professionnels en GMF. Les recommandations sont les suivantes :

- a) Comme suite à l'évaluation des besoins populationnels et de la clientèle inscrite en GMF, les CIUSSS de la région de Montréal doivent convenir de l'intégration des ressources avec les GMF de leur territoire afin de favoriser la complémentarité des offres de services et d'éviter les ruptures dans la prestation de ces services.
- b) Les CIUSSS et les GMF du territoire montréalais doivent planifier l'intégration des ressources pour une meilleure prise en charge des clientèles vulnérables déjà inscrites en GMF et celles du GAMF.
- c) Les CIUSSS de la région de Montréal et les GMF doivent veiller à ce que :
 - l'intégration des ressources favorise la participation aux programmes existants de gestion des maladies chroniques;
 - les GMF du territoire montréalais participent au monitoring des programmes de gestion des maladies chroniques (DMÉ ou registre Web des maladies chroniques).

- d) Les CIUSSS de la région de Montréal doivent, pour les GMF du territoire, effectuer les actions suivantes :
- mettre en place un processus de soutien aux changements dans les pratiques (interdisciplinarité);
 - soutenir le Partenariat de soins; *Plan d'amélioration continue des pratiques collaboratives.*
- e) Afin de favoriser l'intégration du pharmacien en GMF, il est recommandé que les CIUSSS et les GMF collaborent avec le CRSP de Montréal aux fins suivantes :
- mieux comprendre le rôle clinique du pharmacien en GMF;
 - soutenir l'intégration de ce professionnel dans l'équipe d'un GMF.

Dans le cadre des programmes de gestion des maladies chroniques, les GMF harmonisent les protocoles et processus cliniques avec ceux du CIUSSS et avec ceux qui ont été développés régionalement (programmes de gestion du risque cardiométabolique, des MPOC, etc.).

De plus, la région de Montréal compte près de 2 500 pharmaciens et près de 80 % d'entre eux exercent leur profession dans les 455 pharmacies du territoire montréalais. La population consulte un pharmacien en moyenne 9,6 fois par année ⁽³⁷⁾. À cet égard, les pharmaciens communautaires représentent des partenaires stratégiques du RLS. Les CIUSSS devraient donc maintenir en place des moyens efficaces de communication, tels que des tables locales de pharmaciens, et ainsi favoriser des actions de manière concertée et collaborative.

L'offre de services en pharmacie peut inclure, entre autres, la promotion de saines habitudes de vie (ex. détermination du statut tabagique, counseling et recommandation d'une thérapie de remplacement de la nicotine), le suivi des maladies chroniques (ex. suivi et ajustement de la pharmacothérapie selon la Loi 41, opinion pharmaceutique transmise au médecin traitant) ainsi que des activités de dépistage et d'immunisation (ex. clinique de vaccination anti-grippale par une infirmière en pharmacie/dépistage du statut vaccinal ou recommandation de la vaccination anti-grippale dans les cliniques de vaccination en CIUSSS pour les personnes atteintes de maladie chronique lors du renouvellement d'une ordonnance).

CIUSSS – Installations de 2^e ligne et Établissements non-fusionnés : un appui indispensable

Pour une prise en charge globale et intégrée des maladies chroniques, il importe que les installations et organisations de 1^{re} ligne des CIUSSS établissent des corridors de services et des ententes de services, s'il y a lieu, avec les installa-

tions ou les établissements non-fusionnés offrant des soins spécialisés et ultraspecialisés, c'est-à-dire de 2^e et 3^e lignes. Ces établissements comprennent notamment les centres hospitaliers et les cliniques médicales offrant des services de santé spécialisés ainsi que les deux réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) de la région de Montréal. Ces réseaux ont pour mission de coordonner les soins de santé tertiaires et d'établir une offre de soins et services surspécialisés, en complémentarité avec les autres organisations de santé du territoire qu'ils desservent.

Le Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques : un chef de file régional

Le réseau montréalais s'est doté d'une nouvelle structure de gouvernance, le Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques, qui assure le leadership régional au niveau du continuum de services en prévention et gestion des maladies chroniques. Il veille à la surveillance de l'état de santé de la population et du développement des programmes de promotion et de prévention, en plus de s'assurer de la mise à jour et du développement des programmes cliniques de gestion des maladies chroniques.

Pour soutenir les instances territoriales dans leur mandat de promotion et de prévention, la DRSP s'est dotée de structures regroupant les gestionnaires des établissements montréalais, et notamment un Comité d'orientation et un Comité de coordination en santé publique. De plus, un Comité santé publique et milieu communautaire assure la liaison entre les réseaux institutionnels et communautaires.

Le milieu communautaire et les partenaires intersectoriels : pour une synergie d'action

Les instances régionales et territoriales du réseau montréalais de santé travaillent aussi avec des organismes à but non lucratif œuvrant dans le domaine des maladies chroniques, des associations de personnes atteintes de telles maladies et des partenaires intersectoriels (commissions scolaires, municipalités, milieu de l'habitation, entreprises d'économie sociale, ressources non institutionnelles, organismes du milieu de l'environnement, milieu universitaire et centres de recherche) afin de permettre l'accès à une gamme complète de services de santé et services sociaux.

Par ces collaborations intersectorielles, les CIUSSS appliquent une vision cohérente et coordonnée de leurs actions d'un bout à l'autre du continuum dans le but d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

2.5.2 Instances de gouverne et de coordination du continuum

Pour faire suite à la réorganisation du réseau montréalais avec l'adoption de la loi 10, une nouvelle structure de gouverne régionale devait être définie. De plus, localement, les CIUSSS sont aussi appelés à mettre sur pied une structure de gouverne locale leur permettant d'actualiser les différents programmes de prévention et gestion des maladies chroniques inscrits à l'intérieur du continuum.

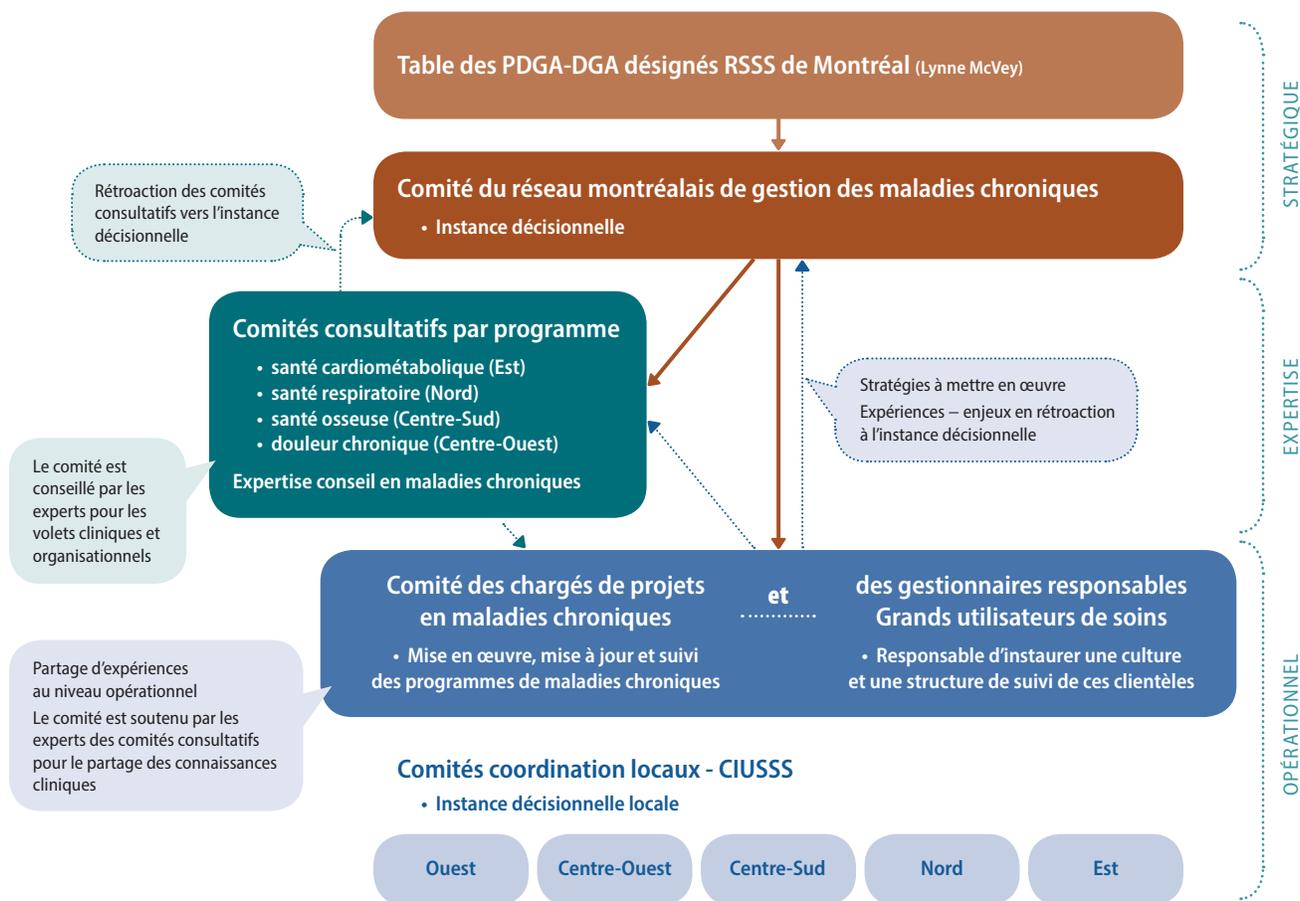
La Figure 8 schématise les principales instances impliquées dans la planification et la mise en œuvre des programmes de prévention et gestion des maladies chroniques.

Table régionale montréalaise des services sociaux généraux, des services de santé généraux et de la gestion des maladies chroniques – MANDAT

Cette table est instaurée pour permettre la concertation entre les cinq (5) CIUSSS de la région de Montréal afin de mettre en œuvre les orientations ministérielles relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience dans l'offre de services pour les six volets suivants :

- 1) Services sociaux généraux
- 2) Services médicaux généraux
- 3) Services courants (1^{re} ligne)
- 4) Mandat d'intégration des ressources vers les GMF
- 5) Plan d'action montréalais pour la gestion des maladies chroniques
- 6) GACO montréalais

Figure 8. Structure de gouverne régionale et locale en prévention et gestion des maladies chroniques



En outre, dans le cadre de la collaboration au Plan d'action ministériel sur les troubles cognitifs liés au vieillissement, et étant donné l'objectif du Plan d'action 2016-2021 d'assurer une harmonisation régionale pour Montréal, il est souhaité que : des représentants des directions des CIUSSS (ex. : SAPA) impliqués dans le déploiement de l'Initiative Alzheimer à Montréal soient occasionnellement invités aux rencontres. Leur mandat consistera à transmettre aux membres les orientations et priorités définies par le *Comité consultatif de soutien à la mise en œuvre de la phase 2*, pour le déploiement des meilleures pratiques au niveau provincial.

Instances au niveau régional

Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques

Le Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques est l'instance décisionnelle principale pour les maladies chroniques, dont il assure la vigie stratégique.

Mis en place en août 2015, ce Comité a pour mandat de mettre à jour le Modèle montréalais assurant l'intégration du continuum pour la prévention et la gestion des maladies chroniques; d'assurer l'arrimage avec les orientations ministérielles, et particulièrement celles de la DOSPLI; d'adopter un Plan d'action pour 2016-2021 et d'en assurer la révision ultérieure; de mettre en place les comités consultatifs d'experts en santé cardiometabolique, santé respiratoire, santé osseuse et douleur chronique et réunissant les sociétés savantes, médecins spécialistes, patients partenaires et représentants de divers territoires; de déterminer le tableau de bord annuel découlant du plan d'action 2016-2021-Actions-livrables-échéanciers, de coordonner les actions et le suivi du tableau de bord et du Plan d'action 2016-2021, de déterminer l'organisation régionale de déploiement des programmes de gestion des maladies chroniques sur le territoire montréalais et d'assurer le suivi des orientations des programmes en développement ou déployés. Ce Comité relève de la table des PDG-PDGA, et il fait rapport de l'évolution des travaux aux PDGA montréalais.

Le Comité a été présidé par l'Équipe de soutien à la transformation Montréal et Montérégie; il est constitué des représentants des cinq (5) CIUSSS, des établissements non-fusionnés (Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre universitaire de santé McGill et Institut de cardiologie de Montréal), des médecins-conseils omnipraticiens et spécialistes, de la Direction régionale de santé publique, du Département régional de médecine générale (DRMG), du Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP), de la DOSPLI (MSSS), de patients partenaires

et du Mandataire du registre des maladies chroniques (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal).

Les membres du Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques recommandent qu'une coordination régionale soit mise en place sous le CIUSSS du Centre-Sud de l'île de Montréal à partir de avril 2017 avec le mandat :

- d'accompagner le Comité du réseau montréalais de maladies chroniques, qui demeure l'instance stratégique en prévention et gestion des maladies chroniques;
- d'accompagner le Comité des chargés de projet en maladies chroniques, responsable d'assurer la mise en œuvre, la mise à jour et le suivi des programmes;
- d'accompagner les comités consultatifs d'experts en santé cardiometabolique, santé respiratoire, santé osseuse et douleur chronique réunissant les sociétés savantes, médecins spécialistes, patients partenaires et représentants de divers territoires;
- de mettre en place et soutenir le Comité des gestionnaires responsables des grands utilisateurs de soins (responsable d'instaurer une culture et une structure de suivi de ces clientèles) afin d'actualiser les actions pour ces clientèles définies au Plan d'action 2016-2021.

Comités consultatifs par programme

Pour maintenir une expertise-conseil en gestion des maladies chroniques, des comités consultatifs par programme (santé cardiometabolique, santé respiratoire, santé osseuse, douleur chronique) ont été mis en place.

Chaque comité consultatif a pour rôle de conseiller le Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques sur les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles. Les comités consultatifs ont pour mandat de fournir au Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques les données nécessaires au suivi stratégique des programmes implantés; de déterminer et de mettre à jour les connaissances sur les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles; de voir au développement continu du volet clinique des programmes existants; de soutenir les CIUSSS dans leur objectif de finaliser et consolider le développement des programmes régionaux, de les mettre en œuvre, de les évaluer et de recommander, s'il y a lieu, des projets de recherche au Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques. Chaque comité consultatif est responsable de livrables cliniques, formatifs, communicationnels et d'évaluation. Chaque Comité consultatif met en place les sous-groupes de travail requis (clinique, évaluatif, communication, pilotage etc.)

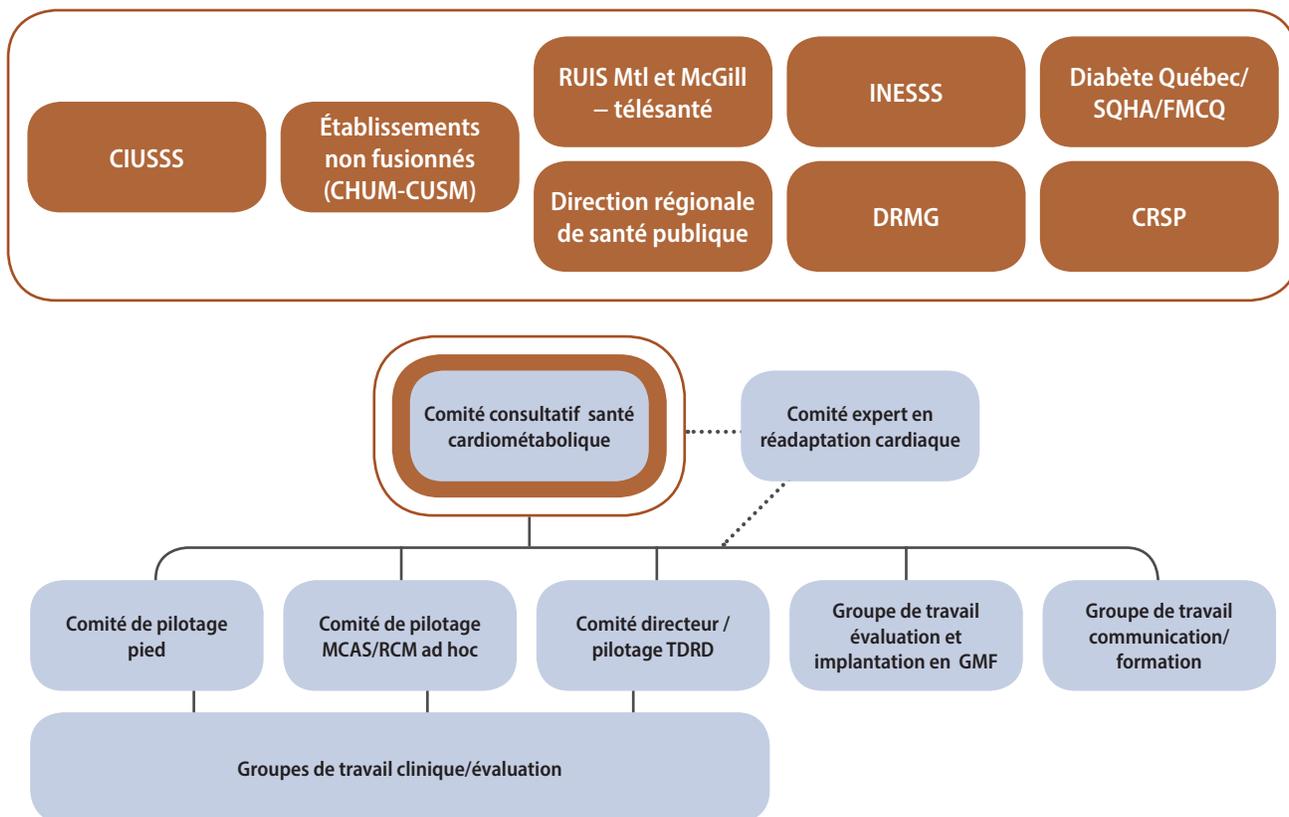
Le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal est le mandataire du comité consultatif en santé cardiométabolique, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal de celui en douleur chronique, le CIUSSS du Nord-de-l'Île de Montréal, de celui en santé respiratoire et le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, du Comité consultatif en santé osseuse. Le CIUSSS mandataire préside le comité consultatif dont il est responsable. Les comités consultatifs sont composés du Directeur responsable de l'offre de service, d'un représentant de la Direction des soins infirmiers (DSI), d'un Directeur des services professionnels (DSP) désigné de l'un des établissements participants, d'au moins un gestionnaire clinico-administratif du CIUSSS, d'un gestionnaire responsable des maladies chroniques (CHUM et CUSM), de médecins-conseils, de représentants des Associations

professionnelles et des patients, de patients partenaires, d'un représentant du DRMG et du CRSP, de la Direction régionale de santé publique, de l'INESSS et de représentants des Centres de coordination de la télésanté (CHUM et CUSM) ad hoc.

Les médecins-conseils (spécialistes et médecins de famille) agissent en tant qu'experts médicaux dans leur discipline respective afin de guider les travaux clinico-organisationnels en gestion des maladies chroniques. Ils collaborent avec les gestionnaires et leur rôle est essentiel pour la planification, la programmation, l'organisation et l'évaluation des programmes de gestion des maladies chroniques.

Les comités consultatifs font rapport au Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques.

Figure 9. Exemple Comité consultatif montréalais en santé cardiométabolique



Interface avec les CSSS et les responsables locaux

Comité des chargés de projet en maladies chroniques

Le Comité des chargés de projet en maladies chroniques a pour mandat d'assurer la mise en œuvre, la mise à jour et le suivi des programmes de gestion des maladies chroniques selon les orientations du Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques; de veiller au maintien des acquis cliniques et organisationnels ainsi qu'à la cohérence régionale en lien avec les programmes de gestion des maladies chroniques et de soutenir l'harmonisation des pratiques cliniques. Ce Comité a été présidé par l'Équipe de soutien à la transformation Montréal et Montérégie et est constitué des représentants des cinq (5) CIUSSS, du responsable (pilote) clinique régional du registre des maladies chroniques (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et, au besoin, des médecins-conseils, des représentants du CRSP, DRMG, des établissements non-fusionnés (CHUM, CUSM, ICM) et d'un représentant de la Direction régionale de santé publique. Ce Comité relève du Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques

Instances décisionnelles locales

Comités de coordination locaux des programmes de gestion des maladies chroniques

La mise en œuvre locale des programmes de gestion des maladies chroniques implique la création de comités qui ont pour mandat de soutenir la planification, la mise en œuvre et le bon fonctionnement des programmes; de développer un partenariat entre les médecins spécialistes, les médecins de famille, les pharmaciens et l'ensemble des intervenants; de mettre en place une hiérarchisation des services en fonction des clientèles ciblées; de réviser les processus de référence-retour de l'information (médecins et équipes de soins); d'assurer la formation clinique des intervenants et de soutenir le développement de l'expertise des différents professionnels; de développer un plan de communication pour les médecins omnipraticiens du territoire; de mettre en place le processus de saisie des données afin de permettre l'évaluation des programmes et, enfin, de mettre sur pied un comité de travail clinique afin d'harmoniser les pratiques des CIUSSS.

Comités de travail cliniques des programmes de gestion des maladies chroniques

En plus du comité de coordination, un comité de travail clinique est mis sur pied dans chaque CIUSSS. Ce comité permet aux différents membres de l'équipe interdisciplinaire d'échanger leurs vues sur le plan clinique et d'élaborer ou de mettre à jour, s'il y a lieu, des procédures ou des outils cliniques (notes évolutives, rapport de suivi au médecin traitant, etc.).

2.6 La télésanté, une modalité d'organisation de services à utiliser dans la gestion des maladies chroniques

Tel que mentionné précédemment, une prise en charge efficace des personnes atteintes d'une maladie chronique repose sur la mise en place d'un continuum de soins et de services intégrés dans le temps et dans l'espace, en raison de la complexité des problèmes et du caractère multidimensionnel des besoins de santé de ces personnes. Le recours à la télésanté constitue une réponse potentielle aux défis posés par la gestion des maladies chroniques et sur lequel le Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques souhaite attirer l'attention.

L'article 108.1 de la Loi sur la santé et les services sociaux définit ainsi la télésanté : « On entend par services de télésanté une activité, un service ou un système lié à la santé ou aux services sociaux, pratiqué au Québec, à distance, au moyen des technologies de l'information et des communications, à des fins éducatives, de diagnostic ou de traitement, de recherche, de gestion clinique ou de formation. Toutefois, cette expression ne comprend pas les consultations par téléphone. »

Au regard de cette définition, nous constatons que la télésanté permet de rendre accessibles, à distance, des services cliniques communément offerts dans la programmation clinique des établissements de santé et de services sociaux pour traiter les usagers, peu importe le lieu et le niveau de service. Elle vise à compléter et à renforcer l'infrastructure de santé dans le contexte actuel des contraintes budgétaires et de la couverture étendue de services.

La télésanté est donc vue ici comme une modalité d'organisation et de dispense de services permettant de répondre à plusieurs finalités qui font consensus au sein du réseau de la santé et des services sociaux et inscrites dans ce Plan d'action, telles que les suivantes :

- soutenir les réseaux intégrés de services : collaboration interprofessionnelle et intégration de services;
- accroître l'accessibilité des services : accessibilité géographique et temporelle;
- offrir des soins continus en temps opportun : corridors et hiérarchisation des services;
- favoriser la participation des usagers : approche patient-partenaire;
- optimiser l'utilisation des ressources : utilisation adéquate de celles-ci et accessibilité à des compétences.

Le MSSS a mis en place au cours de l'année 2015 une nouvelle gouvernance en télésanté. Cette gouvernance repose a) sur une logique de cogestion clinique et technologique opérationnalisée par la désignation de responsables (pilotes) cliniques et technologiques au MSSS et dans les établissements, b) sur des mécanismes de coordination nationaux et territoriaux basés sur la mise en place de divers comités, et c) sur la précision de l'offre de services des quatre (4) centres de coordination en télésanté (CCT) intégrés à des CHU qui couvrent les quatre (4) territoires de RUIS de la province.

Les établissements du réseau, avec l'aide de leur pilote clinique de télésanté, doivent déterminer les besoins en matière de télésanté à partir des besoins de santé de leur population, de leur offre globale de services ainsi que de l'organisation des services sur leur territoire. Ils peuvent ensuite s'adresser à leur CCT pour se faire accompagner dans la planification et le déploiement de ces services. Le pilote clinique de télésanté dans un établissement exerce ainsi un rôle d'orchestrateur et d'intégrateur des projets et des actifs de télésanté. Il est en mode cogestion du dossier de la télésanté avec le pilote technologique de télésanté de l'établissement.

L'intégration de la télésanté comme modalité d'organisation de services doit faire partie des discussions et réflexions destinées à actualiser ou à favoriser la mise en place des conditions communes des modèles d'organisation cités précédemment dans ce plan. Nous vous invitons à inclure cette question dans vos discussions en cours et à venir.

Section 3. Bilan du Plan d'action 2011-2015 et résultats des programmes de gestion des maladies chroniques

En 2011, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, en collaboration avec tous les établissements, a élaboré un Plan d'action : *La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais – Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015*. Rappelons que l'objectif était de prévenir et diminuer les effets négatifs de ces maladies sur la population montréalaise. Le Plan d'action en prévention et gestion des maladies chroniques a mis l'accent sur la nécessité de modifier l'organisation des soins et services afin d'en améliorer l'accès, la continuité et la qualité, dans une région qui regroupe un grand nombre d'intervenants et d'établissements.

3.1 État de situation de la prévention

Au cours des dernières années, les acteurs de santé publique ont soutenu les établissements de santé et les professionnels de la santé afin de renforcer l'accessibilité des services préventifs de 1^{re} ligne. La prévention clinique est l'une des stratégies efficaces pour améliorer la santé d'une population et lutter contre les maladies chroniques. Deux types de soutien fréquemment déployés par l'équipe régionale de santé publique de Montréal portent sur l'organisation des services et le soutien scientifique (formation, expertise-conseil) aux cliniciens offrant des services préventifs dans le cadre de programmes populationnels de santé publique. À titre d'exemple, un soutien est apporté aux services préventifs par l'accompagnement fourni par des infirmières-conseils en prévention clinique aux 12 établis-

sements locaux de santé. Pour accorder leur appui aux cliniciens et aux professionnels dans l'amélioration de la qualité et de l'accès à des services préventifs, la DRSP a mis au point des outils, sous forme de guides de pratique à l'intention des médecins et les infirmières. Voici quelques exemples d'innovations en prévention clinique développées ou soutenues par l'équipe régionale de santé publique :

- Création du *Guide Priorité Santé* à l'intention des infirmières, adopté comme norme de pratique infirmière et diffusé conjointement avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- Création du rôle d'infirmière-conseil en prévention clinique déployé dans les établissements de Montréal;
- Création de la *Fiche de prévention clinique* (anciennement Évaluation médicale périodique) pour les médecins du Québec, élaborée et diffusée conjointement avec le Collège des médecins du Québec;
- Création d'un guide décrivant les paramètres à intégrer dans un dossier médical électronique pour permettre un système de rappel aux cliniciens des interventions de prévention clinique à offrir à leurs patients;
- Création du cadre de référence *Le pharmacien dans un système de santé qui sert aussi à prévenir*, un modèle qui vise à faciliter le rôle du pharmacien en prévention clinique;
- Création des Centres d'éducation pour la santé et d'outils pour le counseling en matière d'activité physique et de saine alimentation.

3.2 État de situation de l'offre de services en gestion des maladies chroniques de 1^{re} ligne

Le réseau montréalais s'est mobilisé et, à la lumière du Plan d'action en gestion des maladies chroniques, des programmes harmonisés régionalement ont été mis en place dans tous les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et dans plusieurs GMF. Les équipes de maladies chroniques sont constituées minimalement d'infirmières, de nutritionnistes, de kinésiologues et d'intervenants psychosociaux. Selon les programmes implantés, d'autres professionnels se joignent aux équipes, par exemple les pharmaciens récemment intégrés.

L'approche relative à la mise en œuvre, structurée en fonction de trois grandes étapes – définition par les experts, projet pilote et reproduction dans les CSSS – a bien marché tant au niveau clinique qu'organisationnel. De plus, des enquêtes réalisées auprès des médecins de famille afin de connaître leurs attentes en prévention et en gestion des maladies chroniques ont fait ressortir l'importance d'harmoniser l'offre de services. Peu importe le lieu de pratique du médecin ou le lieu de résidence de la clientèle, l'offre de services doit être la même.

Les programmes implantés sont les suivants :

- Le Programme pour la clientèle présentant un risque cardiometabolique (RCM) (prédiabète, diabète et HTA) est déployé dans les cinq (5) CIUSSS, et plusieurs GMF.
- Deux offres de services complémentaires du programme sur le risque cardiometabolique sont déployées en phase pilote, soit le Télédépistage de la rétinopathie diabétique (en collaboration avec deux CIUSSS et les Centres de coordination de la télésanté du CHUM et du CUSM) et l'offre de services pour la prévention et la prise en charge des lésions du pied diabétique.
- Le Programme de réadaptation cardiaque et modifications des habitudes de vie (MCAS) en 1^{re} ligne est implanté dans deux CIUSSS.
- Le Programme de repérage et de suivi des personnes présentant une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est offert dans les cinq (5) CIUSSS. Des ententes sont établies entre certains CIUSSS et le Service régional de soins et services à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD), permettant un prêt de service en inhalothérapie afin de favoriser la migration de leur expertise vers la 1^{re} ligne.

- Le Programme de gestion de la douleur chronique-lombalgie est déployé dans deux CIUSSS en partenariat avec le Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) du RUIS McGill;
- Le Programme de dépistage et prise en charge de l'ostéoporose : soins post-fracture de fragilisation est déployé dans le CIUSSS du Centre-Sud- de-l'Île-de-Montréal.

Pour répondre aux attentes des médecins, les programmes sont harmonisés et un formulaire de référence régional unique a été mis en place (Annexe VI).

Registre régional des maladies chroniques

Un système de collecte de données cliniques et administratives, concordant avec celles de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), a été implanté pour le suivi des patients. Ce registre, utilisé par les équipes cliniques des CIUSSS, permet de dégager des résultats qui sont analysés en temps réel localement et comparés régionalement, tout au long du suivi des patients. Le mandat régional visant à assurer la continuité de ce registre a été confié au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

3.3 Résultats du programme RCM

3.3.1 Amélioration des soins et impacts observés sur la cohorte de 19 000 personnes en date de janvier 2017

Le programme interdisciplinaire est axé sur une pratique collaborative optimale avec le patient et est offert en 1^{re} ligne, en continuum de soins avec les actions préventives de la Santé publique et les services de la 2^e ligne médicale.

Les résultats obtenus permettent de conclure que le programme

- favorise l'amélioration des facteurs de risque cardiometabolique;
- démontre de façon significative la diminution de l'A1c, du tour de taille, une amélioration du contrôle de la tension artérielle tant systolique que diastolique, une amélioration du profil lipidique (baisse du LDL-cholestérol, triglycérides et augmentation du HDL-cholestérol) et une diminution du tabagisme;

- améliore les habitudes de vie tant au niveau de l'alimentation que de la pratique de l'activité physique;
- permet de constater un effet rapide (trois à six mois) et positif du programme, un maintien ou une amélioration de l'état de santé durant les deux ans.

L'amélioration de l'A1c, l'augmentation du HDL-cholestérol, la diminution des triglycérides, la diminution du tour de taille sont quatre (4) éléments suggérant fortement une diminution de la résistance à l'insuline.

Ces résultats ont été transmis aux membres du Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques à des fins de diffusion. Les résultats ont aussi été présentés aux médecins, gestionnaires, professionnels et patients lors de la journée du 2 juin 2016 : *Maladies chroniques; la première ligne montréalaise en action*.

3.3.2 Évaluation de la mise en œuvre d'un programme de prévention et d'intervention interdisciplinaire intégré sur le risque cardiométabolique

L'implantation du programme sur le risque cardiométabolique a fait l'objet d'une évaluation menée par une équipe de recherche de la Direction régionale de santé publique.

Les objectifs étaient : 1) d'apprécier le degré de mise en œuvre du programme dans les territoires de CSSS participants et de déterminer les facteurs contextuels pouvant l'expliquer; 2) de documenter les effets du programme sur les patients inscrits et l'appréciation des médecins participants au programme; 3) d'établir la relation entre les effets observés et le degré de mise en œuvre du programme; 4) d'apprécier l'impact de la mise en œuvre du programme sur la consolidation des réseaux locaux de services (RLS). Six des 12 CSSS de Montréal ont participé à cette évaluation.

L'analyse portant sur l'implantation a permis de constater que le programme sur le risque cardiométabolique mis en œuvre à Montréal s'est actualisé de façon assez similaire dans les six (6) CSSS. Le programme donne des résultats positifs chez les patients, et les médecins participants lui ont accordé une appréciation très favorable. Les variations dans l'implantation du programme ont eu relativement peu d'impact sur les résultats chez les patients, bien qu'une plus grande coordination et intégration des services entre les équipes interdisciplinaires et les médecins de 1^{re} ligne ont semblé se traduire par des effets bénéfiques chez les patients. Une plus grande proximité des équipes interdis-

disciplinaires avec les médecins de 1^{re} ligne (ex. : dans les nouveaux modèles d'organisation de 1^{re} ligne) semble faire partie des voies à privilégier.

Le taux d'abandon des patients demeure néanmoins préoccupant et la participation des médecins reste encore relativement faible. Des efforts devront être consentis pour augmenter la couverture du programme et favoriser le développement des partenariats afin de permettre une meilleure intégration des services destinés aux patients.

3.3.3 Projet d'optimisation

À la suite des résultats obtenus, un projet Lean pour le programme RCM visant à « une prise en charge par le patient de sa maladie chronique sans tarder » a permis de réaliser deux chantiers d'opportunités régionales, ciblant les balises du programme RCM et le registre des maladies chroniques.

Une rencontre de travail d'une demi-journée du Comité régional RCM a été organisée, regroupant des professionnels (infirmières, nutritionnistes, kinésiothérapeutes, intervenants psychosociaux, pharmaciens), gestionnaires et patients partenaires.

Cette rencontre a permis d'aborder les différentes perceptions rapportées par les professionnels, les gestionnaires et les patients sur la rigidité du programme RCM et sur son adaptation aux besoins du patient, le tout avec l'objectif d'assurer

- la pérennité du programme RCM;
- une offre de services harmonisée pour la région de Montréal;
- la consolidation du programme et le transfert des connaissances.

À la suite de cette rencontre, les résultats des travaux ont été présentés aux différentes Tables régionales professionnelles (infirmières, nutritionnistes, kinésiothérapeutes, pharmaciens). Un sommaire des consensus a été rédigé et diffusé.

3.3.4 Offre de services en télédepistage de la rétinopathie diabétique

Selon les lignes directrices canadiennes, tous les diabétiques devraient subir un test annuel de rétinopathie. Toutefois, selon les données, 46,8 % des diabétiques de la région de Montréal âgés de 20 ans et plus n'ont jamais consulté un ophtalmologiste.

L'Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'intervention (AETMIS) publiait en 2008 un rapport sur le dépistage par télémédecine de la rétinopathie au Québec. Après analyse des données probantes, de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience du dépistage, ce rapport recommandait « l'implantation graduelle, à l'échelle de la province, d'un programme de dépistage systématique de la rétinopathie diabétique, par caméra non mydriatique, auprès des diabétiques de 12 ans et plus. »

Cette façon de faire aurait l'avantage d'éviter une visite en clinique d'ophtalmologie aux 85 % de patients diabétiques qui n'ont ni besoin de traitement, ni besoin de l'expertise d'un ophtalmologiste.

L'offre de services a été déployée sous forme de projet pilote dans deux CIUSSS montréalais.

Le dépistage se fait par prise d'images de la rétine grâce à une caméra de fond d'œil par du personnel formé à cet effet en CSSS. Ces images sont versées sur une infrastructure informationnelle sécurisée qui permet aux personnes formées de faire la lecture. Le modèle organisationnel prévoit à terme que la lecture soit faite à un premier niveau par du personnel formé, puis par un service de deuxième niveau et qu'un contrôle de la qualité soit ensuite effectué. Une évaluation de la phase pilote avait été prévue.

En décembre 2015, les résultats ont été les suivants :

Constats cliniques

- Excellente qualité de l'image
- Aucun effet indésirable observé
- Interprétation des données par les médecins satisfaisante et correspondant aux chiffres attendus

Le dépistage de la rétinopathie à distance à distance représente une modalité sécuritaire de même qu'une opportunité pour améliorer l'accessibilité des patients diabétiques à ces services.

- Le dépistage a permis d'éviter la consultation d'un ophtalmologue.
- Le dépistage a permis la prise en charge de certains patients en temps opportun.

Constats organisationnels

- Le processus de transmission des rapports est excellent.
- L'organisation et la coordination de la prise en charge des patients par le centre d'imagerie et le corridor de service ont été excellentes.
- L'intégration des patients nécessitant un suivi médical dans le corridor de service désigné a été excellente et réalisée au moment approprié, à l'exception des rares patients qui ont reporté leur rendez-vous à un autre moment.

3.4 Résultats du programme MPOC

Un programme de soins en MPOC destiné aux médecins de famille a été mis en place afin de mieux dépister la maladie, de poser un diagnostic et d'optimiser la prise en charge du patient en partenariat avec une équipe interdisciplinaire selon un modèle d'intégration de soins^(31; 32) et d'éducation thérapeutique à visée d'autogestion^(33; 34). Un observatoire de données (registre-Web commun) a été mis sur pied au cours de la dernière année afin de faciliter la surveillance d'indicateurs de qualité et de permettre des échanges de bonnes pratiques⁽³⁵⁾.

But du programme

Utiliser la spirométrie de dépistage ciblé pour établir un diagnostic précoce et une prise en charge optimale des patients MPOC en partenariat avec une équipe interdisciplinaire. Cette pratique mènera à une diminution de la dyspnée et à une amélioration de la qualité de vie de cette clientèle grâce à l'optimisation des stratégies de prise en charge à la fois pharmacologique et non pharmacologique, y compris l'abandon du tabagisme.

Objectifs spécifiques

- 1) Évaluer la faisabilité du programme en MPOC et de l'observatoire de données.
- 2) Décrire les caractéristiques des patients et les pratiques de 1^{re} ligne.
- 3) Déterminer les bénéfices du programme MPOC pour les médecins de famille.

Conclusion

- 1) Nous avons démontré qu'un programme de soins en MPOC destiné aux médecins de famille et un observatoire de données (registre Web commun) pour la surveillance des maladies chroniques peuvent être mis en œuvre sur une base organisationnelle à grande échelle.
- 2) Le programme avec partenariat interdisciplinaire a eu un effet positif sur l'autogestion des patients et a conduit à l'amélioration des symptômes respiratoires.
- 3) Il reste à démontrer qu'un tel observatoire de données pour la surveillance des maladies chroniques permettra d'améliorer/d'uniformiser (d'harmoniser) les pratiques.

3.5 Résultats du programme de gestion de la douleur lombaire

Introduit en mai 2012 au CSSS Ouest-de-l'Île et déployé par la suite dans trois CSSS (Cavendish, Les Eskers et Vaudreuil-Soulanges), le Programme de prévention et gestion de la douleur lombaire avait pour objectif de favoriser l'autonomisation du patient afin de prévenir la chronicité de la maladie, de réduire l'invalidité de la personne et les coûts associés à la douleur chronique, et de soutenir les médecins omnipraticiens de 1^{re} ligne dans la prise en charge de la population souffrant de douleur lombaire. Ce programme repose sur une équipe interdisciplinaire (infirmière, physiothérapeute, psychologue et médecin expert en douleur chronique) et est harmonisé dans tous les sites. Des indicateurs clinico-administratifs ont été développés pour permettre d'apprécier le programme et les interventions auprès de la clientèle.

L'implantation du programme a fait l'objet d'une évaluation menée par une équipe de recherche de l'Université McGill : *Mise en œuvre et évaluation d'un réseau intégré de prévention et de gestion de la douleur chronique en 1^{re} ligne.*

Amélioration des soins et résultats observés

Le programme interdisciplinaire est axé sur une pratique collaborative optimale avec le patient et est offert en 1^{re} ligne, dans le continuum de soins avec les services de la 2^e et 3^e ligne.

Ce programme a eu les effets suivants :

- Favoriser l'amélioration des facteurs de risque de chronicité;
- Démontrer de façon significative la diminution de l'intensité et de l'interférence de la douleur;
- Améliorer de façon notable la fonctionnalité physique du patient;
- Illustrer de façon déterminante la diminution de la dépression;
- Permettre de constater un effet rapide (trois à six mois) et positif sur le patient, un maintien ou une amélioration de la maladie durant les six mois suivant le programme;
- Démontrer que les patients n'ont pas besoin de soins tertiaires à la fin du programme;
- Permettre d'éviter que les patients se retrouvent sur des listes d'attente de la 3^e ligne avec risque de chronicité. On observe que seulement 2 % des patients qui terminent le programme ont besoin de soins complexes.

- Permettre de diminuer les coûts de la prise en charge du patient pour le système de santé. – Le coût par patient pris en charge dans le programme de gestion de la douleur lombaire est de 550 \$, tandis que le coût par patient qui reçoit des soins en physiothérapie précoce est de 736,23 \$⁽³⁶⁾ La plupart des études indiquent que le coût de la prise en charge d'un patient souffrant de douleur lombaire dépasse les 2 000 \$. Ces chiffres prouvent que ces quatre programmes (Ouest-de-l'Île, Cavendish, Les Eskers, et Vaudreuil-Soulanges) peuvent réduire les coûts de la prise en charge de la douleur lombaire de plus d'un million de dollars par année.

3.6 État de la situation des Grands utilisateurs

Grands utilisateurs

En juin 2012, le portrait montréalais de consommation 2008-2011 faisait ressortir que les personnes ayant un profil de « grand utilisateur »

- occupaient 754 lits de courte durée et 47 civières en tout temps;
- présentaient dans une proportion de 30 % une maladie ou un trouble des appareils respiratoires ou circulatoires.

Depuis les données ont été mises à jour mais la situation est assez stable.

Afin de prévenir les hospitalisations évitables, un plan d'action régional regroupant des activités qui visaient trois objectifs a été mis en place :

- 1) Instaurer une culture et une structure de suivi des clients grands utilisateurs;
- 2) Comprendre la situation spécifique de certains établissements;
- 3) Intervenir auprès de la clientèle pour la CMD – Maladies et troubles de l'appareil respiratoire.

Une table régionale de suivi des grands utilisateurs assurait le suivi du plan d'action. Cette gouvernance visait l'harmonisation des pratiques administratives, organisationnelles et cliniques. Les travaux ont porté notamment sur la détection et le suivi de la clientèle ainsi que sur le système d'alerte à l'urgence.

Détection de la clientèle

Chaque établissement (hospitalier et/ou CSSS) a nommé un gestionnaire responsable par établissement. Celui-ci s'assurait que les extractions trimestrielles (Périodes 3, 6, 9, 13) étaient effectuées par les installations hospitalières de son établissement. (Annexe IV)

Peu de milieux ont élargi à d'autres clientèles, sauf les établissements du Pôle Est qui identifient tous les diagnostics (Projet Maillage) et le CHUM qui a une cohorte itinérance.

Conformément au modèle proposé par Kaiser Permanente, des travaux ont été également effectués afin d'encourager les installations hospitalières à se doter de mécanismes internes permettant de déterminer les personnes à faible risque de complication et fréquentant leur établissement. Le but était de les orienter vers les programmes MPOC – Modification des habitudes de vie en 1^{re} ligne. Un projet pilote a d'ailleurs été mis à l'essai entre l'équipe d'inhalothérapeutes de l'Hôpital Santa-Cabrini et les trois principaux CSSS de leur secteur. Les résultats sont à venir.

Évaluation de la clientèle

Après l'identification par extraction des données, une évaluation des motifs de consultation a été effectuée par un intervenant des installations hospitalières qui travaillent en collaboration avec le gestionnaire de cas en CSSS. Ce dernier effectue une évaluation globale de la situation de la personne.

Suivi

Des travaux régionaux ont permis de clarifier les rôles des intervenants du continuum de soins : archivistes, infirmières à l'urgence, infirmières en clinique externe, intervenant-pivot MPOC, gestionnaire de cas en CSSS, infirmier spécialisé en MPOC, info-santé, intervenants du Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD), pneumologues. Des plans d'action locaux, définis par pôle, aidaient à la poursuite des travaux.

L'élaboration d'un Plan d'Intervention–Plan de Service Individualisé (PI-PSI) est au cœur de l'approche. Les gestionnaires de cas ont la responsabilité de veiller à leur élaboration. Par contre, la pratique est peu développée.

Selon le modèle préconisé, dès détection d'un grand consommateur par une installation hospitalière, une autorisation est demandée au patient, puis une DSIE est envoyée

pour une prise en charge par un gestionnaire de cas. Celui-ci procède alors à une évaluation globale en collaboration avec un intervenant dédié du milieu hospitalier ainsi qu'un intervenant du SRSAD. De plus, il s'assure que le patient reçoive les soins requis et coordonne les interventions avec le médecin traitant. De surcroît, il est responsable de l'élaboration du PSI avec les partenaires. La notion de gestionnaire de cas est encore peu développée et doit être légitimée par les partenaires.

Système d'alerte à l'urgence

La majorité des milieux hospitaliers ont un système ou visent la mise en place d'un système d'alerte à l'urgence. Un tel système informe les intervenants de l'urgence sur le plan d'action à suivre si une personne se présente à l'urgence.

3.7 État de la situation du Réseau intégré de gestion des maladies pulmonaires chroniques (MPC)

Réseau intégré en MPC

En 2000, le MSSS a accordé un budget récurrent à la région de Montréal pour qu'elle mette en réseau les différents dispensateurs de soins et de services. Compte tenu de l'engorgement des urgences, l'Agence de Montréal avait choisi de concentrer ses efforts sur l'harmonisation et l'intégration des soins et des services offerts à la clientèle atteinte de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Les acteurs clés du réseau MPC sont les intervenants-pivots du réseau MPC et le Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD).

Cette démarche avait pour principal objectif d'éviter ou de retarder les hospitalisations et les visites à l'urgence de cette clientèle, ce qui représente toujours un défi de taille pour le système de santé.

Cette clientèle a des besoins complexes et on doit recourir à un gestionnaire de cas pour assurer une coordination efficace des soins et des services avec les différents partenaires (SRSAD, médecins de famille, spécialistes et autres).

Intervenants-pivots du réseau de gestion des maladies pulmonaires chroniques – rôle actualisé (IPR MPC)

L'expertise clinique des six (6) intervenants-pivots du réseau s'est avérée essentielle pour la clientèle CMD 4 – Maladies et troubles de l'appareil respiratoire. Par contre, on a noté que leur rôle variait d'un territoire à l'autre, certains assurant principalement la prise en charge de patients MPC au détriment du réseautage et du soutien à offrir aux professionnels du réseau MPC.

En 2014, des travaux régionaux ont permis de mieux définir le rôle de ces intervenants exerçant trois fonctions clés :

- Réaliser une expertise clinique auprès de la clientèle complexe sans en assumer la prise en charge;
- Soutenir les professionnels du réseau MPC;
- Assurer le réseautage MPC sur le territoire.

De plus, le grand nombre de clients fréquentant l'urgence à répétition et la prévalence importante de personnes présentant une MPOC sur les territoires de l'Est et du Nord ont justifié l'obtention d'un financement récurrent pour l'ajout de deux intervenants-pivots du réseau en MPC. Leur nombre a ainsi été porté à huit sur le territoire de Montréal. Cette opportunité avait pour objectif de permettre aux divers milieux de poursuivre la réalisation d'une approche globale pour la clientèle MPC, directement en lien avec les travaux régionaux et locaux des grands utilisateurs de soins.

Service régional de soins à domicile pour les malades pulmonaires chroniques (SRSAD)

Il y a plus de quarante ans, l'Agence de Montréal a donné au SRSAD le mandat d'assurer le suivi respiratoire à domicile des personnes atteintes de MPC résidant sur le territoire de l'île de Montréal. Près de 5 000 usagers reçoivent les services du SRSAD chaque année. Parmi eux, plus des deux tiers sont suivis activement à domicile et un peu moins du tiers bénéficie d'un suivi sur appel par un ou plusieurs professionnels membres de l'équipe interdisciplinaire (pneumologues, inhalothérapeutes et techniciens en inhalothérapie, infirmières, thérapeutes en réadaptation physique et travailleurs sociaux) qui assurent un service de garde 24/7.

Depuis les dix (10) dernières années, le mandat clinique du SRSAD a évolué vers une prise en charge de la clientèle MPC plus sévère et instable ou se trouvant à un stade très avancé de la maladie, et vers le développement et l'intégration de

la modalité de suivi par télésoins à domicile (TSD) en MPC. Le SRSAD a collaboré aux travaux touchant la clientèle des grands consommateurs CMD 4 – Maladies et troubles de l'appareil respiratoire. Une attention particulière a été apportée à la prise en charge des grands consommateurs de services et de soins montréalais, dans le but principal de réduire les visites à l'urgence et les hospitalisations évitables. Le SRSAD, les intervenants-pivots du réseau MPC et les établissements de santé montréalais ont développé un partenariat afin de mettre en commun leurs efforts pour maintenir la clientèle MPC à domicile à long terme.

Programme national d'oxygénothérapie à domicile (PNOD)

L'Agence de Montréal a confié le mandat du PNOD au SRSAD, afin de favoriser l'homogénéité dans l'organisation des services et l'optimisation de la gestion des services d'oxygénothérapie à domicile sur l'île de Montréal.

Ce sont les deux établissements pédiatriques montréalais, soit le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), qui s'occupaient auparavant de la clientèle pédiatrique sous oxygénothérapie. En 2012, le SRSAD a été désigné pour devenir le prestataire de l'ensemble des services en oxygénothérapie à domicile pour la clientèle pédiatrique montréalaise. À cette fin, la DSGMC a mis en place un comité formé des représentants des établissements cités. Le SRSAD offre depuis des services continus en oxygénothérapie à domicile à la clientèle résidant sur le territoire de Montréal et desservie par ces centres hospitaliers pédiatriques. Une entente entre les différentes parties est actuellement en cours de signature.

Soins de fin de vie – Maladies pulmonaires chroniques (MPC)

Depuis les deux dernières années, environ 600 patients suivis par le SRSAD décèdent annuellement, dont 300 à cause d'une MPC. La majorité de la clientèle MPC en fin de vie désire décéder à domicile. Le SRSAD a choisi de rehausser son offre de services permettant ainsi de répondre au souhait de cette clientèle. Cette offre de services bonifiée améliore la qualité des services offerts à la clientèle et le soutien aux proches aidants. L'équipe de professionnels du SRSAD assure le repérage de la clientèle, la gestion du suivi ainsi que le développement des corridors de services collaboratifs avec l'aide de tous les partenaires impliqués.

Télésoins pour la clientèle atteinte de MPC

Pour répondre à l'accroissement de la demande de soins et saisir l'occasion d'innover dans son offre de services, le SRSAD a développé une expertise de suivi en télésoins. La nouvelle pratique permet d'offrir le bon service aux patients au bon moment, mais également de diminuer significativement les visites à l'urgence et les hospitalisations en favorisant l'autonomisation du patient dans la gestion de sa maladie.

Le patient utilise les TSD pour entrer quotidiennement des informations sur son état de santé. Il a également accès à du contenu multimédia spécifique à sa condition. Il peut suivre l'évolution de sa pathologie et de son état de santé et communiquer par messagerie interne avec l'intervenant désigné. Les TSD permettent ainsi la transmission asynchrone et à distance des données des patients à des fins de suivi, d'interprétation, d'éducation, de prévention et de prise de décision clinique.

Le SRSAD est appuyé par le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal dans le déploiement de la technologie; il agit à titre d'expert clinique dans le développement et la mise à jour des protocoles cliniques pour les MPC.

Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD)

Le mandat du PNAVD a été confié au CUSM et la Direction des services généraux et maladies chroniques (DSGMC) était responsable du volet clinique du PNAVD depuis 2012. Mis sur pied en 1993, le PNAVD offre des services ultraspécialisés à une clientèle ventilo-assistée à domicile, adulte et pédiatrique, à travers la province, soit :

- les régions de l'Ouest pour la clientèle adulte incluant l'Estrie, Montréal, l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, Laval, Lanaudière, les Laurentides, la Montérégie, le Nunavik, le Conseil CRI de santé et des services sociaux de la Baie-James;
- toutes les régions du Québec pour la clientèle adulte et pédiatrique blessée médullaire;
- toutes les régions du Québec pour la clientèle pédiatrique.

Considérant les besoins cliniques des patients oxygénodépendants et sous ventilation non invasive, la DSGMC a mis en place un comité pour clarifier les rôles et les responsabilités du PNAVD et du SRSAD, favorisant ainsi une prise en charge conjointe de cette clientèle. En 2014, une entente a été officialisée entre les différentes parties, basée sur les deux cadres de référence respectifs. L'objectif consistait à assurer une organisation régionale harmonisée sur le territoire de Montréal des services en oxygénothérapie et en assistance ventilatoire des clientèles adulte et pédiatrique.

Section 4. Plan d'action 2016-2021

Le Plan d'action montréalais conjugue les meilleures pratiques de prévention et gestion des maladies chroniques et s'appuie sur les fondements présentés à la section 2. Il s'articule autour de quatre grandes orientations qui visent à guider les CIUSSS et à faciliter la réalisation de leur mission populationnelle.

Pour chacune de ces orientations, cette section présente

- une brève description du chemin parcouru;
- les objectifs spécifiques précisant les cibles 2021 à atteindre;
- les priorités d'action;
- les activités régionales et contribution attendue des CIUSSS et des établissements non fusionnés.

Quatre orientations

- 1) Promouvoir l'adoption des modes de vie, la création d'environnements sains et sécuritaires et la prévention clinique;
- 2) Consolider et promouvoir l'accès aux équipes interdisciplinaires des programmes harmonisés de gestion des maladies chroniques;
- 3) Assurer un continuum de services accessibles pour la clientèle ayant reçu un diagnostic de maladie chronique;
- 4) Maintenir un système de surveillance, de monitoring et d'évaluation.

Orientation 1. Promouvoir l'adoption de modes de vie, la création d'environnements sains et sécuritaires et la prévention clinique

(Extrait du Plan d'action régional intégré de santé publique (PARI) 2016-2021)

Chemin parcouru

Au cours du dernier siècle, l'espérance et la qualité de vie ont progressé de façon remarquable. Toutefois, de nombreux problèmes évitables continuent d'affecter la santé et la qualité de vie des Montréalais. La prévention est un moyen d'éviter ou de retarder l'apparition des maladies et de préserver le plus longtemps possible la santé et la qualité de vie.

Le Plan d'action régional de santé publique est l'outil prévu par la Loi sur la santé publique pour définir, dans chaque région, l'offre du programme-services Santé publique, en conformité avec le *Programme national de santé publique 2015-2025* (PNSP) et les cinq *Plans d'action thématiques tripartites* (PATT) qui en découlent.

La région de Montréal comprend cinq CIUSSS, mais une seule Direction régionale de la santé publique (DRSP), rattachée au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Le directeur de la santé publique a la responsabilité d'élaborer le plan d'action régional et de coordonner l'ensemble des services offerts par l'équipe de la direction régionale et les cinq équipes territoriales dans les CIUSSS, d'où l'appellation de plan d'action régional *intégré*.

La santé publique s'attarde en priorité aux problèmes évitables les plus fréquents et les plus graves, ainsi qu'à ceux qui affectent de manière inégale certains groupes. L'apparition de ces problèmes est influencée par différents *déterminants*, tels que les comportements et les habitudes de vie des personnes, les caractéristiques et les risques associés aux milieux de vie et à l'environnement physique et social dans lesquels elles évoluent ainsi que l'utilisation qu'elles font des services préventifs qui leur sont offerts.

Comme un même déterminant influe souvent sur plusieurs problèmes (c'est le cas, par exemple, de l'alimentation et de l'activité physique qui sont associées à plusieurs maladies chroniques), la santé publique montréalaise a adopté un modèle novateur de planification consistant à définir une offre de services pour chaque déterminant, plutôt que pour chaque problème de santé.

Les interventions retenues sont le résultat d'une démarche de planification rigoureuse appuyée sur les connaissances de pointe, à laquelle ont participé l'équipe régionale et les cinq équipes territoriales de santé publique. Les partenaires des milieux communautaires et des autres secteurs de la société ont aussi contribué aux étapes charnières de la démarche.

Les environnements dans lesquels nous vivons au quotidien ont un impact important sur notre santé. D'une part, ils influencent nos habitudes de vie, nos comportements et nos relations sociales. Qu'il s'agisse de l'alimentation, de la pratique d'activités physiques, du tabagisme, de la consommation d'alcool et de drogues, de la pratique des jeux de hasard et d'argent ou même de la participation sociale des aînés, nos modes de vie sont déterminés par les choix qui s'offrent à nous. D'autre part, l'environnement, en particulier physique et bâti, peut aussi nous exposer à différents risques : l'insalubrité des logements et des bâtiments institutionnels, la chaleur accablante, la pollution de l'air, la contamination de l'eau ou des sols, les aménagements non sécuritaires, ou les expositions à des contaminants en milieu de travail peuvent tous avoir des effets néfastes sur la santé.

Tout en offrant divers services préventifs pour aider les personnes qui le souhaitent à modifier leurs habitudes de vie et leurs comportements, la santé publique privilégie des interventions qui visent à modifier les environnements de manière à avoir un impact sur l'ensemble de la population.

Actions du réseau de la santé et des services sociaux en prévention des maladies chroniques

Le Plan d'action régional intégré de santé publique 2016-2021 circonscrit les interventions à mettre en œuvre au cours des cinq prochaines années pour prévenir les problèmes de santé évitables en agissant sur 30 grands déterminants de la santé des montréalais. La prévention est une responsabilité partagée entre différents groupes

de partenaires, notamment, le milieu municipal, les milieux de garde et scolaires, le milieu communautaire, les milieux de travail, et le réseau de la santé et des services sociaux. Voici à titre d'exemple quatre déterminants sur lesquels le réseau Montréalais de la santé et des services sociaux doit continuer d'agir pour prévenir les maladies chroniques :

- Alimentation
- Activité physique, sécurité des déplacements actifs et sédentarité
- Tabagisme et exposition à la fumée de tabac
- Services de prévention clinique des maladies chroniques

Alimentation

Malgré l'abondance d'aliments, il n'est pas toujours facile de s'alimenter sainement dans notre société. À titre d'exemple, plus de la moitié des Montréalais ne consomment pas suffisamment de fruits et légumes. La malbouffe est omniprésente alors que la disponibilité d'aliments nutritifs demeure inégale sur le territoire. Afin que les Montréalais consomment des boissons et des aliments sains et en quantité adéquate, la santé publique a choisi avec ses partenaires de concentrer ses efforts sur l'offre d'aliments nutritifs dans les quartiers et les milieux de vie.

Pour que les élèves montréalais aient accès à des aliments nutritifs, la santé publique :

- collabore avec les commissions scolaires et accompagne les écoles pour améliorer l'offre alimentaire et le contexte du repas en milieu scolaire, et offrir des activités d'éducation en nutrition touchant, entre autres, l'image corporelle;
- travaille à la mise en réseau des partenaires pour assurer une meilleure utilisation des ressources humaines, matérielles et financières.

Pour que les municipalités utilisent pleinement leurs compétences dans le but d'améliorer l'environnement alimentaire de leurs citoyens, la santé publique :

- conseille les municipalités et leur offre de la formation pour la mise en place de politiques, règlements et interventions améliorant l'offre alimentaire dans leurs installations, dans les quartiers et lors d'événements publics.

Pour que des actions locales favorisent l'accès aux fruits et légumes frais, la santé publique :

- soutient diverses instances communautaires dans leurs initiatives telles que des marchés de fruits et légumes, des dépanneurs fraîcheur et des projets d'agriculture urbaine dans des secteurs socio-économiquement défavorisés;
- favorise le partage d'expériences entre les organismes impliqués dans les initiatives locales;
- favorise la concertation entre les principaux acteurs impliqués dans le système alimentaire afin de partager les besoins relevés et d'assurer la cohérence et la synergie des actions.

Pour faire du réseau de la santé un milieu alimentaire exemplaire, fidèle à sa mission, la santé publique :

- mobilise les décideurs des CIUSSS et des établissements non fusionnés pour qu'ils mettent en œuvre des politiques alimentaires assurant une offre de qualité aux employés et visiteurs;
- offre de la formation aux professionnels de la santé sur les pratiques exemplaires en lien avec l'image corporelle et le poids.

Activité physique, sécurité des déplacements actifs et sédentarité

L'activité physique contribue à prévenir de nombreuses maladies chroniques et favorise une bonne santé mentale tout au long de la vie. Étant donné que plus de la moitié des Montréalais ne font pas suffisamment d'activité physique, la santé publique travaille à mettre en place les conditions nécessaires pour que la population devienne plus active, à la fois dans ses loisirs et ses transports. Il s'agit d'offrir des activités physiques de loisirs abordables, sécuritaires et accessibles à proximité pour les jeunes et les adultes, que ce soit à l'école ou dans la communauté. De plus, la ville doit être munie d'aménagements pratiques, agréables et sécuritaires pour les piétons et les cyclistes, offrir du transport collectif abordable et diminuer le nombre de voitures en circulation. En plus de favoriser le transport actif, ces mesures contribuent à réduire le nombre de piétons et cyclistes blessés, à améliorer la qualité de l'air extérieur et à diminuer le bruit ambiant.

Pour augmenter la pratique d'activités physiques à l'école, la santé publique :

- offre de la formation et de l'expertise-conseil sur l'aménagement des cours d'école;

- accompagne les écoles qui souhaitent offrir davantage d'activités et limiter la sédentarité, tant en classe qu'au service de garde et dans les activités parascolaires.

Pour rendre les activités physiques de loisirs plus accessibles, la santé publique :

- coopère avec les municipalités pour améliorer l'aménagement et la sécurité des infrastructures des parcs;
- collabore avec les commissions scolaires ainsi qu'avec les écoles pour rendre disponibles leurs installations de loisirs et de sports à d'autres citoyens;
- offre des conseils et de la formation aux organismes qui travaillent pour améliorer l'accessibilité physique et l'abordabilité des activités physiques.

Pour rendre le transport actif plus attrayant et sécuritaire tout en diminuant la circulation automobile, la santé publique :

- mobilise les décideurs municipaux pour qu'ils adoptent des mesures d'apaisement de la circulation, aménagent les trottoirs et les intersections de manière sécuritaire pour les piétons et les cyclistes et développent des pistes cyclables;
- conseille les municipalités et leur offre de la formation, des outils et de l'accompagnement sur les bonnes pratiques en matière de transport actif et sur les principes d'urbanisme propices à la santé;
- fait des représentations publiques pour augmenter l'accessibilité physique et l'abordabilité du transport en commun.

Tabagisme et exposition à la fumée de tabac

Le tabagisme entraîne des conséquences sur la santé non seulement des fumeurs, mais aussi sur celle des non-fumeurs exposés à la fumée de tabac, en particulier les enfants. Il demeure la première cause évitable de décès prématurés et de maladies chroniques. Malgré l'évolution de la norme sociale, plus d'un Montréalais sur cinq fume toujours. Les personnes ayant un faible revenu sont beaucoup plus nombreuses à fumer, à en souffrir et en mourir. La santé publique vise à rejoindre en priorité ces personnes dans ses interventions de lutte au tabagisme.

Les actions de lutte contre le tabac visent à la fois la prévention de l'initiation au tabagisme, l'abandon du tabagisme, la protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) et l'influence exercée sur les politiques publiques. Au Québec, le *Plan québécois d'abandon du tabagisme* (PQAT) balise une gamme de services, soit :

1) le soutien individuel ou de groupe en face à face dans les Centres d'abandon du tabagisme (CAT); 2) une ligne téléphonique et un site Internet pour les fumeurs (site et ligne *J'Arrête*); 3) un service de messagerie pour l'abandon du tabagisme (SMAT); et 4) une campagne sociétale annuelle durant laquelle les fumeurs s'engagent à ne pas fumer durant six semaines (*Défi J'arrête, j'y gagne !*). La Régie de l'assurance maladie du Québec rembourse aussi certaines aides pharmacologiques à la cessation tabagique lorsqu'elles sont obtenues sur ordonnance (individuelle ou collective) et distribuées par un pharmacien. De plus, la loi 41 permet dorénavant aux pharmaciens de prescrire certaines aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique

Pour réduire l'exposition de la population à la fumée de tabac, la santé publique :

- soutient l'implantation de politiques d'environnement sans fumée dans les milieux scolaires, les Centres jeunesse et les établissements d'enseignement post-secondaire et du réseau de la santé;
- travaille avec les municipalités à promouvoir des environnements sans fumée dans les lieux non couverts par la loi (ex. : plages, parcs, lieux publics lors d'événements spéciaux).

Pour empêcher les jeunes de commencer à fumer, la santé publique :

- soutient des projets scolaires et communautaires visant à développer les compétences personnelles et sociales des jeunes pour prévenir le tabagisme et d'autres dépendances;
- fait connaître aux jeunes, par du marketing social, les risques de l'usage de la chicha (pipe à eau) et des nouveaux produits du tabac.

Pour encourager les fumeurs à cesser de fumer, la santé publique :

- offre divers services de cessation tabagique individuels et de groupe dans les Centres d'abandon du tabagisme et fait la promotion, avec ses partenaires, de la ligne téléphonique et du site Web *J'Arrête* ainsi que du service de messagerie pour l'abandon du tabagisme SMAT;
- fait la promotion du programme *Défi j'arrête, j'y gagne !*;
- soutient l'utilisation optimale des aides pharmacologiques à la cessation tabagique en offrant de l'expertise-conseil et de l'accompagnement aux infirmières, médecins et pharmaciens, notamment sur les ordonnances collectives;
- met en place divers moyens pour rejoindre les groupes plus vulnérables qui n'utilisent pas les services de cessation du tabac.

Services de prévention clinique des maladies chroniques et chutes

Les services de prévention clinique, aussi appelés pratiques cliniques préventives, dispensés par des professionnels de la santé, comprennent le counseling, le dépistage, l'immunisation et les traitements préventifs. Les pratiques cliniques préventives possèdent un potentiel de gain en termes de morbidité et de mortalité évitables pour les personnes qui y ont accès. Plus précisément, le dépistage, le counseling et le traitement préventif de l'hypertension ont un impact significatif sur la réduction des accidents vasculaires cérébraux (40 %), des infarctus du myocarde (15 %) et de l'insuffisance cardiaque (50 %). Le counseling sur les saines habitudes de vie est efficace pour prévenir l'obésité et les maladies cardiovasculaires. On estime en effet que 80 % des maladies cardiovasculaires sont évitables par un changement d'habitudes de vie. Les interventions multifactorielles de prévention des chutes peuvent réduire quant à elles le taux de chutes de 9 % chez les personnes âgées vivant à domicile.

Pour que plus de Montréalais bénéficient de pratiques préventives dans les services de 1^{re} ligne, la santé publique :

- accompagne les directions cliniques des CIUSSS pour améliorer l'accès aux services individuels de prévention clinique;
- fait du démarchage auprès des personnes vulnérables afin qu'elles aient recours aux services, en collaboration avec les organismes communautaires.

Pour que plus de Montréalais bénéficient de programmes de prévention des chutes et du Programme de dépistage du cancer du sein (PQDCS), la santé publique :

- diffuse de l'information sur le programme et les façons d'y envoyer les clientèles visées auprès des professionnels de la santé;
- établit des partenariats avec les milieux communautaires et les établissements pour adapter le programme de prévention des chutes aux besoins des aînés (mécanismes de référence, services de proximité, etc.);
- contribue au suivi et à la promotion du PQDCS, et informe les femmes sur la mammographie et le programme par le truchement du Web et dans les communautés;
- recrute des infirmières et médecins pour assurer le suivi des mammographies des femmes sans médecin de famille.

Offre de services de santé publique

Déterminant : Alimentation

Cibles sur facteurs en amont	Interventions de la DRSP	Interventions en santé publique des CIUSSS	Interventions d'autres secteurs ou programmes-services
<p>D'ici 2021, des professionnels-clés de toutes les municipalités connaîtront les enjeux et les moyens importants pour mettre en place des environnements favorables à une saine alimentation</p> <p>D'ici 2021, 80 % des municipalités auront adopté des règlements ou des politiques qui permettent à leurs employés et aux citoyens qui fréquentent leurs installations de profiter d'une offre de boissons et d'aliments sains</p> <p>D'ici 2021, toutes les municipalités auront adopté au moins une mesure permanente (politiques, règlements, interventions directes, etc.) qui favorise l'accès physique ou économique à des boissons et des aliments sains sur leur territoire en priorisant les secteurs mal approvisionnés (en dehors de leurs installations)</p> <p>D'ici 2021, au moins une municipalité aura mis en œuvre une politique relative à l'offre alimentaire (aliments et boissons) autour des écoles</p> <p>D'ici 2021, la ville de Montréal aura adopté un cadre de référence pour favoriser une saine alimentation dans le cadre de ses grands événements, principalement ceux qui visent les jeunes et les familles</p>	<p>Représentations publiques, rencontres avec les décideurs, avis et mémoires sur la création d'environnements favorables à la saine alimentation en milieu municipal</p> <p>Expertise-conseil offerte aux intervenants des CIUSSS sur les enjeux et les moyens importants pour mettre en place des environnements favorables à une saine alimentation en milieu municipal</p> <p>Événements de partage de connaissances sur la saine alimentation en milieu municipal avec les partenaires impliqués (ONG, Système alimentaire montréalais (SAM), Conseil des politiques alimentaires (CPA), municipalités, etc.)</p> <p>Production d'outils de référence sur les bonnes pratiques en matière de création d'environnements favorables à une saine alimentation en milieu municipal</p> <p>Production d'un cadre de référence montréalais pour une saine alimentation dans le cadre d'événements sportifs ou culturels à Montréal</p> <p>Cconcertation avec les acteurs concernés par le système alimentaire (CPA, SAM) afin d'assurer la cohérence et la synergie des actions</p> <p>Expertise-conseil sur les enjeux d'un système alimentaire sain et durable offerte aux acteurs concernés (ONG, municipalités, Montréal, Métropole en Santé (MMS), etc.)</p>	<p>Représentations publiques, rencontres avec les décideurs, avis et mémoires sur la création d'environnements favorables à la saine alimentation en milieu municipal</p> <p>Accompagnement du processus d'amélioration auprès des intervenants municipaux visant la création d'environnements favorables à une saine alimentation</p> <p>Développement d'alliances avec les acteurs concernés par le système alimentaire (CPA, SAM) afin de coordonner les actions sur le territoire</p>	
<p>D'ici 2021, les cinq CIUSSS auront amélioré la qualité de l'offre alimentaire pour leurs employés et visiteurs dans toutes leurs installations grâce à la mise en œuvre optimale d'une politique alimentaire basée sur le cadre de référence du MSSS</p>	<p>Représentations publiques et rencontres avec des décideurs des CIUSSS et des établissements non fusionnés dans le but d'optimiser la mise en œuvre des politiques alimentaires et de mettre en avant l'enjeu d'exemplarité</p> <p>Représentations publiques et rencontres des regroupements d'achats afin que les contrats tiennent compte des orientations de la politique alimentaire</p> <p>>>></p>	<p>Analyse de contexte et rencontres avec les décideurs des diverses instances du CIUSSS pour la mise en œuvre de tous les volets de la politique alimentaire</p> <p>Transfert de connaissances et d'expertise dans la mise en œuvre de la politique alimentaire auprès d'autres établissements</p>	

Cibles sur facteurs en amont	Interventions de la DRSP	Interventions en santé publique des CIUSSS	Interventions d'autres secteurs ou programmes-services
	<p>Événement de partage de connaissances sur divers thèmes pour les acteurs impliqués dans la politique alimentaire dans les établissements de santé</p> <p>Diffusion des informations issues du MSSS auprès des établissements</p>		
<p>D'ici 2021, dans le cadre des politiques alimentaires des commissions scolaires, des actions favorisant une saine alimentation seront mises en œuvre dans les écoles primaires et secondaires en ce qui a trait :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) à l'offre alimentaire b) à l'éducation en nutrition (incluant des contenus sur l'image corporelle) c) au contexte du repas du dîner. 	<p>Expertise-conseil sur les bonnes pratiques en alimentation en milieu scolaire offerte aux CIUSSS et aux organismes communautaires qui interviennent en alimentation à l'école</p> <p>Appréciation et rétroaction sur les pratiques liées à une saine alimentation en milieu scolaire</p> <p>Concertation avec les acteurs du système alimentaire (CPA, SAM, autres) afin de partager les besoins du milieu scolaire et assurer la cohérence des actions</p>	<p>Accompagnement du processus d'amélioration des pratiques au niveau de l'offre alimentaire et l'éducation à la nutrition, en collaboration avec les commissions scolaires (milieu scolaire primaire et secondaire)</p> <p>Concertation avec les partenaires de la communauté (commissions scolaires, écoles, municipalités, organismes communautaires, etc.) pour favoriser le partage d'outils, de ressources humaines et d'infrastructures afin d'optimiser l'arrimage et la complémentarité des actions en saine alimentation en milieu scolaire</p>	<p>Organismes communautaires :</p> <p>1) Interventions de groupe en promotion d'une saine alimentation auprès des jeunes en milieu scolaire, incluant les projets financés par le programme de santé publique</p>
<p>D'ici 2021, les intervenants des GMF, CLSC et cliniques réseau ainsi que les pharmaciens communautaires auront des connaissances et compétences sur les pratiques exemplaires en lien avec le counseling sur les habitudes de vie, une saine alimentation ainsi que sur le poids et l'image corporelle afin de mieux informer la population sur ces enjeux</p>	<p>Développement d'outils de communication : énoncé de position pour les professionnels de la santé sur le lien entre le poids et la santé</p> <p>Formation des intervenants des GMF, des cliniques réseau, des CIUSSS et des pharmaciens communautaires sur les pratiques exemplaires en lien avec le poids</p>	<p>Sessions d'orientation des professionnels des CIUSSS autour de l'énoncé de position, en collaboration avec la DRSP</p> <p>Appréciation et rétroaction sur les pratiques en matière de poids et d'image corporelle</p>	
<p>D'ici 2021, des initiatives locales visant l'amélioration de l'accès physique et économique à une saine alimentation et le développement de compétences visant des populations vulnérables se déploieront à Montréal (incluant les 14 initiatives financées par la DRSP et les initiatives soutenues par d'autres organisations)</p>	<p>Représentations publiques, rencontres avec les décideurs, avis et mémoires sur la création d'environnements favorables à la saine alimentation en milieu municipal</p> <p>Événements de partage de connaissances sur la saine alimentation en milieu municipal avec les partenaires impliqués (ONG, SAM, CPA, municipalités, etc.)</p> <p>Production d'outils de référence sur les bonnes pratiques en matière de création d'environnements favorables à une saine alimentation en milieu municipal</p> <p>Soutien au développement des communautés pour la réalisation d'initiatives locales visant la capacité d'agir et le développement d'un système alimentaire montréalais sain et durable :</p> <p>>>></p>	<p>Concertation avec les organismes communautaires pour déployer des stratégies efficaces pour rejoindre les parents</p> <p>Développement de coalitions et d'alliances avec les partenaires locaux afin d'arrimer les plans d'action</p> <p>Représentations publiques, rencontres avec les décideurs, avis et mémoires sur les enjeux d'une saine alimentation</p> <p>Soutien au développement des communautés sur les enjeux d'une saine alimentation</p> <p>Concertation avec les partenaires communautaires et municipaux pour déployer les bonnes pratiques en promotion d'une saine alimentation chez les jeunes</p>	<p>Organismes communautaires :</p> <p>Interventions de groupe sur la promotion d'une saine alimentation auprès des jeunes et de leur famille dans le cadre des projets financés par le programme de santé publique</p>

Cibles sur facteurs en amont	Interventions de la DRSP	Interventions en santé publique des CIUSSS	Interventions d'autres secteurs ou programmes-services
	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien financier à des projets locaux • Concertation et partenariat avec les acteurs concernés par le système alimentaire (CPA, SAM) afin de partager les besoins « locaux » et d'assurer la cohérence et la synergie des actions • Production d'outils de référence pour une meilleure connaissance du territoire ou sur les bonnes pratiques, par exemple, pour soutenir les intervenants impliqués dans les initiatives locales • Formation des organisateurs communautaires sur des thèmes spécifiques comme la pérennisation des initiatives, l'urbanisme alimentaire, etc. • Expertise-conseil sur divers thèmes (ex. : système alimentaire sain et durable) qui guideront ou favoriseront les actions provenant des initiatives locales • Événement de partage de connaissances pour les intervenants impliqués dans les initiatives locales <p>Expertise-conseil offerte aux CIUSSS et aux organismes communautaires sur les stratégies efficaces pour rejoindre les familles et intervenir auprès d'elles concernant une saine alimentation</p> <p>Expertise-conseil offerte aux CIUSSS et aux partenaires communautaires et municipaux (ex. : camps de jour) sur les bonnes pratiques en promotion d'une saine alimentation chez les jeunes</p>		

Extrait des fiches de déterminants du Plan d'action régional intégré en santé publique (PARI) 2016-2021

Offre de services de santé publique

Déterminant : Activité physique, sécurité des déplacements actifs et sédentarité

Cibles sur facteurs en amont	Interventions de la DRSP	Interventions en santé publique des CIUSSS	Interventions d'autres secteurs ou programmes-services
<p>Selon les priorités des commissions scolaires, des actions favorisant la pratique d'activités physiques seront menées dans les écoles publiques, parmi les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Ma cour : un monde de plaisir</i> b) L'offre de deux périodes de récréation par jour (AM et PM) c) La limitation du temps écran à des fins non éducatives d) Des activités visant le développement moteur à l'éducation préscolaire e) L'offre d'activités physiques en service de garde <p>D'ici 2021, des actions visant à favoriser la pratique d'activités physiques dans la cour d'école selon la démarche <i>Ma cour : un monde de plaisir!</i> seront menées dans 15 écoles primaires privées</p>	<p>Représentations publiques et rencontres avec des décideurs du milieu scolaire concernant l'importance de leur milieu comme environnement favorable au mode de vie physiquement actif</p> <p>Concertation avec les réseaux scolaire, de la santé et autres partenaires de la communauté pour favoriser la pratique d'activités physiques et le développement moteur au quotidien</p> <p>Production d'outils de référence à l'intention du milieu scolaire, des CIUSSS et autres partenaires portant sur des recommandations et des interventions efficaces pour favoriser un mode de vie physiquement actif</p> <p>Événement de partage des connaissances, en collaboration avec les commissions scolaires (ex. : développement moteur à l'éducation préscolaire; cour d'école et pauses actives, rôle des éducateurs en service de garde dans l'adoption de saines habitudes de vie)</p> <p>Formation sur la cour d'école pour les écoles primaires privées et publiques.</p>	<p>Concertation avec les commissions scolaires et autres acteurs locaux du territoire pour favoriser le partage d'outils, de ressources humaines et d'infrastructures afin d'optimiser l'arrimage et la complémentarité des actions liées à l'activité physique</p> <p>En collaboration avec les commissions scolaires, accompagnement du processus d'amélioration dans les écoles qui souhaitent mettre en place des mesures favorables à l'activité physique</p>	<p>Commissions scolaires :</p> <p>Formations et accompagnement du processus d'amélioration dans les écoles primaires concernant les programmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Ma cour : un monde de plaisir!</i> b) <i>Mon service de garde physiquement actif</i>
<p>Selon les priorités des commissions scolaires, des actions visant à augmenter l'offre d'activités parascolaires sportives aux jeunes seront mises en œuvre dans des écoles secondaires en milieu défavorisé</p>	<p>Expertise-conseil apportée aux intervenants des milieux scolaires et de la santé concernant le lien entre les activités parascolaires et la persévérance scolaire, les critères d'efficacité des interventions, les initiatives locales, l'accès aux plateaux sportifs, etc.</p>	<p>En collaboration avec les commissions scolaires, accompagnement du processus d'amélioration des pratiques dans les écoles défavorisées qui veulent intégrer plus d'activités physiques dans l'offre parascolaire</p>	<p>Organismes communautaires:</p> <p>En collaboration avec les commissions scolaires, interventions de groupe en faveur de l'activité physique auprès des jeunes, y compris celles financées par le programme de santé publique</p>
<p>Selon les priorités des commissions scolaires, des actions concernant l'aménagement de terrains scolaires favorables à un mode de vie physiquement actif seront menées dans les écoles secondaires</p>	<p>Représentations publiques et rencontres avec les décideurs du milieu scolaire concernant l'importance de leur milieu comme environnement favorable au mode de vie physiquement actif</p> <p>Production d'un outil de référence sur l'aménagement des cours d'école au secondaire</p> <p>Expertise-conseil apportée aux commissions scolaires et aux écoles secondaires qui souhaitent bonifier leur offre en activité physique</p>		

Cibles sur facteurs en amont	Interventions de la DRSP	Interventions en santé publique des CIUSSS	Interventions d'autres secteurs ou programmes-services
<p>D'ici 2021, améliorer la sécurité dans les aires de jeu et augmenter la conformité des modules de jeux à la norme CAN/CSA-z614-07</p>	<p>Expertise-conseil apportée à Sport et loisir de l'Île de Montréal (SLIM), aux commissions scolaires et à la Fédération des écoles privées du Québec portant sur la sécurité dans les aires et équipements de jeu en milieu scolaire</p> <p>Concertation avec SLIM et autres partenaires afin de mettre en œuvre les actions issues du projet ESPACES destiné au milieu scolaire</p>		
<p>D'ici 2021, la distance totale parcourue en véhicule privé (VKT) dans les quartiers centraux aura cessé d'augmenter et commencera à diminuer</p> <p>D'ici 2021, le nombre d'aménagements propices aux déplacements piétonniers sécuritaires sur les trottoirs et aux intersections sera augmenté dans tous les arrondissements</p> <p>D'ici 2021, les mesures d'apaisement de la circulation à l'échelle des quartiers, notamment sur les artères, seront généralisées dans tous les arrondissements</p> <p>D'ici 2021, Montréal offrira un réseau cyclable continu et accessible, connecté en bandes cyclables ou en sites propres avec instauration de mesures de sécurisation aux intersections</p> <p>D'ici 2021, la proportion de l'espace physique et des ressources financières alloués aux transports actifs collectifs et adapté sera augmenté par rapport à l'espace et au financement accordé au transport routier</p> <p>Des mesures seront mises en œuvre pour améliorer l'accès économique aux modes de transports collectifs et actifs</p> <p>D'ici 2021, la proportion de la population montréalaise ayant un accès facile, rapide et sécuritaire à des activités, commerces et services à pied, en vélo ou en transport collectif aura augmenté</p>	<p>Représentations publiques et rencontres avec des décideurs des instances régionales concernant les différentes planifications, les interventions sur l'emprise publique et les projets d'aménagement urbains pour améliorer le potentiel piétonnier, la sécurisation des déplacements actifs et l'offre de transport collectif et adapté, dont la sécurité des points d'accès, et pour réduire les véhicules kilomètres parcourus et les nuisances provenant du transport lourd</p> <p>Représentations publiques et rencontres avec des décideurs des instances régionales dans le but d'améliorer l'accès économique aux modes de transport actifs et collectifs</p> <p>Avis et mémoires sur les différents projets d'aménagement d'envergure régionale ou provinciale soumis à la consultation publique afin qu'on tienne compte des déplacements collectifs et actifs</p> <p>Développement de coalitions et d'alliances avec des organismes régionaux (Vélo Québec, Conseil régional de l'environnement, etc.)</p> <p>Évènements de partage des connaissances sur les enjeux de santé et les bonnes pratiques en aménagement et en transport</p> <p>Formation et expertise-conseil offerte aux intervenants et décideurs des municipalités et des organismes communautaires sur les environnements favorables à la santé et les principes d'urbanisme propices à la santé</p> <p>Diffusion d'information sur l'exposition au risque et le fardeau sanitaire en lien avec les différentes caractéristiques des systèmes de transport et de l'aménagement urbain</p> <p>>>></p>	<p>Concertation avec les villes et arrondissements dans le but de mettre en place des politiques favorables au transport actif</p> <p>Représentations publiques, rencontres avec des décideurs et soutien au développement des communautés pour une meilleure intégration des enjeux de santé publique en lien avec le transport et l'aménagement dans les projets, mesures et politiques des villes et arrondissements</p> <p>Accompagnement du processus d'amélioration dans les villes qui souhaitent mettre en place des environnements favorables au transport actif et collectif</p> <p>Avis et mémoires soumis sur des projets en lien avec l'aménagement de l'emprise publique ou les projets de développement ayant un impact sur la sécurité et le choix du mode de déplacement</p>	<p>Coalition Transit :</p> <p>Représentations publiques auprès des décideurs afin d'augmenter le financement et l'offre du transport collectif</p>

Cibles sur facteurs en amont	Interventions de la DRSP	Interventions en santé publique des CIUSSS	Interventions d'autres secteurs ou programmes-services
	Expertise-conseil offerte et production d'outils de référence et de communication portant sur les bonnes pratiques en lien avec les systèmes de transport et l'aménagement urbain auprès des acteurs municipaux, de la santé, communautaires et des citoyens		
D'ici 2021, les municipalités, ONG et l'Office municipal d'habitation de Montréal mettront en œuvre des mesures pour améliorer la sécurité (ex : corridor scolaire, mobilier urbain) en lien avec la pratique d'activités physiques, de loisirs et de transport pour les populations vulnérables (dont les jeunes et les aînés)	Formation et expertise-conseil offerte aux intervenants des CIUSSS sur les environnements sécuritaires Soutien au développement des communautés dans le cadre de projets régionaux ou locaux reliés à la pratique d'activités physiques, de loisirs et de transport	Concertation avec les partenaires pour la mise en œuvre de mesures améliorant la sécurité des populations vulnérables Accompagnement du processus d'amélioration auprès des intervenants municipaux pour la sécurité des populations vulnérables	
D'ici 2021, les travaux de réaménagement dans les parcs de l'île de Montréal permettront d'améliorer la qualité et la sécurité des infrastructures et seront réalisés prioritairement en milieu défavorisé	Expertise-conseil offerte aux intervenants des CIUSSS sur les enjeux et les moyens pour mettre en œuvre des environnements favorables à la pratique régulière et sécuritaire d'activités sportives et de loisirs Analyse de contexte et développement de coalitions et d'alliances concernant l'aménagement et l'accessibilité des parcs et espaces verts dans les secteurs défavorisés de l'île de Montréal	Représentations publiques et rencontres avec des décideurs pour une meilleure intégration des enjeux de santé publique et d'activité physique dans les projets, mesures et politiques des villes et arrondissements Accompagnement du processus d'amélioration auprès d'intervenants municipaux pour la mise en œuvre de mesures favorisant la mise en place d'environnements favorables à la pratique régulière et sécuritaire d'activités sportives et de loisirs	
D'ici 2021, tous les arrondissements et villes, avec leurs partenaires locaux, amélioreront l'offre de services (en tenant compte des saisons) et l'accès physique et économique à des activités sportives et de loisirs, en particulier pour les populations vulnérables (ex. : aînés, immigrants)	Avis et mémoires en lien avec les différents projets d'aménagement soumis à la consultation publique afin qu'on tienne compte de l'accès physique aux infrastructures de loisirs Formation et expertise-conseil offerte aux intervenants des CIUSSS et aux organismes qui travaillent sur l'accessibilité physique et économique des activités sportives et de loisirs Production d'outils de références sur les activités prometteuses en lien avec l'offre de services pour les populations vulnérables (ex : aînés, immigrants)	Accompagnement du processus d'amélioration auprès des arrondissements qui souhaitent créer des environnements favorables à l'accessibilité physique et économique aux activités sportives et de loisirs	
Cible en lien avec l'activité physique et l'environnement familial			
D'ici 2021, les parents seront sensibilisés à l'importance du jeu libre chez les enfants	Production d'outils de référence sur l'importance du jeu libre et de la littératie physique chez les enfants		

Extrait des fiches de déterminants du Plan d'action régional intégré en santé publique (PARI) 2016-2021

Offre de services de santé publique

Déterminant : Tabagisme et exposition à la fumée de tabac

Cibles sur facteurs en amont	Interventions de la DRSP	Interventions en santé publique des CIUSSS	Interventions d'autres secteurs ou programmes-services
<p>D'ici novembre 2017, tous les CIUSSS et établissements non fusionnés mettront en œuvre une politique sans fumée dans leurs installations, conformément aux orientations ministérielles, intégrant des services de cessation tabagique</p> <p>D'ici 2018, les Centres jeunesse de Montréal et Batshaw deviendront sans fumée sur l'ensemble de leurs terrains</p> <p>D'ici 2021, 100 % des établissements scolaires à cheminement particulier appliqueront la loi interdisant l'usage du tabac sur leur terrain en tout temps</p> <p>D'ici novembre 2017, tous les établissements d'enseignement supérieur adopteront une politique sans fumée conformément aux orientations ministérielles</p>	<p>Formation, expertise-conseil offertes, développement et partage d'outils de référence pour la mise en œuvre de politiques sans fumée et l'intégration de toutes les activités de lutte au tabac ou à la FTE par le moyen de cette politique</p>	<p>Accompagnement du processus d'amélioration pour le développement et la mise en œuvre d'une politique sans fumée (intégrant une composante de cessation tabagique dans le cas des établissements de santé)</p>	
<p>D'ici 2021, il existera un réseau de partenaires d'actions montréalais mobilisés pour la lutte contre le tabagisme</p>	<p>Développement d'alliances au sein du réseau <i>Montréal sans tabac, de Montréal, métropole en santé</i> et de la table intersectorielle régionale – saines habitudes de vie</p> <p>Évènement de partage des connaissances sur la situation du tabagisme à Montréal avec les partenaires du réseau <i>Montréal sans tabac</i></p>	<p>Rencontre avec les décideurs du CIUSSS afin de positionner stratégiquement le dossier et progresser dans la réalisation des engagements spécifiés dans le rapport du directeur</p>	
<p>D'ici 2021, les municipalités mettront en place une réglementation interdisant l'usage du tabac dans les lieux publics non couverts par la Loi (ex. : plages, lieux d'événements spéciaux)</p>	<p>Représentations publiques et rencontres avec les décideurs municipaux visant la mise en place d'une réglementation concernant les lieux non couverts par la Loi</p> <p>Développement d'outils de communication et de marketing social pour la promotion d'une norme établissant un environnement sans fumée</p> <p>Partenariat pour la promotion d'environnements sans fumée dans les municipalités (ex. : lors d'événements publics, dans les parcs) en collaboration avec les CIUSSS</p>		

Cibles sur facteurs en amont	Interventions de la DRSP	Interventions en santé publique des CIUSSS	Interventions d'autres secteurs ou programmes-services
D'ici 2021, augmenter la proportion annuelle de fumeurs faisant une tentative de cessation tabagique en bénéficiant d'une aide pharmacologique	Expertise-conseil offerte aux ordres professionnels (infirmières et pharmaciens) pour le développement d'ordonnances spécifiques destinées à optimiser l'impact de la prescription des aides pharmacologiques	Accompagnement du processus d'amélioration, d'appréciation et de rétroaction sur les pratiques professionnelles des médecins, infirmières et pharmaciens pour la prescription des aides pharmacologiques, en collaboration avec les directions concernées	
D'ici 2021, augmenter la proportion de fumeurs qui utilisent les services individuels et de groupe de cessation du tabac, en particulier les personnes vivant en milieu défavorisé et difficiles à rejoindre	Information donnée à la population pour promouvoir les services individuels et de groupe en cessation tabagique offerts dans les Centres d'abandon du tabagisme (CAT) Démarchage dans les milieux de travail pour rejoindre les fumeurs exposés professionnellement au tabac et qui courent un risque de santé lié au tabagisme Partenariat pour établir des corridors entre les services du PQAT	Information donnée aux groupes défavorisés moins rejoints afin de promouvoir les services individuels et de groupe en cessation tabagique offerts dans les CAT Démarchage dans les milieux de vie par des agents multiplicateurs afin de rejoindre les fumeurs, notamment ceux des populations défavorisées et difficiles à rejoindre par les ressources de soutien à l'abandon du tabagisme Services individuels et interventions de groupes en cessation tabagique (ex. : counseling) dans les CAT, entre autres auprès des femmes enceintes (services en périnatalité)	
D'ici 2021, 100 % des fumeurs admis aux programmes de gestion de la MPOC et du risque cardiométabolique seront envoyés dans un CAT	Expertise-conseil donnée sur les pratiques efficaces en matière de trajectoires de services de cessation tabagique	Accompagnement du processus de mise en place de mécanismes de référence formels entre les programmes de gestion de la MPOC et du risque cardiométabolique et les services de cessation tabagique (ex. : présence de l'intervenant du CAT lors des dépistages en spirométrie pour en faire une intervention conjointe à même le programme MPOC) Partenariat avec les directions concernées du CIUSSS et les autres établissements dans la mise sur pied de corridors de services vers les services de cessation tabagique	
D'ici 2021, augmenter la proportion de fumeurs montréalais qui s'inscrivent au programme <i>Défi J'arrête, j'y gagne!</i>	Expertise-conseil offerte aux CIUSSS dans le cadre du <i>Défi J'arrête, j'y gagne!</i> Partenariat avec les établissements non fusionnés pour promouvoir les campagnes anti-tabac	Marketing social : déploiement du programme <i>Défi J'arrête, j'y gagne!</i> sur le territoire du CIUSSS	
D'ici 2021, le nombre de fumeurs soumis à une intervention de counseling en cessation tabagique dans leur trajectoire de soins (centre hospitalier, cliniques médicales, et.) sera augmenté	Expertise-conseil offerte sur la systématisation de l'intervention en cessation tabagique à tous les points de contact des fumeurs avec le RSSS >>>	Accompagnement du processus d'amélioration des pratiques en vue de systématiser l'intervention en cessation tabagique à tous les points de contact des fumeurs avec le RSSS Partenariat pour établir des corridors avec les services du PQAT	

Cibles sur facteurs en amont	Interventions de la DRSP	Interventions en santé publique des CIUSSS	Interventions d'autres secteurs ou programmes-services
	Développement d'outils d'identification du statut tabagique, d'intervention brève en cessation tabagique et de référence entre les services de cessation du tabac		
D'ici 2021, les professionnels de la santé des établissements de santé montréalais auront les compétences et les outils nécessaires pour intervenir efficacement en cessation tabagique (counseling bref), particulièrement auprès des clientèles aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de polytoxicomanie	Sessions d'orientation, formations et communautés de pratique s'adressant aux intervenants offrant des services de counseling intensif individuel ou de groupe dans les CAT et établissements de santé Événements de partage de connaissances et formation des professionnels de la santé à l'intervention en cessation tabagique	Accompagnement de processus : faciliter le développement de l'expertise clinique en cessation tabagique dans les établissements afin de consolider un bassin de formateurs et experts-conseil en abandon du tabagisme (ex. : lien avec les plans de développement des ressources humaines, désignation d'une ressource médicale ou clinique experte) Formations sur l'intervention en cessation tabagique offerte aux intervenants d'unités spécifiques des centres hospitaliers des CIUSSS	
D'ici 2021, les intervenants des programmes de prévention des toxicomanies en milieu scolaire auront les connaissances et les compétences pour intervenir sur le tabagisme	Représentation et rencontres avec les décideurs et acteurs-clés du milieu scolaire afin de partager la vision du tabagisme comme dépendance et non habitude de vie Événements de partage de connaissances avec les décideurs et acteurs-clé en milieu scolaire et des CIUSSS		
D'ici 2021, les jeunes de 11 à 24 ans des territoires de CLSC dont la prévalence des fumeurs est égale ou supérieure à 20 % développeront des connaissances et des compétences personnelles et sociales liées à la prévention du tabagisme (transversales pour toutes formes de consommation de substances ou jeux de hasard et d'argent)	Soutien au développement des communautés dans le cadre de projets de prévention et de démarches d'engagement social en milieu scolaire et communautaire pour que les jeunes demeurent non-fumeurs Accompagnement du processus d'amélioration des interventions en prévention du tabagisme chez les jeunes.	Partenariat avec les milieux scolaires et communautaires pour l'élaboration et l'implantation de projets de prévention	
D'ici 2021, les jeunes reconnaîtront que la pipe à eau est un produit du tabac et connaîtront les risques à la santé liés à son usage	Marketing social, particulièrement auprès des jeunes, sur les risques liés à l'usage de la chicha		
D'ici 2021, améliorer les connaissances des adultes montréalais sur les impacts de la FTE sur la santé des enfants, en particulier les personnes vivant en milieu défavorisé et difficiles à rejoindre	Expertise-conseil offerte aux CIUSSS dans le cadre de la campagne <i>Famille sans fumée</i>	Démarchage en complément aux campagnes de marketing social sur la FTE, notamment pour rejoindre les femmes enceintes et les populations défavorisées et difficiles à rejoindre	

Extrait des fiches de déterminants du Plan d'action régional intégré en santé publique (PARI) 2016-2021

Offre de services de santé publique

Déterminant : Services de prévention clinique en maladies chroniques et chutes

Cibles sur facteurs en amont	Interventions de la DRSP	Interventions en santé publique des CIUSSS	Interventions d'autres secteurs ou programmes-services
<p>D'ici 2021, augmenter la proportion de professionnels de la santé qui détiennent les connaissances et les compétences requises pour mettre en œuvre les programmes populationnels de prévention des maladies chroniques et chutes ou pour y envoyer les clientèles visées</p>	<p>Expertise-conseil et relations médias en réponse aux préoccupations des cliniciens du territoire et de la population lors de controverses scientifiques autour des programmes de prévention clinique</p> <p>Sessions d'orientation pour les nouveaux intervenants des programmes et mesures de prévention</p> <p>Communautés de pratique pour les intervenants des programmes populationnels</p> <p>Analyse de contexte, représentations et rencontres avec des décideurs des instances régionales et provinciales concernées (ordres et associations professionnelles, MSSS, etc.) pour faire valoir les besoins des cliniciens du réseau des CIUSSS et des stratégies pour améliorer les pratiques</p> <p>Expertise-conseil offerte en prévention clinique</p> <p>Développement d'alliances et de partenariats pour que la mise à jour du <i>Guide priorité santé (GPS)</i> soit effectuée par l'instance provinciale désignée</p>	<p>Sessions d'orientation pour les nouveaux intervenants des programmes et mesures de prévention : soutenir les activités d'orientation et y participer</p> <p>Analyse de contexte, représentations et rencontres avec des décideurs des instances territoriales concernées (DSI, DRMG, etc.) afin de faire valoir les besoins des cliniciens du territoire du CIUSSS et des stratégies pour améliorer les pratiques</p>	
<p>D'ici 2021, augmenter le nombre de points de services de programmes de prévention des chutes en milieu institutionnel et communautaire, notamment dans les zones géographiques où vivent un grand nombre d'âinés défavorisés ou vulnérables</p>	<p>Analyse de contexte et mobilisation des communautés : consultation des tables de concertations régionales et locales d'âinés (ex. TCAIM, tables de quartier, etc.) pour recenser les besoins et développer des balises pour modifier, traduire et promouvoir le programme de prévention des chutes en fonction des besoins de communautés ciblées</p>	<p>Intervention de groupe en promotion de la santé et prévention : programme universel de prévention des chutes</p>	
<p>D'ici 2021, le nombre de personnes âgées autonomes à risque de chute rejointes par un programme de prévention des chutes aura augmenté</p>	<p>Partenariats pour la traduction d'un programme de prévention des chutes et son adaptation pour certaines communautés ciblées</p>	<p>Partenariats pour le recrutement des âinés au programme (ex. : au moment de la vaccination, lors d'interventions dans les milieux, etc.)</p> <p>Partenariats pour un renvoi systématique des personnes recrutées dans le programme de suivi des fractures de fragilisation et de gestion de l'ostéoporose</p>	

Cibles sur facteurs en amont	Interventions de la DRSP	Interventions en santé publique des CIUSSS	Interventions d'autres secteurs ou programmes-services
<p>En tout temps, la population cible aura accès à de l'information utile et adaptée sur la mammographie de dépistage et sur sa participation au programme pour une prise de décision éclairée</p>	<p>Marketing social : page Web du PQDCS multilingue et adaptée pour une population à faible niveau de littératie, mise à jour annuellement selon la littérature récente, et régulièrement pour les listes des CDD et CRID</p> <p>Partenariats avec divers acteurs (organismes communautaires ethnoculturels ou touchant la santé des femmes, milieu de travail, etc.) pour le repérage, le recrutement et l'orientation d'agentes multiplicatrices, et la traduction des messages-clés selon les besoins territoriaux</p>	<p>Information donnée à la population sur le PQDCS et ses services et démarchage dans les milieux plus difficiles à rejoindre en concertation avec les partenaires du réseau et les organismes communautaires</p>	
<p>En tout temps, les femmes montréalaises qui n'ont pas de médecin de famille ou d'infirmière praticienne en soins de 1^{er} ligne (IPSPL) auront accès à un médecin volontaire ou à une IPSPL volontaire pour le suivi de leur mammographie</p>	<p>Développement de partenariats avec des médecins et IPSPL volontaires par le moyen des réseaux personnels et professionnels du médecin-conseil de l'équipe régionale du PQDCS</p>	<p>Développement de partenariats avec des médecins et IPSPL volontaires par l'entremise des instances médicales territoriales (implication de la Direction des services professionnels et du DRMG des CIUSSS pour recruter directement dans les cliniques de leur territoire (GMF, UMF, CRI))</p>	
<p>D'ici 2021, augmenter la disponibilité de services préventifs de 1^{er} ligne conformes aux meilleures pratiques, particulièrement pour les populations à risque d'inégalités sociales de santé (y compris les populations sans médecin de famille)</p>	<p>Accompagnement du processus d'amélioration des pratiques préventives dans les CIUSSS à travers, entre autres, l'instauration du modèle de pratique collaborative du Guide Priorité Santé (GPS)</p>	<p>Accompagnement du processus auprès des directions concernées du CIUSSS (programmes cliniques : direction des services généraux; soutien clinique : direction des soins infirmiers, direction des services professionnels, DRMG) pour la mise en place de services individuels en prévention clinique prévus dans le GPS et offerts par des infirmières (selon des modalités de pratiques collaboratives).</p> <p>Démarchage dans les organismes communautaires pour améliorer l'accès aux services de prévention et de promotion pour les personnes en situation de vulnérabilité</p>	<p style="text-align: right;">>>></p>

Cibles sur facteurs en amont	Interventions de la DRSP	Interventions en santé publique des CIUSSS	Interventions d'autres secteurs ou programmes-services
<p>D'ici 2021, augmenter l'intégration des activités de prévention clinique au sein du continuum de prévention et gestion des maladies chroniques (ex. : 100 % des aînés autonomes admis au programme de gestion de l'ostéoporose et des fractures de fragilisation seront envoyés à un programme de prévention des chutes)</p>	<p>Rencontres avec des décideurs des CIUSSS pour promouvoir l'importance :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) du maintien d'une expertise crédible et reconnue en soutien à la prévention clinique b) de l'intégration des services préventifs dans les continums de services <p>Partenariats pour l'intégration du counseling en saines habitudes de vie dans les programmes de gestion des maladies chroniques</p> <p>Analyse de contexte, représentations et rencontres avec les décideurs : développer des cas traceurs locaux pour repérer et analyser les iniquités d'accès à la prévention clinique</p>	<p>Partenariat entre la santé publique, les directions concernées du CIUSSS (programmes cliniques : direction des services généraux; soutien clinique : direction des soins infirmiers, direction des services professionnels, DRMG) et le réseau local de services (milieux cliniques de 1^{re} ligne, organismes communautaires, etc.) pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) développer et maintenir les services préventifs retenus au PNSP dans les continums de services b) positionner la prévention clinique dans les travaux de restructuration du réseau montréalais <p>Développement d'alliances et de partenariats impliquant les différentes directions du CIUSSS en vue de créer un mode de fonctionnement qui favorise une approche en prévention clinique intégrée dans les continums de services et en 1^{re} ligne</p>	

Extrait des fiches de déterminants du Plan d'action régional intégré en santé publique (PARI) 2016-2021

Orientation 2. Consolider et promouvoir l'accès aux équipes interdisciplinaires des programmes harmonisés de gestion des maladies chroniques

Chemin parcouru

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (« l'Agence ») a créé en 2006 le Consortium montréalais de gestion des maladies chroniques, qui visait l'élaboration d'une approche préventive en soins de 1^{re} ligne, l'amélioration du réseau de soins, l'intégration et l'uniformisation des ressources concernées, ainsi que le développement d'une programmation régionale concertée. Le Consortium a choisi d'implanter quatre projets pilotes pour les personnes atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques. En 2007, la Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires (DACMU) s'est vu confier le mandat d'aider les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) à réaliser ces projets.

Les quatre premiers projets retenus portaient sur le diabète (CSSS du Sud-Ouest-Verdun), l'hypertension artérielle (HTA) (CSSS de l'Ouest-de-l'Île), la dépression (CSSS de la Montagne) et les troubles cognitifs (CSSS de Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île, en partenariat avec l'hôpital Maisonneuve-Rosemont). Fondés sur le *Chronic Care Model* (c.f. section 2), ces projets ont servi de modèle pilote aux équipes de 1^{re} ligne des autres CSSS de Montréal pour l'expérimentation d'un nouveau modèle de suivi des personnes atteintes de maladies chroniques.

En 2007, le Centre de référence sur le diabète du CSSS du Sud-Ouest-Verdun fut le premier projet pilote à être mis en place dans l'ensemble du réseau montréalais. Devant la croissance alarmante du diabète et l'objectif commun des CSSS de Montréal d'améliorer le suivi de la population diabétique de leurs territoires respectifs, l'Agence a choisi d'étendre ce programme à l'ensemble des CSSS en ciblant les personnes prédiabétiques et diabétiques. En raison de l'association fréquente entre le diabète et l'HTA, l'Agence a par la suite recommandé le développement de programmes

intégrés portant sur le risque cardiométabolique (pré-diabète, diabète, HTA et anomalies des lipides). En 2011, le projet pilote sur la dépression était en cours d'évaluation tandis que celui sur les troubles cognitifs a été interrompu en 2010. Quant à la phase pilote du projet sur les troubles cognitifs, et bien que le modèle de gestion des maladies chroniques (CCME) s'appliquait bien à cette clientèle, les difficultés d'implantation se sont avérées à l'époque trop importantes pour être résolues rapidement. Une réflexion majeure s'imposait sur l'organisation et le continuum de soins pour cette clientèle avant que l'on puisse envisager une offre de services de 1^{re} ligne.

En 2009, l'Agence a choisi de développer un cinquième projet pilote, portant cette fois sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) au CSSS Cavendish. Ce programme, destiné aux médecins de 1^{re} ligne, avait pour objectif d'optimiser le repérage précoce et la prise en charge rapide de la clientèle atteinte d'une MPOC légère ou modérée et de compléter l'offre de services actuelle pour la clientèle touchée par une maladie respiratoire.

Par la suite, en 2012, l'Agence et le Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique du RUIS McGill a accompagné le CSSS de l'Ouest-de-l'Île dans la mise en œuvre d'un projet pilote en prévention et en gestion de la douleur lombaire. Le projet avait pour objectif de favoriser l'autonomisation du patient afin de prévenir la chronicité de la douleur, de réduire l'invalidité des personnes atteintes et les coûts associés à la chronicité. Il visait également à soutenir les médecins de famille dans la prise en charge de la population souffrant de douleur lombaire.

La section 3,2 présente l'état de situation de l'offre de services actuelle en gestion des maladies chroniques en 1^{re} ligne.

Implantation des programmes cliniques de gestion des maladies chroniques en 1^{re} ligne

Le développement et l'implantation des programmes régionaux de gestion des maladies chroniques suivent une mise en œuvre structurée autour de trois grandes étapes, présentées à la Figure 10.

Mise en œuvre

1- Définition par les experts

Appliquant les meilleures pratiques, un Comité clinique régional sous la responsabilité des Comités consultatifs par programme et incluant des cadres-conseils, des médecins-conseils et des représentants des sociétés savantes élabore la programmation régionale. Cette programmation, basée sur des données probantes, des lignes directrices et des consensus d'experts, comprend les modalités de suivi par le médecin de famille et le médecin spécialiste, s'il y a lieu, en plus de celles des membres de l'équipe interdisciplinaire. Elle définit aussi les clientèles cibles, en plus de recommander des critères de référence pour les diriger vers la 2^e ligne médicale.

Le processus clinique permet de déterminer la séquence des interventions et précise le rôle, les responsabilités et les tâches de chacun des intervenants (médecins et autres professionnels). Voir annexe V, processus cliniques régionaux des programmes offerts.

La réflexion sur la télésanté comme modalité de prestation de services est intégrée à cette étape de la programmation clinique.

Un fichier d'évaluation des besoins en ressources humaines est créé afin d'aider les gestionnaires des CIUSSS dans la planification et la mise en œuvre du programme.

Le Comité peut également recommander ou conceptualiser les outils cliniques et le matériel didactique destiné aux professionnels, aux patients et à leur famille. Cette démarche se fait en collaboration avec les regroupements de professionnels et de patients associés aux sociétés savantes et ce, pour les différentes maladies chroniques.

Enfin, en collaboration avec l'équipe d'analyse décisionnelle du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, le Comité détermine les indicateurs clinico-administratifs requis qui permettront l'évaluation du projet pilote. Le Comité travaille conjointement avec cette équipe, puisque le mandat du registre régional des maladies chroniques a été confié à ce CIUSSS.

2- Essai pilote dans un CIUSSS

Soutenu par son Comité consultatif, chaque programme est mis à l'essai dans un CIUSSS qui s'y engage volontairement, sous forme de projet pilote. Chacun des projets pilotes est basé sur des orientations régionales, de manière à assurer l'harmonisation de l'offre de services entre tous les CIUSSS, un bénéfice apprécié des médecins de famille. Cette harmonisation permet également de garantir une offre de services équitable à la population montréalaise.

3- Reproduction dans les autres CIUSSS

Ensuite, si l'initiative s'avère concluante au niveau des résultats de santé et que sa reproduction est envisageable dans d'autres territoires montréalais, le Comité consultatif du programme visé recommande au Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques la reproduction du programme dans les autres CIUSSS montréalais. Les CIUSSS peuvent alors entamer le processus de planification et de mise en œuvre du programme. Vous trouverez en annexe II le processus décrivant les activités, les procédures et les règles liées à la mise en œuvre d'un programme ou d'une offre de services en gestion des maladies chroniques.

Figure 10. Structure de planification des projets de gestion des maladies chroniques



De plus, le Comité consultatif soutient les chargés de projet tout au long du processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes, notamment en participant aux rencontres du Comité de coordination local et des groupes de travail, s'il y a lieu.

4- Suivi et adaptation des programmes

Finalement, une fois les initiatives mises en place dans chaque CIUSSS, le Comité consultatif du programme visé poursuit ses rencontres afin de faire le suivi des résultats obtenus. À l'aide des différents outils de collecte de données et de contrôle des résultats, les membres pourront faire une analyse des retombées auprès de la population et des équipes cliniques. Une telle analyse permettra aussi de constater les difficultés rencontrées et les écarts éventuels par rapport aux objectifs initiaux. Ces travaux permettront alors à chaque comité d'apporter des modifications dans leurs interventions pour les années suivantes, de mettre à jour le matériel requis et, si cela s'avère nécessaire, de définir de nouveaux objectifs.

Nouveaux programmes en développement

Tous les nouveaux programmes cliniques doivent :

- être destinés à la clientèle de la 1^{re} ligne médicale;
- respecter le modèle retenu par le réseau montréalais, soit le CCM-E;
- définir une programmation clinique;
- assurer l'intégration des services;
- prévoir une évaluation clinique et administrative en vue d'une gestion par résultats.

Afin d'orienter le choix des nouveaux programmes à mettre sur pied, voici les critères de priorisation qui ont été définis :

- la prévalence de la maladie;
- les tendances en santé;
- l'impact sur la santé;
- l'utilisation des services de santé;
- les orientations ministérielles;
- les besoins exprimés par les médecins de famille;
- les recommandations de groupes d'experts.

Vous trouverez à l'annexe III les recommandations des groupes d'experts relativement à la mise sur pied des programmes.

Enfin, dans une perspective d'optimisation de l'organisation des services, le réseau montréalais souhaite intégrer chaque nouveau programme clinique à un tronc commun d'interventions, afin de tenir compte de la prévalence croissante de la multimorbidité. Le parcours de chaque participant aux programmes demeurera cependant personnalisé selon son profil individuel de santé, notamment grâce aux rencontres individuelles prévues dans chaque programme et au système de gestion de cas, le cas échéant.

Objectifs

Assurer le leadership montréalais en prévention et gestion des maladies chroniques de la manière suivante :

1- Programmes harmonisés en gestion des maladies chroniques

- a) Consolider la mise en œuvre des programmes offerts et les déployer dans les CIUSSS montréalais;
- b) Intégrer les programmes RCM et MPOC au sein du nouveau programme de financement GMF;
- c) Développer régionalement des programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques, selon le CCM-E;
- d) Soutenir l'autonomisation;
- e) Assurer l'arrimage et la complémentarité entre les programmes de maladies chroniques de première ligne et les cliniques spécialisées;
- f) Renforcer l'action communautaire et le partenariat de soins;
- g) Intégrer la télésanté dans l'offre de services de première ligne.

2- Soutien à la 1^{re} ligne

- a) Assurer une accessibilité rapide et fluide aux programmes de gestion des maladies chroniques, comme il est indiqué dans le plan d'action montréalais (voir les processus cliniques à l'annexe V);
- b) Soutenir les pratiques interdisciplinaires et collaboratives;
- c) Encourager la formation;
- d) Promouvoir régionalement les programmes de gestion des maladies chroniques et s'assurer de leur harmonisation (inter CIUSSS).

Priorités d'action

1- Santé cardiométabolique

a) Programme sur le risque cardiométabolique

- Consolider, dans les milieux où il est déjà implanté, le programme de modification des habitudes de vie en première ligne pour la clientèle présentant un risque cardiométabolique (programme RCM : prédiabète, diabète et HTA);
- Intégrer le programme RCM au sein du nouveau programme de financement GMF;
- Assurer l'arrimage et la complémentarité entre le programme RCM et le programme de traitement et d'enseignement dans les cliniques spécialisées existantes (diabète et HTA);
- Arrimer les services de télésanté/télésoins et les programmes déjà en place;
- Évaluer la possibilité d'utiliser les télésoins pour certaines clientèles dans le cadre du programme sur le risque cardiométabolique;
- Intégrer le volet Dyslipidémie associé au syndrome métabolique dans le programme RCM.

Dépistage de la neuropathie, prévention et traitement des lésions du pied diabétique

- Consolider, au sein du programme RCM, le dépistage de la neuropathie diabétique et la prévention du pied diabétique;
- Consolider l'offre de services en prévention et traitement du pied diabétique dans les CIUSSS où le programme est implanté;
- Assurer le déploiement régional de l'offre de services sur le dépistage de la neuropathie diabétique et la prévention et traitement des lésions du pied diabétique pour en permettre l'accès à la population montréalaise.

Télédepistage de la rétinopathie diabétique

- Consolider le service dans les milieux où il est déjà implanté;
- Assurer le déploiement du service de télédepistage de la rétinopathie diabétique selon les orientations définies par le MSSS à cet effet.

b) Programme de réadaptation cardiaque

Volet MCAS

- Consolider le programme de réadaptation cardiaque et de modification des habitudes – volet MCAS;
- Déployer régionalement le programme de réadaptation cardiaque et de modification des habitudes de vie – volet MCAS;
- Assurer l'arrimage et la complémentarité entre les programmes de première ligne et les programmes de réadaptation cardiaque – volet MCAS;
- Offrir régionalement le suivi post-réadaptation cardiaque, grâce au programme RCM de première ligne, à toutes les clientèles ayant suivi un programme de réadaptation cardiaque.

Volet Insuffisance cardiaque

- Développer une offre de services en gestion de l'insuffisance cardiaque en première ligne en intégrant les télésoins dans la trajectoire clinique, tout en assurant l'arrimage et la complémentarité avec le programme spécialisé;
- Prévoir une offre de services adaptée aux grands utilisateurs de soins souffrant d'insuffisance cardiaque.

2- Santé osseuse et musculosquelettique

a) Programme de gestion de la douleur chronique

Volet Lombalgie

- Consolider le programme de gestion de la lombalgie en première ligne et le déployer régionalement;
- Assurer l'arrimage et la complémentarité entre les programmes de première ligne, la réadaptation et les programmes spécialisés;
- Arrimer les services de télésanté/télésoins avec les programmes déjà en place;
- Évaluer la possibilité d'utiliser les télésoins pour certaines clientèles dans le cadre des programmes de gestion de la douleur chronique;
- Évaluer la possibilité d'utiliser la consultation électronique pour soutenir la première ligne dans la gestion de la douleur chronique;
- Assurer un arrimage entre les programmes de santé mentale et les programmes de douleur chronique qui sont déjà en place en 1^e, 2^e ou 3^e ligne.

Volet Douleur neuropathique périphérique

- Développer une offre de services en gestion de la douleur neuropathique périphérique.

Volet Autres pathologie douloureuses

- Développer une offre de services en gestion de la douleur chronique pour toutes les autres pathologies.

b) Programme – Fracture de fragilisation et ostéoporose

- Consolider et déployer régionalement le programme sur la santé osseuse/ostéoporose – soins post- fractures de fragilisation – Programme de modification des habitudes de vie en 1^{re} ligne.

c) Programme – Ostéoarthrose/ostéo-arthrite

- Développer et piloter une offre de services en gestion de l'ostéo-arthrite.

3- Santé respiratoire

a) Programme – Repérage et suivi de la MPOC

- Consolider dans les milieux où il est déjà implanté le programme sur la MPOC, le dépistage précoce et la gestion optimale de la clientèle atteinte d'une MPOC de légère à modérée/stable en 1^{re} ligne;
- Adapter le programme de 1^{re} ligne pour certaines clientèles, dont celles se présentant à l'urgence de façon répétée (grands utilisateurs de soins);
- Assurer l'arrimage et la complémentarité entre le programme de 1^{re} ligne et la réadaptation pulmonaire;
- Consolider et offrir les télésoins aux patients qui ont plus de difficulté à gérer leur condition de santé et à ceux qui amorcent un nouveau traitement afin de leur permettre de faire l'apprentissage des autosoins.

b) Programme – Asthme

- Développer et piloter une offre de services en gestion de l'asthme en 1^{re} ligne.

4- Santé cognitive

Volet – Santé cognitive et vieillissement

- Collaborer au plan d'action ministériel : « Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs », afin d'assurer une harmonisation régionale pour Montréal;

- Sensibiliser et former les équipes interdisciplinaires des GMF au repérage, à l'évaluation, au diagnostic, au traitement et au suivi des patients et des proches de patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs;
- Constituer des équipes cliniques territoriales capables d'offrir du mentorat, du préceptorat, de l'accompagnement et du soutien clinique aux professionnels de GMF confrontés à la maladie d'Alzheimer et aux autres troubles neurocognitifs liés au vieillissement;
 - Ces équipes joueront aussi un rôle clé dans l'amélioration du lien entre la 1^{re}, la 2^e et la 3^e ligne et dans la gestion des cas complexes.
- S'adjoindre le soutien et l'accompagnement des RUIS dans le développement des compétences et du mentorat chez les GMF.

5- Arrimage – santé mentale

Volet – Dépression

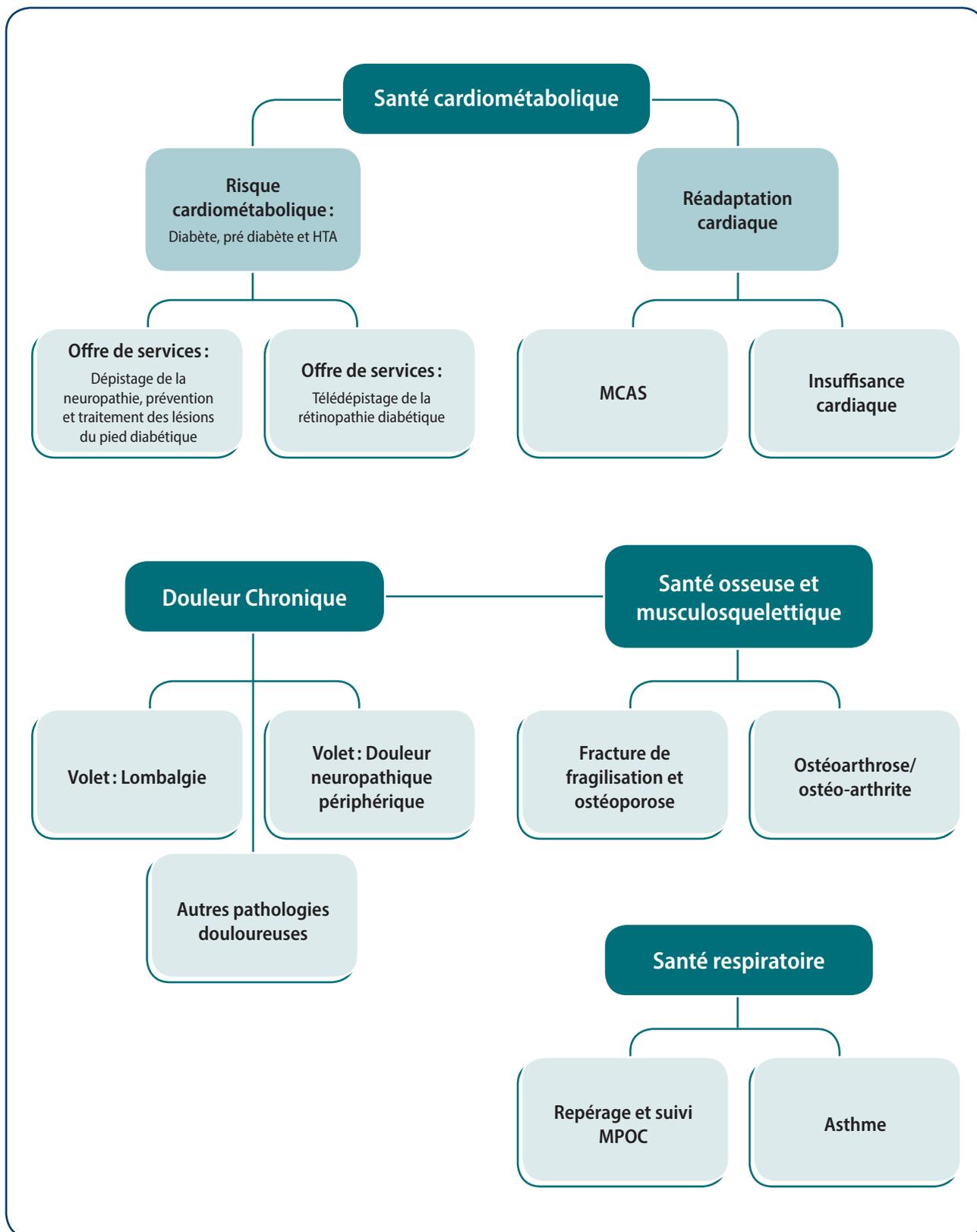
- Intégrer le dépistage de la dépression dans tous les programmes offerts en maladies chroniques;
- Sensibiliser et former les professionnels aux effets indésirables de la médication (résistance à l'insuline, gain de poids, diabète, etc.) chez la clientèle souffrant de troubles mentaux (ex. : dépression et schizophrénie);
- Élaborer une offre de services adaptée à cette clientèle;
- Assurer un arrimage entre les programmes de gestion de la santé mentale en 1^{re} ligne et les programmes de gestion des maladies chroniques pour permettre à la clientèle présentant une comorbidité de bénéficier d'une offre de services en maladies chroniques adaptée.

6- Arrimage – santé vasculaire

Volet AVC

- Intégrer le dépistage des facteurs de risque de l'AVC dans tous les programmes de santé cardiométabolique (diabète, HTA, MCAS);
- Sensibiliser et former les professionnels aux facteurs de risque (VITE);
- Intégrer au programme de santé cardiométabolique une offre de services adaptée à cette clientèle.

Figure 11. Programmes de gestion des maladies chroniques en développement



Orientation 2 : Consolider et promouvoir l'accès aux équipes interdisciplinaires des programmes harmonisés de gestion des maladies chroniques

Nos actions 2016-2021

Objectifs	Activités régionales	CIUSSS
Assurer un leadership régional en prévention et gestion des maladies chroniques, afin de permettre une offre de services équitable à la population montréalaise	<p>Mettre en place une gouverne régionale sous la Table des PDG-PDGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> Comité du réseau montréalais en maladies chroniques Comités consultatifs par programme Comité des chargés de projet en maladies chroniques 	Maintenir ou mettre en place un Comité de coordination local (CCL) dans chaque CIUSSS comprenant, entre autres, un médecin de famille représentant la première ligne médicale du réseau local de services (RLS), un médecin spécialiste dont la formation est en lien avec la maladie chronique ciblée, un pharmacien responsable de faire le lien avec les pharmaciens du RLS, un membre de l'équipe du système de prévention clinique et le pilote clinique en télésanté
1. PROGRAMMES HARMONISÉS EN GESTION DES MALADIES CHRONIQUES		
<p>A. Consolider la mise en œuvre des programmes offerts et les déployer dans les CIUSSS montréalais</p> <p>(Comités consultatifs)</p>	<p>Communiquer aux membres du Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques et aux membres des Comités consultatifs les contenus des programmes régionaux de maladies chroniques, les résultats des différentes recherches ainsi que les résultats clinico-administratifs issus du registre des maladies chroniques</p> <p>(Directeur responsable de chaque Comité consultatif)</p>	<p>Soutenir les professionnels de tous les milieux dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> l'appropriation et la connaissance des programmes de maladies chroniques (processus cliniques, outils d'enseignement, outils cliniques et d'évaluation, rôles et responsabilités des professionnels) l'appropriation des nouveaux outils cliniques s'il y a lieu les changements de pratique l'approche à la clientèle, dont l'approche motivationnelle la gestion organisationnelle locale
	<p>Communiquer aux gestionnaires du projet <i>Lean</i> du programme RCM : <i>Une prise en charge de sa maladie chronique sans tarder</i> et le sommaire des consensus, et leur en permettre l'appropriation</p>	Soutenir les professionnels dans l'appropriation des consensus
	<p>Définir les critères afin de faire le portrait de la conformité au modèle des programmes régionaux de maladies chroniques dans les CIUSSS, les GMF et les GMF-CRI</p> <p>Analyser les écarts et, au besoin, ajuster ou adapter les programmes</p>	<p>Faire le portrait de la conformité au modèle des programmes régionaux à partir des questionnaires définis par les Comités consultatifs</p> <p>Expliquer les écarts s'il y a lieu</p>
	<p>Volet santé mentale</p> <p>Intégrer le dépistage de la dépression dans tous les programmes offerts en maladies chroniques</p> <p>Adapter l'offre de services des programmes pour la clientèle aux prises avec une problématique de santé mentale</p>	

Objectifs	Activités régionales	CIUSSS
1. PROGRAMMES HARMONISÉS EN GESTION DES MALADIES CHRONIQUES		
A. Consolider la mise en œuvre des programmes offerts et les déployer dans les CIUSSS montréalais (Comités consultatifs)	1) Santé cardiométabolique	
	a) Programme sur le risque cardiométabolique	
	Mettre à jour au besoin le matériel clinique pour les rencontres de groupe et individuelles	Soutenir les professionnels dans l'intégration du matériel clinique
	Dépistage de la neuropathie, prévention et traitement des lésions du pied diabétique Maintenir le comité de pilotage sur le pied, afin d'assurer le respect des orientations et le déploiement de l'offre de services Mettre à jour au besoin les formulaires et les outils cliniques Rapporter au Comité consultatif toute demande de changement majeur	Consolider l'offre de services créée pour la population des deux CIUSSS montréalais Assurer, au sein du programme RCM, le dépistage de la neuropathie diabétique et la prévention du pied diabétique Mettre en œuvre dans chaque CIUSSS l'offre de services sur le dépistage de la neuropathie, la prévention et le traitement des lésions du pied diabétique
	Télédepistage de la rétinopathie diabétique Participer aux travaux ministériels Maintenir le Comité de pilotage afin de consolider et de développer ce service en lien avec les orientations ministérielles	Consolider l'offre de services créée pour la population des deux CIUSSS montréalais
	b) Programme de réadaptation cardiaque	
	MCAS Maintenir le Comité de pilotage MCAS afin d'assurer le respect des orientations et le déploiement de l'offre de services Mettre à jour au besoin les formulaires et les outils cliniques Offrir régionalement le suivi post-réadaptation cardiaque, à l'aide du programme RCM de 1 ^{re} ligne, à toutes les clientèles ayant suivi un programme de réadaptation cardiaque	Mettre en place les mécanismes requis pour permettre à la clientèle ayant suivi une réadaptation cardiaque d'accéder à l'offre de services de première ligne du programme RCM
Définir l'offre de formation requise pour le déploiement régional du suivi post-réadaptation cardiaque Déployer régionalement le programme de réadaptation cardiaque et de modification des habitudes – volet MCAS Insuffisance cardiaque Développer une offre de services en gestion de l'insuffisance cardiaque en 1 ^{re} ligne en intégrant les télésoins dans la trajectoire clinique, tout en assurant l'arrimage et la complémentarité avec le programme spécialisé	Offrir la formation requise aux professionnels des programmes RCM Mettre en œuvre dans chaque CIUSSS le programme de réadaptation cardiaque et de modification des habitudes de vie – volet MCAS Participer aux travaux de développement, de mise en œuvre et d'évaluation du projet pilote	

Objectifs	Activités régionales	CIUSSS
1. PROGRAMMES HARMONISÉS EN GESTION DES MALADIES CHRONIQUES		
A. Consolider la mise en œuvre des programmes offerts et les déployer dans les CIUSSS montréalais (Comités consultatifs)	2) Santé osseuse et musculosquelettique	
	a) Programme de gestion de la douleur chronique	
	Consolider le programme de gestion de la lombalgie en 1 ^{re} ligne et le déployer régionalement Mettre à jour au besoin les formulaires et outils cliniques requis pour le programme sur la lombalgie	Arrimer le plan d'action CIUSSS douleur chronique et le plan d'action CEGDC Consolider le programme de gestion de la lombalgie dans les deux CIUSSS où le programme est offert Soutenir les professionnels dans l'intégration du matériel clinique Mettre en œuvre le programme de gestion de la lombalgie dans les autres CIUSSS (CLSC ou GMF et GMF-R)
	b) Programme – Fracture de fragilisation et ostéoporose	
	Consolider et déployer régionalement le programme sur la santé osseuse/ostéoporose – soins postfractures de fragilisation. – Programme de modification des habitudes de vie en première ligne	Mettre en œuvre le programme sur la santé osseuse/ostéoporose – soins postfractures de fragilisation dans les autres CIUSSS
	2) Santé respiratoire	
	a) Programme – Repérage et suivi de la MPOC	
	Adapter le programme régional à certaines clientèles : <ul style="list-style-type: none"> • Revoir les contenus et la séquence des rencontres de groupe • Réviser le processus clinique • Adapter la description des rencontres, les outils cliniques et d'enseignement Revoir les algorithmes en soins infirmiers	Transmettre les algorithmes aux infirmières concernées Former les infirmières s'il y a lieu
Réviser le formulaire de spirométrie et produire un guide d'utilisation Intégrer les télésoins à l'offre de services pour la clientèle MPOC	Mettre en place le formulaire	
B. Intégrer les programmes RCM et MPOC au sein du nouveau programme de financement GMF	Élaborer avec le Département régional de médecine générale (DRMG) une stratégie pour assurer l'intégration des professionnels requis en GMF et ainsi permettre le suivi en interdisciplinarité selon les meilleures pratiques (Comité du réseau montréalais)	Assurer le déploiement des programmes RCM et MPOC au sein des GMF Soutenir les professionnels œuvrant au sein des GMF

Objectifs	Activités régionales	CIUSSS
1. PROGRAMMES HARMONISÉS EN GESTION DES MALADIES CHRONIQUES		
<p>C. Développer régionalement des programmes de prévention et gestion des maladies chroniques, selon le CCM-E</p>	<p>Revoir annuellement la liste des programmes à développer, jugés prioritaires (Comité du réseau montréalais en maladies chroniques)</p> <p>Développer une programmation clinique basée sur les données probantes et les lignes directrices pour chaque programme spécifique, avec un comité composé d'experts (médecins-conseils et collaborateurs partenaires). Les programmes à développer visent la clientèle asthmatique, présentant de l'insuffisance cardiaque, la clientèle présentant de la douleur neuropathique, ostéo-arthritique et autres pathologies douloureuses.</p> <p>Évaluer la possibilité d'utiliser les télésoins dans le cadre des programmes de gestion des maladies chroniques, conformément aux orientations ministérielles</p> <p>Mener un projet pilote pour chaque nouveau programme</p> <p>Intégrer, lorsque possible, de nouveaux services à une programmation déjà existante, quand il y a plus d'une catégorie de comorbidités/maladies chroniques</p>	<p>Signifier au Comité du réseau montréalais l'intérêt des CIUSSS à développer un projet pilote</p> <p>Mettre en œuvre le programme pilote sur l'asthme dans au moins deux CIUSSS</p> <p>Mettre en œuvre le programme pilote sur l'insuffisance cardiaque dans au moins un CIUSSS</p> <p>Mettre en œuvre le volet – Douleur neuropathique dans au moins un CIUSSS</p> <p>Mettre en œuvre le volet – Autres pathologies douloureuses dans au moins un CIUSSS</p> <p>Mettre en œuvre le programme sur l'ostéo-arthrite dans au moins un CIUSSS</p>
	1) Santé cardiométabolique	
	a) Programme sur le risque cardiométabolique	
	<p>Dyslipidémie Intégrer le volet – Dyslipidémie associé au syndrome métabolique dans le programme RCM existant</p> <p>Développer ou définir, s'il y a lieu, le matériel clinique complémentaire pour le volet – Dyslipidémie</p> <p>AVC Intégrer le dépistage des facteurs de risque de l'AVC dans tous les programmes de santé cardiométabolique (diabète, HTA, MCAS)</p> <p>Intégrer au programme de santé cardiométabolique une offre de services adaptée à cette clientèle</p>	<p>Dyslipidémie Intégrer le volet – Dyslipidémie associé au syndrome métabolique dans le programme RCM existant</p> <p>Former, s'il y a lieu, les professionnels concernés</p> <p>AVC Intégrer le dépistage et le volet AVC – dans le programme RCM et MCAS existant</p> <p>Former, s'il y a lieu, les professionnels concernés</p>
2) Santé cognitive		
a) Programme – Repérage, évaluation, diagnostic, traitement et suivi des troubles neurocognitifs majeurs		
<p>Soutenir la création nécessaire des formulaires, des outils et de la formation commune dans la région de Montréal</p>	<p>Implanter le processus clinique interdisciplinaire en 1^{re} ligne</p> <p>Former les équipes interdisciplinaires en GMF</p> <p>Mettre en place les corridors de services entre la 1^{re}, la 2^e et la 3^e ligne et établir des partenariats avec les ressources communautaires</p> <p>Assurer un continuum de soins entre les acteurs et particulièrement entre les directions SAPA et les directions responsables des services de 1^{re} ligne</p>	

Objectifs	Activités régionales	CIUSSS
1. PROGRAMMES HARMONISÉS EN GESTION DES MALADIES CHRONIQUES		
D. Soutenir l'autonomisation	<p>Mettre à jour, selon les nouvelles lignes directrices, les outils d'enseignement à l'intention de la clientèle ou créer de nouveaux outils selon les besoins</p> <p>Mettre à jour le site Web – Portail santé des professionnels</p> <p>Utiliser et adapter le programme d'autogestion « Mieux vivre avec une MPOC », en 1^{re} ligne</p> <p>Utiliser les modalités relatives aux télésoins, si cela s'avère pertinent, comme stratégie d'autonomisation</p> <p>Évaluer la faisabilité de développer ou d'adapter un programme régional structuré de soutien à l'autogestion, en prévention et en gestion des maladies chroniques</p>	Favoriser l'utilisation des outils régionaux dans les centres de maladies chroniques et dans les milieux de 1 ^{re} ligne
E. Renforcer l'action communautaire et le partenariat de soins	<p>S'assurer de la représentativité des organismes partenaires aux comités consultatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabète Québec • Réseau québécois d'éducation en santé respiratoire (RQESR) • Association pulmonaire du Québec (APQ) • Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA) • Fondation des maladies du cœur et de l'AVC • Association québécoise de la douleur chronique (AQDC) • Société d'arthrite • Centre d'expertise pour la douleur chronique des RUIS des universités de Montréal et McGill • Ostéoporose Canada • INESSS • Bureaux des patients partenaires 	Encourager la participation de représentants d'associations locales aux travaux du Comité de coordination local
F. Intégrer la télésanté dans l'offre de services de 1^{re} ligne	<p>Intégrer un représentant de télésanté aux comités consultatifs des programmes</p> <p>Promouvoir la réflexion des comités consultatifs sur les modalités de la télésanté à intégrer dans l'offre de services, selon les meilleures pratiques et en lien avec les orientations du MSSS</p> <p>Participer aux travaux d'harmonisation des protocoles cliniques utilisés dans les télésoins à domicile, notamment pour l'HTA, l'insuffisance cardiaque, le diabète et la MPOC</p> <p>Participer à la vigie clinique pour la mise à jour de ces protocoles</p>	Intégrer le pilote clinique en télésanté au Comité de coordination local

Objectifs	Activités régionales	CIUSSS
2. SOUTIEN À LA 1^{re} LIGNE		
A. Assurer une accessibilité rapide et fluide aux programmes de gestion des maladies chroniques, tel qu'indiqué dans le Plan d'action montréalais (processus clinique en annexe)	Assurer une offre de services en gestion des maladies chroniques à la clientèle inscrite en GMF ainsi qu'à la population générale soit : <ul style="list-style-type: none"> • Programmes de gestion des maladies chroniques en CLSC • Programmes de gestion des maladies chroniques en GMF 	Soutenir l'implantation en GMF et le suivi des processus cliniques établis régionalement pour les clientèles atteintes de maladies chroniques Assurer l'harmonisation des processus cliniques des GMF avec ceux du CIUSSS
B. Soutenir les pratiques interdisciplinaires	Prévoir pour chaque programme implanté ou à implanter la description des rôles de chaque professionnel en CLSC et GMF Adapter le formulaire de référence harmonisé régionalement à la réalité CIUSSS Assurer la mise à jour régionale si requis Faciliter le développement d'outils régionaux à l'intention des médecins de famille et des pharmaciens (outils de promotion et communication)	Former, s'il y a lieu, les professionnels afin d'intégrer les pratiques interprofessionnelles et collaboratives Inviter les médecins responsables de GMF à participer aux travaux du Comité de coordination local Diffuser les outils informationnels promotionnels des programmes de gestion des maladies chroniques aux pharmaciens communautaires et aux médecins du RLS
C. Soutenir la formation	Comités consultatifs Définir l'offre de formation requise pour tous les programmes régionaux de gestion des maladies chroniques en collaboration avec les sociétés savantes	Offrir les formations requises aux professionnels des programmes de gestion des maladies chroniques en collaboration avec les sociétés savantes
D. Promouvoir régionalement les programmes de gestion des maladies chroniques et s'assurer de leur harmonisation (inter CIUSSS)	Promouvoir le partage d'information entre les membres des équipes de gestion des maladies chroniques, les médecins de famille et les pharmaciens Établir un plan de communication/promotion Diffuser le bulletin des maladies chroniques Impliquer le DRMG régional Présenter les programmes au Comité régional sur les services pharmaceutiques de Montréal (CRSP) Présenter les résultats des programmes aux directions des soins infirmiers (DSI), directions des services multidisciplinaires (DSM), conseillères cadres, etc.	Mettre en place les moyens permettant le partage de l'information par une communication efficace entre les membres des équipes interdisciplinaires, les médecins de famille et les pharmaciens (outil de communication pharmacien) Prévoir une participation des DRMG locaux pour communiquer les offres de services en gestion des maladies chroniques et diffuser les résultats cliniques Intégrer régulièrement le volet – Maladies chroniques aux Tables locales de pharmaciens

Orientation 3. Assurer un continuum de services accessibles pour la clientèle ayant reçu un diagnostic de maladie chronique

Chemin parcouru

Les cliniques spécialisées de 2^e ligne prennent en charge les patients ayant besoin de services spécifiques. Ces cliniques regroupent des médecins spécialistes et une équipe interdisciplinaire pouvant comprendre des infirmières, nutritionnistes, kinésithérapeutes, inhalothérapeutes, pharmaciens, intervenants psychosociaux ou tout autre professionnel. Cette équipe a pour mandat de soutenir les équipes de 1^{re} ligne et de s'occuper des patients dont le contrôle est sous-optimal, référés selon des critères définis, ou encore des clientèles plus complexes (réadaptation pulmonaire, cardiaque, douleur chronique, diabète, troubles neurocognitifs majeurs). Lorsque les patients sont jugés stables, ils sont redirigés vers les équipes de 1^{re} ligne, pour leur suivi régulier à long terme.

Les médecins spécialistes et les membres de l'équipe spécialisée assument également un rôle de *mentorat* lors des activités de formation des médecins omnipraticiens et des professionnels de 1^{re} ligne. Ils peuvent également offrir un soutien au médecin de famille en transmettant un avis spécialisé (ex. : programme d'avis d'expert – douleur chronique).

Quant à l'équipe spécialisée de la 3^e ligne médicale, elle prend en charge les patients requérant des interventions spécifiques. En raison de la complexité de leur état de santé, ces patients doivent en effet être dirigés vers des ressources ultraspecialisées. La clientèle qui a des besoins complexes et est à haut risque de complications peut bénéficier du système de gestion de cas recommandé par le modèle de Kaiser Permanente (cf. section 2).

La télésanté est aussi une modalité d'organisation et de dispense de services permettant d'accroître leur accessibilité, par exemple l'obtention d'un diagnostic, une prise en charge précoce rendue disponible grâce au télé-dépistage ou la prise en charge de la rétinopathie diabétique.

Pour favoriser l'intégration des services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes et assurer leur complémentarité, des mécanismes de liaison et de référence systématisés ont été mis en place, dont :

- un formulaire de référence régional harmonisé en 1^{re} et 2^e ligne de soins;
- une description du rôle et des responsabilités de chaque professionnel de la santé, incluant l'implication attendue du médecin de famille, pour assurer la systématisation des soins;
- des modalités de liaison clairement définies, en partenariat avec les différents services spécialisés et les partenaires;
- la hiérarchisation des trajectoires de soins et de services sur le territoire montréalais, en tenant compte des critères de référence vers les 2^e et 3^e lignes de soins, proposés par les groupes d'experts médicaux et les médecins omnipraticiens;
- le partage de l'information.

L'implantation du Centre de répartition des demandes de services montréalais (CRDS) permettra de faciliter la consultation avec un médecin spécialiste en cas de besoin.

Le Continuum montréalais de prévention et gestion des maladies chroniques s'actualise progressivement. Comme le préconise le modèle proposé par Kaiser Permanente, il faudra des efforts soutenus pour favoriser une intervention graduée en fonction d'une hiérarchisation des besoins en soins.

Grands utilisateurs de soins

Situation actuelle

Basé sur la consommation des services en 2013-2014, le portrait montréalais « Grands consommateurs de services de santé et de services sociaux », effectué par l'Équipe régionale d'analyse décisionnelle du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, a permis de constater que :

- les personnes hospitalisées quatre (4) fois et plus occupent en permanence 377 lits;
- celles visitant l'urgence six (6) fois et plus occupent 52 civières en tout temps;
- 30 % d'entre elles sont atteintes d'une maladie ou d'un trouble des appareils respiratoires et circulatoires.

La situation est demeurée stable pour la période de 2010-2014.

Monitorage et évaluation

Il est essentiel que l'équipe régionale d'analyse décisionnelle continue à effectuer un portrait régional annuel des soins, en plus d'assurer le suivi local de certains indicateurs.

Défis

En ce qui a trait à la prise en charge proactive et intégrée des grands utilisateurs de soins, il faut tenir compte des points suivants :

- Le nombre de personnes pour lesquelles il faudra planifier des interventions doit augmenter et il faut intensifier ces actions afin de produire un effet réel sur le système. Il est aussi essentiel d'y ajouter la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque .
- La culture de dépistage et de prise en charge concertée demeure variable selon les établissements.
- Les pratiques cliniques sont à optimiser en 1^{re} ligne, notamment en ce qui a trait à la gestion de cas.
- La collaboration entre les établissements est à développer ainsi que les modalités qui la soutiennent (par exemple : plans de services individualisés (PSI) / plans d'intervention individualisés (PII), consentement à la communication, lettre au médecin de famille, information au pharmacien communautaire).

- L'intégration de la télésanté à l'offre des services cliniques pour les patients qui ont de la difficulté à gérer leur condition de santé, présentent de l'instabilité ou sont à risque de complications et de réhospitalisations fréquentes.

Cette clientèle a des besoins complexes et il convient qu'elle reçoive l'attention d'un gestionnaire de cas afin de s'assurer d'une coordination efficace de ses soins avec les différents partenaires.

L'implication du Réseau intégré de gestion des maladies pulmonaires chroniques (MPC) est nécessaire, plus particulièrement pour la clientèle CMD 4 – Maladies et troubles de l'appareil respiratoire.

Réseau intégré de gestion des maladies pulmonaires chroniques (MPC)

Le Réseau intégré en MPC doit concentrer ses efforts sur l'harmonisation et l'intégration des soins et des services offerts à la clientèle entre autres atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Les acteurs clés du réseau MPC sont les intervenants pivots du réseau MPC et le Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD). La gouverne régionale du Réseau intégré a été actualisée afin de l'intégrer au Comité consultatif en santé respiratoire et à ses groupes de travail, au besoin.

Intervenants pivot du Réseau intégré de gestion des maladies pulmonaires chroniques (IPR MPC)

Sur le territoire montréalais, les IPR MPC sont au nombre de huit (8) et leur expertise est essentielle pour la clientèle CMD 4 – Maladies et troubles de l'appareil respiratoire. Leur rôle est maintenant mieux défini et comprend trois (3) fonctions clés :

- exercer une expertise clinique auprès de la clientèle complexe sans en assumer la prise en charge;
- soutenir les professionnels du réseau MPC;
- assurer le réseautage MPC sur le territoire.

Ces intervenants favorisent également le réseautage, partagent leurs connaissances, participent à des projets pilotes, facilitent la fluidité de la trajectoire du patient, et soutiennent les professionnels par de l'accompagnement individuel, de la formation et le développement d'outils harmonisés.

Défis

L'appropriation, la légitimité et le maintien du rôle actualisé par l'ensemble des intervenants pivot-réseau MPC et leurs gestionnaires posent des défis. De plus, le nouveau découpage des sous-régions désignées entre chacun des IPR MPC devra être revu en fonction des nouveaux territoires des CIUSSS et des établissements non fusionnés.

SRSAD

Depuis les dix dernières années, le mandat clinique du SRSAD a évolué vers une prise en charge de la clientèle souffrant de MPC plus sévère et instable ou se trouvant à un stade très avancé de la maladie, et vers le développement et l'intégration de la modalité de suivi par télésoins à domicile en MPC. L'actualisation de ce mandat devra être soutenue par le Comité consultatif en santé respiratoire, en partenariat avec le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, auquel le mandat du SRSAD a été confié.

Défis

Des travaux sont en cours et devront permettre l'élargissement de l'offre de services en soins de fin de vie et en télésoins pour la clientèle du SRSAD qui en a besoin ainsi que le transfert de la clientèle MPC stabilisée du SRSAD vers la 1^{re} ligne.

Objectif

Consolider un continuum de soins de la 1^{re} ligne accessibles jusqu'aux services spécialisés en maladies chroniques de la façon suivante :

Priorités d'action

1- Accès aux services

- a) Mettre en place et consolider les mécanismes destinés à permettre à la clientèle orpheline de la 2^e ligne atteinte de maladie chronique d'accéder aux services de 1^{re} ligne (médecin de famille et équipes interdisciplinaires);
- b) Mettre en place les mécanismes nécessaires pour permettre à la clientèle suivie en 2^e ligne d'accéder aux équipes interdisciplinaires des maladies chroniques de 1^{re} ligne, au besoin;
- c) Déterminer et référer les clientèles ciblées des cliniques externes de soins spécialisés admissibles aux programmes de maladies chroniques de 1^{re} ligne;
- d) Permettre aux clientèles ayant besoin d'un programme de 2^e ligne d'accéder aux équipes spécialisées.

2- Suivi des clientèles vulnérables

- a) Repérer et prendre en charge de façon proactive tous les grands utilisateurs de soins, selon les critères établis (Annexe IV);
- b) Intégrer les télésoins à domicile dans les modalités complémentaires de services pour les grands utilisateurs de soins;
- c) Établir des corridors de services bidirectionnels avec la 1^{re} ligne, dont les pharmaciens communautaires et les organismes communautaires.

3- Santé respiratoire

Actualiser le réseau intégré de gestion des maladies pulmonaires chroniques

Orientation 3 : Assurer un continuum de services accessibles pour la clientèle ayant reçu un diagnostic de maladie chronique

Nos actions 2016-2021

Objectifs	Activités régionales	Activités CIUSSS	Activités établissement non fusionné
1. ACCÈS AUX SERVICES			
<p><i>Consolider un continuum de soins de la 1^{re} ligne jusqu'aux services spécialisés en maladies chroniques</i></p>	<p>Volet – Première ligne</p>		
	<p>Définir ou mettre à jour avec les comités consultatifs les clientèles cibles pour chacun des programmes spécifiques en maladies chroniques</p> <p>Approuver et faire connaître aux établissements les outils informationnels promotionnels des programmes de 1^{re} ligne de gestion des maladies chroniques</p> <p>Mettre en place et consolider les mécanismes harmonisés pour faciliter le transfert des clientèles de la 2^e ligne atteinte de maladie chronique vers les services de 1^{re} ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec médecin de famille • Sans médecin de famille 	<p>Faire approuver par les médecins membres du Comité de coordination local CIUSSS les clientèles cibles pour chacun des programmes spécifiques en maladies chroniques</p> <p>Établir des ententes de partenariat avec les établissements non fusionnés</p> <p>Faire connaître les outils informationnels promotionnels des programmes de gestion des maladies chroniques dans les milieux de 2^e ligne</p> <p>Repérer et référer les clientèles admissibles au suivi de 1^{re} ligne ou au suivi conjoint selon le mécanisme prévu (médecin de famille et programme de gestion des maladies chroniques)</p> <p>Repérer et référer les clientèles admissibles aux programmes de gestion des maladies chroniques de 1^{re} ligne et mettre en place le mécanisme pour permettre l'accès à un médecin de famille et au suivi conjoint si requis</p>	<p>Faire approuver par les médecins spécialistes des établissements non fusionnés les clientèles cibles pour chacun des programmes spécifiques en maladies chroniques</p> <p>Établir des ententes de partenariat avec les CIUSSS</p> <p>Faire connaître les outils informationnels promotionnels des programmes de 1^{re} ligne de gestion des maladies chroniques</p> <p>Repérer et référer les clientèles admissibles au suivi de 1^{re} ligne ou au suivi conjoint (médecin de famille et programme de gestion des maladies chroniques)</p> <p>Repérer et référer les clientèles admissibles aux programmes de gestion des maladies chroniques de 1^{re} ligne et mettre en place le mécanisme pour permettre l'accès à un médecin de famille et au suivi conjoint si requis</p>
	<p>Volet – Réadaptation</p>		
	<p>Faire le portrait des programmes de réadaptation et de post-réadaptation</p> <p>S'assurer de l'accessibilité des programmes de réadaptation et de post-réadaptation pour l'ensemble de la clientèle de l'île de Montréal</p> <p>Harmoniser les programmes de réadaptation et de post-réadaptation</p> <p>Assurer l'arrimage et la complémentarité entre l'offre de services de 1^{re} ligne, en réadaptation et en post-réadaptation</p>	<p>Faire le portrait local des programmes de réadaptation et de post-réadaptation</p> <p>Participer aux travaux d'harmonisation des programmes de réadaptation et de post-réadaptation et les consolider localement</p> <p>Développer un programme de réadaptation et de post-réadaptation localement s'il n'y en a pas</p> <p>Référer la clientèle ciblée aux services du continuum de soins selon les besoins définis</p>	

Objectifs	Activités régionales	Activités CIUSSS	Activités établissement non fusionné
2. SUIVI DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES			
Repérer et prendre en charge de façon proactive tous les grands utilisateurs de soins selon les critères établis	Faire le portrait régional de l'utilisation des soins (urgence, hospitalisation, CLSC, GMF, etc.)	Faire le portrait local d'utilisation des soins (urgence, hospitalisations, CLSC, GMF, etc.)	
	Revoir les critères d'extraction (annexe IV) Déterminer des cibles régionales de prise en charge des grands utilisateurs de soins, selon le profil d'utilisation	Nommer un gestionnaire responsable des grands utilisateurs de soins chargé de l'extraction régulière et de la révision des règles d'extraction selon les cibles définies Basées sur les cibles régionales, déterminer les cibles annuelles de prise en charge des grands utilisateurs de soins, selon le profil d'utilisation local	
	Faire connaître la fonction des gestionnaires de cas Renforcer le lien avec le médecin de famille et le pharmacien communautaire	Diffuser les documents publiés par le MSSS Mettre en place la fonction de gestion de cas	
	Instaurer une prise en charge concertée pour la clientèle ciblée	Dépister et prendre en charge de façon proactive les clientèles : <ul style="list-style-type: none"> • CMD Maladies et troubles de l'appareil respiratoire • CMD Maladies et troubles de l'appareil circulatoire • Autres etc. Faire évaluer les motifs de consultation des clientèles ciblées par un intervenant des installations hospitalières, en collaboration avec les gestionnaires de cas Soutenir les intervenants et les gestionnaires de premier niveau dans l'implantation des plans d'intervention et des plans de suivi individualisés en partenariat de soins Mettre en place et consolider un système d'alerte à l'urgence pour informer les intervenants sur le plan d'action à suivre	
	Intégrer dans la pratique des partenaires et professionnels le dépistage ou le repérage (selon le besoin) et l'orientation des patients pouvant bénéficier d'un programme d'autogestion et/ou de modification des habitudes de vie, afin d'éviter, de réduire ou de retarder les détériorations ultérieures Définir les modalités impliquant le pharmacien communautaire (pharmacie communautaire ou GMF) dans l'orientation des patients qui pourraient bénéficier d'un programme en maladies chroniques Adapter le programme de 1 ^{re} ligne pour les besoins spécifiques de cette clientèle MPOC	Définir la trajectoire de services pour les clientèles suivies ou non par un médecin de famille Faire connaître les processus adaptés aux clientèles visées	
	Sensibiliser les partenaires à l'importance de travailler en collaboration avec le médecin de famille et le pharmacien communautaire	Définir les outils de communication requis pour faciliter le lien et la collaboration avec le médecin de famille et le pharmacien communautaire	

Objectifs	Activités régionales	Activités CIUSSS	Activités établissement non fusionné
3. SANTÉ RESPIRATOIRE			
Actualiser le réseau intégré de gestion des maladies pulmonaires chroniques	Soutenir le repérage de la clientèle MPOC en 1 ^{re} ligne	Évaluer les ressources en inhalothérapie disponibles en CIUSSS et au besoin, convenir de prêts de services avec le SRSAD (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal) Établir les modalités de l'entente avec le SRSAD Former et certifier les inhalothérapeutes à la spirométrie (mandat confié au Réseau québécois d'éducation en santé respiratoire (RQESR)) Mettre en place un système de contrôle de la qualité des spirométries réalisées	
	IPR MPC		
	Intégrer un représentant des IPR MPC et un représentant du SRSAD au Comité consultatif en santé respiratoire et à ses groupes de travail au besoin Promouvoir le rôle actualisé des IPR MPC S'associer au RQESR pour développer et assurer la mise à jour de la formation régionale sur les MPC pour l'ensemble des IPR MPC et représentant du SRSAD Réviser le découpage des sous-régions désignées pour chacun des IPR MPC en fonction de la nouvelle réalité des CIUSSS et des établissements non fusionnés	Favoriser la participation des IPR MPC et des représentants du SRSAD aux groupes de travail découlant du Comité consultatif en santé respiratoire Intégrer des mécanismes de téléconsultation favorisant l'accès à l'expertise-conseil des IPR MPC et du SRSAD auprès des professionnels Actualiser le rôle et les fonctions clés des IPR MPC : assurer le réseautage MPC (30 %), soutenir les professionnels du réseau MPC (30 %) et exercer une expertise clinique auprès de la clientèle complexe sans assumer la prise en charge (40 %) Favoriser la participation des représentants des IPR MPC et du SRSAD au développement et à la mise à jour de la formation régionale MPC Soutenir la formation de l'ensemble des IPR et du SRSAD sur les MPC Rendre disponible la formation régionale sur les MPC dans le répertoire provincial sur la formation continue partagée (mandat confié par le MSSS au CHUM) Actualiser le découpage des sous-régions désignées pour chaque IPR MPC en fonction des CIUSSS et des établissements non fusionnés	
	SRSAD		
	Oxygénothérapie en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)		
	Réviser l'offre de services pour la clientèle MPC requérant de l'oxygénothérapie en CHSLD et en milieu de réadaptation	En collaboration avec le MSSS réviser le cadre de référence du Programme national d'oxygénothérapie à domicile (PNOD), dont le mandat a été confié au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal En s'appuyant sur l'entente de services, évaluer l'atteinte des objectifs annuels et y apporter les correctifs s'il y a lieu	
	Prise en charge des grands utilisateurs de soins MPC en perte d'autonomie		
	Prendre en charge les grands utilisateurs de soins MPC selon les critères définis régionalement	Repérer et prendre en charge de façon proactive les clientèles CMD-4 en perte d'autonomie	
Fin de vie palliative			
Repérer et assurer le suivi des patients en fin de vie palliative	Repérer et référer au SRSAD les clientèles qui sont à un stade avancé de la maladie		

Objectifs	Activités régionales	Activités CIUSSS	Activités établissement non fusionné
3. SANTÉ RESPIRATOIRE			
<p><i>Actualiser le réseau intégré de gestion des maladies pulmonaires chroniques</i></p>	Clientèle pédiatrique		
	<p>Maintenir la prise en charge de la clientèle du CHU Ste-Justine et de l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de Santé McGill (CUSM) requérant des services en oxygénothérapie à domicile sur le territoire de Montréal conjointement avec le SRSAD</p>	<p>Augmenter le nombre de patients suivis selon cette modalité de traitement</p> <p>Faire connaître l'offre de services aux médecins de famille et aux pharmaciens de ces établissements</p> <p>En s'appuyant sur l'entente de services, évaluer l'atteinte des objectifs annuels et y apporter les correctifs s'il y a lieu</p> <p>Établir les mécanismes nécessaires pour permettre le transfert de la clientèle pédiatrique</p>	
	Clientèle ventilo-assistée		
<p>Maintenir la prise en charge de la clientèle ventilo-assistée par le Programme national de ventilation assistée à domicile (PNAVD), dont le mandat a été confié au CUSM, et requérant des services à domicile sur le territoire de Montréal, conjointement avec le SRSAD</p> <p>Consolider l'utilisation de la télésanté au PNAVD afin de suivre et d'assister les patients à distance</p>	<p>En s'appuyant sur l'entente de services, évaluer l'atteinte des objectifs annuels et y apporter les correctifs, s'il y a lieu</p>		
Transfert des clientèles du SRSAD cliniquement stables vers la 1^{re} ligne			
<p>Réviser les critères de stabilité pour permettre le transfert des clientèles du SRSAD vers la 1^{re} ligne</p> <p>Évaluer le nombre de clients ou le pourcentage de la clientèle à transférer vers la 1^{re} ligne</p> <p>Définir les soins et les services à mettre en place en 1^{re} ligne afin d'assurer le transfert de la clientèle</p> <p>Déterminer et prioriser les clientèles à transférer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clientèle non ambulatoire et en perte d'autonomie (SAD) <p>Développer un modèle de suivi conjoint SRSAD et SAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clarifier le rôle et les responsabilités du SRSAD et des SAD • Clientèle ambulatoire <p>Référer les clientèles ciblées vers les équipes de maladies chroniques de 1^{re} ligne</p>	<p>Participer aux travaux régionaux découlant du Comité consultatif en santé respiratoire</p> <p>Collaborer à la mise en œuvre du suivi conjoint SRSAD–Soins à domicile (SAD)</p> <p>Former les personnes clés aux SAD (assistantes des supérieurs immédiats (ASI) et coordonnateurs cliniques) pour soutenir les membres de l'équipe SAD (soutien du RQESR)</p> <p>Inscrire toutes les clientèles du SRSAD à la ligne dédiée 811</p> <p>Établir les mécanismes nécessaires pour permettre le transfert</p> <p>Former les infirmières de 1^{re} ligne (soutien du RQESR)</p>		

Orientation 4. Maintenir un système de surveillance, de monitoring et d'évaluation

Les activités de surveillance, de monitoring et d'évaluation sont fondamentales pour adapter les actions de promotion ou de prévention, ainsi que la programmation clinique, selon les résultats obtenus sur la santé des populations et sur le réseau de santé montréalais, mis en lumière par les données récoltées. Le suivi du présent Plan d'action est inscrit dans le mandat du Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques qui devra en fournir un bilan annuel à la Table des PDG-PDGA de Montréal.

Surveillance

La surveillance de l'état de santé de la population contribue à une meilleure compréhension des déterminants liés aux maladies chroniques et des besoins de santé des Montréalais(es). En effet, la surveillance est d'une part une fonction importante de la santé publique et, d'autre part, elle représente une étape fondamentale dans la planification des programmes et services. Plusieurs activités de surveillance accompagnent le déploiement du présent Plan d'action. De plus, des analyses des inégalités sociales et de santé existantes seront intégrées aux productions de surveillance afin de comprendre les écarts existant entre les groupes populationnels, et d'adapter nos interventions et nos programmes en vue de réduire ces écarts.

Monitoring et appréciation de la performance (gestion qualité)

Les activités de monitoring et d'évaluation permettent de mieux comprendre comment s'implantent les programmes ainsi que leur impact au niveau populationnel. Le monitoring permet également d'apprécier les répercussions d'un projet, d'un programme ou d'une intervention sur le réseau de services (ex. nombre de visites à l'urgence, hospitalisations, nombre de visites médicales, etc.).

Dans une perspective d'amélioration continue, ces actions réévaluent de façon périodique les activités réalisées par les CIUSSS et les milieux cliniques du réseau montréalais de la santé.

Évaluation des programmes

Dans le prolongement du Plan d'action 2011-2015, l'implantation et les répercussions de plusieurs programmes inscrits au présent plan d'action feront l'objet d'une évaluation formelle; ces programmes seront comparés à des interventions similaires déployées dans d'autres contextes. Des indicateurs pour l'évaluation des programmes ont notamment été développés avec l'aide des médecins-conseils, du responsable (pilote) clinique régional et de l'équipe régionale d'analyse décisionnelle (ERAD) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (CIUSSS du Centre-Sud). Le pilote clinique régional coordonne l'évaluation des programmes avec ces derniers. Plusieurs de ces indicateurs sont les mêmes que ceux recommandés par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Les résultats de l'évaluation sont ensuite analysés par des experts cliniques, avec le concours du pilote clinique régional, qui seront en mesure d'apprécier les effets obtenus.

Registre régional des maladies chroniques

Un système d'information clinique et administrative (le Registre régional des maladies chroniques) a été conçu pour assurer le suivi des patients. Il sera arimé avec les Dossiers médicaux électroniques (DMÉ). Ce registre, utilisé par les CIUSSS de Montréal, permet de dégager des résultats qui seront analysés localement en temps réel et comparés régionalement, tout au long du suivi des patients. L'équipe tout entière se sert de ce Registre pour orienter le traitement d'un patient, anticiper ses problèmes et suivre ses progrès. Le registre sert à la fois d'outil de travail pour les cliniciens, d'outil de communication avec les médecins omnipraticiens et les spécialistes, ainsi que d'outil de monitoring, d'appréciation de la performance et d'évaluation.

Le pilote clinique régional désigné par le CIUSSS du Centre-Sud est responsable de la formation des professionnels et des super-utilisateurs, et de la production des guides de saisie des différents programmes. Soutenus par celui-ci, les CIUSSS assurent la vigie au regard de la qualité de la saisie des données au plan local et discutent périodiquement de l'évolution des résultats aux rencontres du Comité de coordination local.

La collecte de l'information est effectuée par les intervenants des CIUSSS et des GMF qui participent aux programmes régionaux en inscrivant les données sur des formulaires spécifiques de l'un des DMÉ certifiés par le MSSS. Afin d'optimiser le travail des professionnels et d'éviter la double saisie d'information par les utilisateurs qui emploient un autre DMÉ, le CIUSSS du Centre-sud souhaite élargir la réception des données portant sur les indicateurs fixés à l'ensemble des DMÉ certifiés.

Cette base de données est présentement hébergée par le CIUSSS du Centre-Sud et les données sont analysées par l'équipe régionale d'analyse décisionnelle (ERAD) de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, en collaboration avec le responsable (pilote) clinique régional du CIUSSS Centre-Sud.

Le Registre des maladies chroniques demeurera une base de données régionale hébergée au CIUSSS Centre-sud, qui recevra des données dénominalisées, sur une base régulière (à la fin de chaque période financière), en provenance des DMÉ établis sur le territoire montréalais.

Priorités d'action

Surveillance

- Suivre de façon continue l'état de santé des Montréalais(es) pour définir leurs besoins au niveau régional et territorial (CIUSSS), particulièrement au regard des maladies chroniques et de leurs déterminants (environnementaux et comportementaux).

Monitoring, appréciation de la performance et évaluation de programmes

- Mettre en place des mécanismes de suivi des actions de promotion et d'implantation des programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques;
- Évaluer les effets des programmes de promotion de la santé, de prévention et de gestion des maladies chroniques.

Registre régional des maladies chroniques

- Maintenir un Registre régional clinico-administratif sur les programmes de maladies chroniques à Montréal;
- Intégrer les formulaires et indicateurs dans les DMÉ de façon à permettre d'assurer le suivi régional des patients au moyen de chaque DMÉ;
- Obtenir de la part des fournisseurs l'accès aux NAM ou à un identifiant encrypté standard afin de traiter les données dans une perspective de trajectoire;
- Élaborer un dictionnaire de données décrivant les tables de données, les indicateurs évalués, les valeurs admissibles et les modalités de transmission lors de l'implantation de nouveaux programmes;
- Produire les guides de saisie et offrir la formation pour les nouveaux programmes.

Orientation 4 : Mettre en place un système de surveillance, de monitoring et d'évaluation

Nos actions 2016-2021

Objectifs	Activités régionales	Activités CIUSSS et établissements non fusionnés
Surveillance		
Acquérir des données spécifiques sur les déterminants des maladies chroniques, à l'échelle régionale, territoriale et locale	<p>DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> Planifier et réaliser les prochains cycles du Programme d'enquêtes TOPO sur la santé des Montréalais (2016-17 sur la santé et ses déterminants chez les jeunes du primaire; 2019 – retour sur les déterminants des maladies chroniques – à confirmer en fonction des ressources disponibles) Réaliser des productions analytiques à partir des données d'enquêtes réalisées par l'Institut de la statistique du Québec (p.ex. <i>Enquête québécoise sur la santé de la population</i>) et par Statistiques Canada (<i>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes</i>) Mener des recherches spécifiques sur l'accessibilité aux aliments frais, le transport actif, les traumatismes routiers, le tabagisme Mener des études spécifiques sur l'impact de l'environnement bâti sur les maladies chroniques Rendre disponibles aux décideurs les indicateurs de santé et les données sur les déterminants sociaux, environnementaux et comportementaux des maladies chroniques <p>Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques : Suivre de façon continue l'état de santé des Montréalais(es) pour repérer les besoins au niveau régional et territorial (CIUSSS), particulièrement au regard des maladies chroniques et de leurs déterminants (environnementaux et comportementaux)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Participer à la planification des projets de surveillance et de recherche Participer aux activités de transfert des connaissances avec les acteurs des RLS
Monitoring et appréciation de la performance		
Suivre l'évolution de l'utilisation des services par les patients atteints de maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none"> Produire des portraits locaux de l'utilisation des services de santé, à partir des banques de données administratives jumelées (INESSS) 	Participer aux activités de transfert des connaissances avec les acteurs du RLS

Objectifs	Activités régionales	Activités CIUSSS et établissements non fusionnés
<p>Suivre en continu le déploiement des programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques, apprécier leur degré d'implantation et l'atteinte des objectifs 2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des mécanismes de suivi des actions de promotion et d'implantation des programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques (Comités consultatifs par programmes) • Dans le cadre de la stratégie d'évaluation du Plan d'action régional intégré en santé publique, développer un tableau de bord d'indicateurs d'appréciation de la performance pour la santé publique <p>Comités consultatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir les indicateurs de résultats cliniques et administratifs des programmes de gestion des maladies chroniques <p>Responsable (pilote) clinique régional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la définition et le déploiement des formulaires des programmes • Assurer le lien clinique avec les équipes locales, les médecins-conseils et l'ERAD • Soutenir l'évaluation des programmes avec l'aide de différents partenaires, par exemple, les RUIS etc. • Produire et assurer la mise à jour des guides de saisie et la formation pour les nouveaux programmes (pilote clinique) <p>Équipe d'analyse décisionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compiler et analyser les données issues du Registre des maladies chroniques dans une perspective de monitoring, d'évaluation et de diffusion des résultats <p>Service des connaissances de la Direction régionale de santé publique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse des données sur l'état de santé de la population et ses déterminants • Diffusion des résultats et soutien des partenaires dans l'appropriation des outils d'aide à la décision <p>Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire approuver par le Comité les indicateurs de suivi cliniques et administratifs 	<p>Participer à la collecte des données et à la diffusion des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désigner un responsable de la qualité des données saisies • Saisir les données cliniques définies régionalement pour les patients inscrits aux programmes de gestion des maladies chroniques • Diffuser les résultats aux intervenants professionnels, aux médecins du RLS et aux pharmaciens communautaires en collaboration avec le pilote clinique régional
Évaluation des programmes		
<p>Évaluer les effets des programmes de promotion de la santé, de prévention et de gestion des maladies chroniques</p>	<p>DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les services préventifs en CES et en CAT • Évaluer l'impact des politiques publiques sur la santé (ex. Bixi, plan de transport) ainsi que des programmes ou initiatives soutenus par la DSP (Quartier 21, projets en sécurité alimentaire, etc.) <p>Comités consultatifs par programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer et réaliser les plans d'évaluation des programmes de gestion des maladies chroniques <p>>>></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à la collecte des données et à la diffusion des résultats <p>>>></p>

Objectifs	Activités régionales	Activités CIUSSS et établissements non fusionnés
Évaluation des programmes		
	<p>ERAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compiler et analyser les données issues du Registre des maladies chroniques dans une perspective de monitoring, d'évaluation et de diffusion des résultats • Développer un modèle pour rendre les données disponibles à des organismes ou à d'autres CIUSSS collaborateurs • Rendre disponibles, selon les critères définis, des extractions de la banque de données du Registre pour des projets de recherche, pour l'INESSS ou pour une évaluation locale de la gestion 	<ul style="list-style-type: none"> • Diffuser les résultats aux intervenants professionnels, aux médecins du RLS et aux pharmaciens communautaires
Registre régional des maladies chroniques		
<p>Assurer la pérennité du système d'information régional de suivi des programmes de maladies chroniques (mandat régional confié au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir un Registre régional clinico-administratif sur les programmes de maladies chroniques à Montréal • Réviser et intégrer les formulaires et indicateurs dans les DMÉ de façon à permettre la saisie des notes cliniques et d'assurer le suivi régional des patients au moyen de chaque DMÉ (Pilote clinique) • Obtenir de la part des fournisseurs l'accès aux NAM ou à un identifiant encrypté standard afin de traiter les données dans une perspective de trajectoire • Élaborer un dictionnaire de données décrivant les tables de données, les indicateurs évalués, les valeurs admissibles et les modalités de transmission lors de l'implantation de nouveaux programmes (ERAD) 	<p>Maintenir la participation des professionnels au Registre des maladies chroniques</p> <p>Désigner un gestionnaire responsable des DMÉ</p> <p>Participer à l'harmonisation des formulaires cliniques utilisés par les cliniciens</p> <p>Chaque CIUSSS doit s'assurer de la standardisation de sa banque de données locale avec le Registre des maladies chroniques</p>

Conclusion

Avec ses quatre grandes orientations, le Plan d'action 2016-2021 du Réseau montréalais de prévention et gestion des maladies chroniques a pour objectif de développer un réseau de santé qui offre des services accessibles, de qualité, tenant compte des besoins exprimés par les médecins et répondant efficacement à l'ensemble des besoins de la population montréalaise.

Pour y arriver, le réseau montréalais compte sur un partenariat entre les CIUSSS, les établissements non fusionnés, les milieux cliniques et les partenaires communautaires/intersectoriels. Le Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques regroupe l'ensemble des acteurs impliqués en prévention et gestion de ces maladies. Il assure le leadership régional du continuum de services en prévention et gestion des maladies chroniques, continuum qui s'actualise progressivement. Des efforts devront être soutenus pour favoriser une intervention graduée en fonction d'une hiérarchisation des besoins en soins, comme le préconise le modèle proposé par Kaiser Permanente.

Bien que les programmes pour la clientèle diabétique, hypertendue et atteinte de MPOC soient déployés à l'échelle régionale (CLSC et GMF), les défis demeurent grands pour maintenir ces acquis cliniques et organisationnels, assurer leur harmonisation et leur cohérence au niveau régional, permettre la mise à jour et l'évolution des programmes selon les données probantes, déployer les programmes pilotes (MCAS, pied diabétique), développer de nouveaux programmes (insuffisance cardiaque, asthme etc.) et assurer le monitoring régional et local.

Face à ces enjeux et afin d'assurer la pérennité du programme de prévention et gestion des maladies chroniques, les membres du Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques recommandent qu'une coordination régionale soit mise en place dans le but de :

- coordonner et actualiser les actions et livrables du Plan d'action 2016-2021;
- faire adopter le tableau de bord annuel découlant du plan d'action 2016-2021— Actions-livrables-échéanciers;
- soutenir le Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques, qui demeure l'instance stratégique en ce qui concerne la prévention et la gestion des maladies chroniques;

- appuyer le Comité des chargés de projet en gestion des maladies chroniques, responsable d'assurer la mise en œuvre, la mise à jour et le suivi des programmes;
- accompagner les comités consultatifs d'experts en santé cardiométabolique, santé respiratoire, santé osseuse et douleur chronique réunissant les sociétés savantes, médecins spécialistes, patients partenaires et représentants de divers territoires;
- former et soutenir le Comité des gestionnaires responsables des grands utilisateurs de soins (chargé d'instaurer une culture et une structure de suivi de ces clientèles) afin d'actualiser les actions définies pour ces clientèles dans le Plan d'action 2016-2021;
- maintenir un système de monitoring et d'évaluation. L'actualisation et le maintien de la fonction du responsable (pilote) clinique régional est requise. Cette personne fait le lien avec les équipes cliniques locales, les médecins-conseils et l'équipe régionale d'analyse décisionnelle responsable de l'analyse des données des différents programmes de maladies chroniques.

La prévention et la gestion des maladies chroniques représentent des défis majeurs pour les organisations de santé. On peut d'ailleurs noter un besoin accru de prise en charge globale des problèmes chroniques, qui sont souvent multiples et touchent davantage les plus défavorisés.

De même, une saine gestion du changement, tant au niveau organisationnel qu'à celui des pratiques, nécessite que l'on utilise judicieusement les ressources, ainsi que les différentes expertises des acteurs impliqués, que l'on maintienne une communication franche entre partenaires et que l'on assure le développement des compétences requises; ces mesures permettront de répondre aux nouveaux défis que représente le déploiement de nouveaux programmes de prévention ou de gestion des maladies chroniques.

Il importe donc que le Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques assure un leadership fort et mobilisateur parmi tous les acteurs, maintienne la cohésion entre les partenaires et demeure à l'écoute des besoins et des inquiétudes exprimés par les acteurs du réseau.

Le Comité du réseau montréalais détermine aussi les conditions nécessaires à la réussite du plan d'action :

- La volonté explicite des décideurs du réseau montréalais d'impliquer tous les acteurs du continuum de gestion des maladies chroniques afin d'arrimer le volet préventif aux programmes de gestion des maladies chroniques et à la prise en charge proactive et intégrée des grands utilisateurs de soins;
- Le développement d'une 1^{re} ligne médicale forte, soutenue par des modèles organisationnels efficaces (GMF, GMF-R);
- La mise en place d'équipes interdisciplinaires dédiées, formées et mobilisées, tant au niveau régional que local;
- L'accompagnement des changements de pratiques qui favorisent l'intégration des équipes dans les milieux de proximité;
- L'implication des médecins de famille et spécialistes champions afin de permettre l'actualisation du continuum de services;
- L'évaluation et le suivi des résultats clinico-administratifs, et le maintien du Registre des maladies chroniques ainsi que son intégration dans les DMÉ;
- La systématisation des mécanismes d'amélioration continue de la qualité dans les organisations de santé;
- Un plan de communication régional destiné à soutenir l'ensemble des acteurs.

Enfin, les efforts et actions déployés risquent de demeurer vains en l'absence d'une intervention intersectorielle qui tienne compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé et qui permette de rejoindre les clientèles les plus vulnérables et les plus touchées par les maladies chroniques. Les CIUSSS constituent, à ce titre, un maillon fort au sein d'une chaîne d'interventions intersectorielles; ils doivent exercer leur leadership et leur expertise de manière à contribuer à la création d'un continuum alliant la création d'environnements favorables, la prévention et la détection précoce des maladies chroniques, de même que l'éducation, la réadaptation et le soutien des personnes atteintes de ces maladies.

Références

- (1) Orientations ministérielles en matière de maladies chroniques : directions-programmes MSSS. Montréal : 2010.
- (2) Ministère de la santé et des services sociaux. Fichier des décès 2005- 2009. 2009. Ministère de la santé et des services sociaux, Service du développement de l'information. – Ref Type : Generic
- (3) Statistiques Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009/2010. – Ref Type : Generic
- (4) Organisation mondiale de la santé. Global status report on noncommunicable diseases 2010. -176. 2011. Genève, Organisation mondiale de la santé. – Ref Type : Report
- (5) AQESSS. (2014). *Maladies chroniques : Agir là où ça compte*. Association québécoise de services sociaux et de santé, 51 p.
- (6) Blanchet C., Hamel D., et al.(2014). *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec*. Institut national de santé publique du Québec. 154 p.
- (7) Bouin C., N. Vandal, A. D. Barry, Y. Jen, D. Hamel, E. Lo et S. Martel. (2015). *Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales. Fardeau du poids corporel*. Institut national de santé publique du Québec. 20 p.
- (8) Direction de la santé publique (2014). *La santé des Montréalais : Les maladies chroniques et leurs déterminants selon l'enquête TOPO 2012*. Secteur Surveillance de l'état de santé à Montréal (SÉSAM). Direction de la santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. – <http://emis.santemontreal.qc.ca/>
- (9) Lamontagne, P. et D. Hamel. (2012). *Surveillance du statut pondéral chez les adultes québécois. PORTRAIT ET ÉVOLUTION DE 1987 À 2010*. Institut national de santé publique du Québec. 69 p.
- (10) LEMIRE, Louise, et Christine GARAND (coll.). (2010). *Les facteurs de risque associés aux maladies chroniques*. Les maladies chroniques dans Lanaudière, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, décembre, 40 pages.
- (11) Organisation mondiale de la santé. (2006). *Les maladies chroniques et leurs facteurs de risque communs*. Lien internet lu le 22/08/16. – http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/information/factsheets_FR_web.pdf.
- (12) Organisation mondiale de la santé. (2005). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital, version synthèse : Rapport mondial*, Genève, OMS. Lien internet lu le 22/08/16. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_fr.pdf.
- (13) Martel, S., Lo, E., Hamel, D., Lamontagne, P., Jen, Y., Blouin, C. et C. Steensma. (2014). Poids corporel et santé chez les adultes québécois. Collection Fardeau du poids corporel. Institut national de santé publique du Québec, 24 pages. – Ref Type : Generic
- (14) Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Annals of Family Medicine* 2005; 3 :223-228.
- (15) Létourneau E, Girard C, Thibault N. Croître ou décroître : le constat régional des perspectives démographiques 2001-2026. *Données socio-démographiques en bref* 2004; 8(2) :6-8.
- (16) Ville de Montréal. La transformation démographique de Montréal et de la région métropolitaine : un résumé. -4. 2005. Montréal, Ville de Montréal. – Ref Type : Report
- (17) Butler-Jones D. The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada. 2008. Ottawa, Public Health Agency of Canada. – Ref Type : Report
- (18) Direction de la santé publique. Plan régional de santé publique 2010-2015. Orientation 5 : Un environnement urbain favorable à la santé. 2011. Montréal, Agence de santé et de services sociaux de Montréal. – Ref Type : Generic
- (19) Jacques L, Plante C, Goudreau S, Deger L, Fournier M, Smargiassi A et al. Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans. Rapport synthèse régional. -36. 2011. Direction de la santé publique de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal. – Ref Type : Report
- (20) Agence de santé publique du Canada. Le fardeau économique de la maladie au Canada. -110. 2002. Ottawa, Santé Canada. – Ref Type : Report
- (21) Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2011. -193. 2011. Institut canadien d'information sur la santé. – Ref Type : Report
- (22) Ministère de la santé et des services sociaux. Programme national de santé publique 215-2025. Québec, Gouvernement du Québec. – Ref Type : Report
- (23) Ministère de la santé et des services sociaux. Plan de lutte contre le cancer (PLCC). 1998. Québec, Gouvernement du Québec.

- (24) Ministère de la santé et des services sociaux. Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Cadre de référence. 2010. Québec, Gouvernement du Québec. – Ref Type : Generic
- (25) Feachem RG, Sekhri NK., White KL. Getting more for their dollar : a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal* 2002; 324(7330) :135-141.
- (26) Rosen R. Developing Chronic Disease Policy in England. *Emerging Approaches To Chronic Disease Management in Primary Health Care*. Kingston : McGill-Queen's University Press, 2006 : 39-50.
- (27) Wagner EH. Chronic disease management : what will it take to improve care for chronic illness? *Health Affairs* 1998; 20(6) :64-78.
- (28) Jodoin Y. Orientations pour le développement des GMF et cliniques réseau intégrées. 2009. 2008. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. – Ref Type : Generic
- (29) Lévesque J-F, Feldman D, dufresne C, Bergeron P, Pinard B. L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec barrières et éléments facilitant. 2007. Agence de la santé et de services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique. – Ref Type : Report
- (30) Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D et al. The expanded Chronic Care Model : an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly* 2003; 7(1) :73-82.
- (31) Bourbeau J, Saad N. Integrated Care Model with Self-Management in COPD : From Family Physicians to Specialists. *Chron Respir Dis* 2013;10(2)99-105
- (32) Bourbeau J, Saad N. COPD : Success needs implementing a participative care model and early treatment? *Rev Mal Respir* 2013;30(2) :93-94
- (33) Rice K, Bourbeau J, MacDonald R, Wilt TJ. Collaborative self-management and behavioral change. *Clin Chest Med*. 2014 Jun; 35(2) : 337-51. doi : 10.1016/j.ccm.2014.02.004. Epub 2014 Apr 14.
- (34) Bourbeau J, Lavoie KL, Sedeno M. Comprehensive Self-management Strategies. *Semin Respir Crit Care Med*. 2015 Aug;36(4) : 630-8. doi : 10.1055/s-0035-1556059. Epub 2015 Aug 3.
- (35) Bourbeau J. The benefits of prospective cohorts in COPD *Rev Mal Respir*. 2016 Jan;33(1) :1-4. doi : 10.1016/j.rmr.2016.01.003. (French)
- (36) https://www.physiotherapy.ca/getmedia/223ae6a0-bc3b-4c5a-9777-37479465d80a/CPA_TheValueOfPhysio2012_LowBackPain-v1_1.pdf.aspx – Réf type : Électronique citation
- (37) Twigg S, Kamp M, Davis T, Neylon E, Flack J. Prediabetes : a position statement from the Australian Diabetes Educators Association. *Medical Journal of Australia* 2007; 186: 461-465.
- (38) Ryden L. Guidelines on Diabetes and Cardiovascular Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *European Heart Journal* 28, 88-136. 2007. – Ref Type : Journal (Full)
- (39) Gilbert F. Le diabète : une maladie prête à émerger dans plusieurs situations cliniques. *Le Spécialiste* 2010; 12(1) :21-22.
- (40) Rodriguez N, Côté B. Dépistage de la rétinopathie diabétique au Québec. *ETMIS* 4[6], 1-130. 2008. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). – Ref Type : Journal (Full)
- (41) Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Canadian Journal of Diabetes* 2008; 32(Suppl. 1) :S1-S225.
- (42) Ministère de la santé et des services sociaux. Prévention secondaire et réadaptation cardiaque : Rapport du groupe de travail du réseau québécois de cardiologie tertiaire. -131. 2009. Québec, Gouvernement du Québec. – Ref Type : Report
- (43) Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM). La réadaptation pulmonaire, pièce maîtresse de la gestion intégrée de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)... une évidence ! -53. 2008. – Ref Type : Report
- (44) Groupe de travail national sur la lutte contre l'asthme. Prévention et prise en charge de l'asthme au Canada : un défi de taille maintenant et à l'avenir. -65. 2000. – Ref Type : Report
- (45) Santé osseuse : pour vieillir sans fracture. Journées annuelles de santé publique. 00 Mar 11; Québec : 2010.
- (46) Ostéoporose Canada. L'ostéoporose : vers un avenir sans fractures. Toronto : 2011.
- (47) Dobkin P, Boothroyd L. Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) : organisation des services de santé. -97. 2006. Montréal, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. – Ref Type : Report
- (48) Agence de la santé publique du Canada (2011) Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada. Disponible sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc-publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-->
- (49) Canadian Diabetes Association. (2016) . Diabetes charter backgrounders : National & provincial backgrounders (French). Disponible sur <http://www.diabetes.ca/diabetes-and-you/know-your-rights/support-the-diabetes-charter-for-canada/diabetes-charter-backgrounders>

Annexe I – Actualisation du Modèle de soins des maladies chroniques étendu (CCM-E) (36)

À Montréal, le CCM-E intègre les déterminants environnementaux, sociaux et comportementaux aux principes d'une bonne gestion des maladies chroniques. Les éléments du CCM-E s'actualisent par des actions concrètes en santé publique et des programmes cliniques de gestion des maladies chroniques.

L'organisation du système de santé

Le réseau montréalais priorise une gestion intégrée des ressources, assure un soutien et un leadership forts, en plus de faire la promotion de stratégies efficaces et de favoriser le développement d'ententes et d'incitations financières.

Tout programme de promotion, prévention ou gestion de maladies chroniques doit disposer d'indicateurs de suivi et de résultats en vue d'être monitoré dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.

De plus, les nouveaux projets pilotes de gestion des maladies chroniques doivent tous, avant leur démarrage, être approuvés par le Comité consultatif responsable, puis par le Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques.

Le modèle de prestation de soins et services

Le modèle de prestation de soins et services implique l'intégration des activités de promotion, de prévention et de gestion dans un continuum fluide au sein duquel peuvent se mouvoir les personnes en fonction de leurs besoins en santé et en bien-être. Les CIUSSS et les Établissements non fusionnés doivent notamment exercer un leadership fort pour rassembler tous les acteurs autour de cette problématique des maladies chroniques.

À ce titre, plusieurs des actions de santé publique se font en collaboration étroite avec des partenaires de la communauté. Des mécanismes sont également prévus pour mieux arrimer les services de prévention et de gestion des maladies chroniques en milieu clinique (ex. formulaires de référence communs).

L'architecture des programmes cliniques de gestion comprend une organisation interdisciplinaire spécialisée, hiérarchisée et dédiée aux programmes de prise en charge de la maladie. La composition de l'équipe des programmes cliniques doit refléter les besoins particuliers du patient. Le rôle, les responsabilités et les tâches de chacun des intervenants (professionnels et médecins) y sont précisés.

Pour chacune des maladies chroniques ciblées, le processus clinique, en plus d'être clair et harmonisé localement et régionalement, doit être connu de tous les acteurs. Il comprend une séquence préétablie et étalée sur une période définie de deux à trois ans. Des outils cliniques, tels qu'un formulaire de référence au programme, sont conçus et standardisés pour l'ensemble des CIUSSS de Montréal.

Des corridors d'accès sont établis avec les équipes de 2^e ligne, en conformité avec le continuum de soins. Les critères de référence en clinique spécialisée de 2^e et 3^e lignes médicales sont définis par les comités consultatifs et approuvés par des médecins de famille et spécialistes des CIUSSS.

Le soutien à la décision

Dans le cadre du modèle étendu, le soutien à la décision ne se borne pas à la sphère clinique, mais s'étend aux stratégies de promotion de la santé ainsi qu'aux meilleures pratiques en prévention et en gestion des maladies chroniques.

Les données probantes en promotion, en prévention et en gestion sont communiquées aux partenaires des interventions.

Des guides de pratique et des lignes directrices sont mis à la disposition des intervenants, professionnels et médecins. Le MSSS coordonnera l'élaboration et la diffusion d'un document cadre énonçant les orientations nationales en santé publique. Le leadership des comités consultatifs par programme de gestion des maladies chroniques facilite la mise à jour des connaissances.

Pour les programmes cliniques déployés dans les CIUSSS, le matériel didactique à l'usage des professionnels, des patients et de leur famille est standardisé et mis à jour par les Comités consultatifs et les sous-comités du travail clinique. Des mécanismes de référence et de consultation en médecine spécialisée sont établis au sein de chaque CIUSSS pour les intervenants de 1^{re} ligne, lors de la planification des projets.

Le système d'information clinique

L'accessibilité à des systèmes informationnels permettant d'obtenir et de partager des données cliniques, des données populationnelles et des données environnementales (Ex. Infosmog, Enquête sur la santé des Montréalais, Registre régional des maladies chroniques) est essentielle pour avoir un modèle de prestation de services efficaces.

Au niveau de la santé publique, les portraits de santé de la population, les données sur les inégalités de santé et les données environnementales assurent une planification centrée sur la réalité et les besoins des Montréalais en matière de santé et de bien-être. L'information sur les milieux cliniques permet également de modéliser l'offre de soutien en fonction des pratiques cliniques préventives.

Quant aux programmes cliniques de gestion et de soutien des milieux cliniques de 1^{re} ligne, des mécanismes ont été mis en œuvre pour permettre la circulation fluide de l'information entre les intervenants de l'équipe et le médecin omnipraticien. Les comités consultatifs établissent des indicateurs de performance clinique et administrative pour chaque programme de maladies chroniques. Ces indicateurs sont intégrés dans tous les DMÉ pour alimenter le Registre des maladies chroniques.

Le soutien à l'autogestion

Un soutien efficace à l'acquisition d'aptitudes personnelles et à l'autogestion a pour but d'aider chaque personne de même que ses proches à prendre des décisions éclairées sur sa santé, à faire des choix selon ses besoins et à mieux intervenir devant les défis quotidiens posés par la maladie chronique.

Les campagnes populationnelles (*Défis 5-30 Équilibre, Défi j'arrête j'y gagne*) de même que les ressources en cessation tabagique telles que les CAT permettent d'obtenir accès à un accompagnement personnalisé. Ce type d'accompagnement est axé sur l'acquisition des connaissances et le développement des capacités nécessaires aux changements de comportement qui ont pour but d'améliorer ou de maintenir son état de santé.

Les programmes cliniques de gestion des maladies chroniques intègrent aussi une forte composante d'enseignement à l'autogestion de la maladie. Cette composante vise à prévenir et à réduire les complications, à court et à long terme, ainsi que les symptômes de la maladie. Diverses stratégies sont utilisées pour favoriser l'autogestion, dont l'entretien motivationnel, le développement d'outils et de ressources d'autogestion de la maladie (plan d'action en MPOC, fiches d'enseignement sur le diabète élaborées en collaboration avec Diabète Québec, etc.)

Créer des environnements sains

Vu l'influence significative qu'exerce l'environnement sur le comportement et le bien-être des individus, la création d'environnements sains a justement pour objectif de mettre en place des conditions de vie ou de travail favorables à des modes de vie sains et équilibrés.

Les stratégies environnementales sont conçues et déployées conjointement avec des partenaires locaux et régionaux pour favoriser l'accès à un logement adéquat, le développement de pistes cyclables sécuritaires, un système de transport public efficace, une meilleure qualité de l'air, un aménagement urbain favorable à la santé, etc.

Développer des politiques saines

Les stratégies pour le développement de politiques publiques saines telles que des politiques alimentaires en milieu scolaire ou une réglementation adéquate en matière d'aménagement urbain ont été conçues en combinant différentes approches : des représentations scientifiques, des activités d'influence auprès des décideurs régionaux et locaux, la promotion de modèles organisationnels de 1^{re} ligne performants, etc.

Des politiques qui favorisent la santé et le bien-être ont également été élaborées, tout comme la création d'environnements sains et le renforcement de l'action communautaire, dans le dessein de réduire les inégalités sociales de santé.

Renforcer l'action communautaire

Les liens formels entre le système de santé et les ressources de la communauté, de même que l'autonomisation des communautés, ont un impact certain sur les déterminants environnementaux et comportementaux des maladies chroniques ainsi que sur la mise en place de conditions favorables à la santé. Le réseau des acteurs de santé publique interpelle, mobilise et soutient les acteurs communautaires dans la mise sur pied de mécanismes de participation citoyenne, d'initiatives visant à améliorer le bien-être des communautés, d'activités d'éducation populaire et d'actions d'influence intersectorielles concertées.

Plusieurs projets ou activités développés visant à créer des environnements favorables et des politiques publiques saines sont aussi réalisés par les acteurs communautaires et intersectoriels avec le soutien de la Direction régionale de la santé publique.

La planification des programmes cliniques de gestion des maladies chroniques se fait aussi conjointement avec des associations de patients telles que Diabète Québec, l'Association pulmonaire du Québec (APQ), l'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC) etc., ou des organismes locaux tels que les YMHA et les YMCA afin d'assurer la globalité et la continuité des interventions.

Annexe II – Planification et mise en œuvre d'un programme de gestion des maladies chroniques

Régionalement, le groupe de travail clinique formation/évaluation, relevant du Comité consultatif du programme :

- détermine les clientèles cibles en 1^{re} ligne médicale;
- établit des suggestions de critères de référence en 2^e et 3^e lignes;
- détermine la composition de l'équipe interdisciplinaire;
- élabore la programmation du projet pilote. Cette programmation, basée sur des données probantes et des consensus d'experts, comprend les modalités de suivi par le médecin de famille et le médecin spécialiste, s'il y a lieu, en plus de celles des membres de l'équipe interdisciplinaire;
- détermine la séquence des interventions et précise le rôle, les responsabilités et les tâches de chacun des intervenants (professionnels et médecins);
- conceptualise des outils de gestion à l'intention des chargés de projet du CIUSSS, dont un fichier d'évaluation des besoins en ressources humaines nécessaires au suivi des patients inscrits au programme, ainsi qu'un modèle de rédaction de projet pour aider les gestionnaires du CIUSSS dans la planification d'un programme de gestion des maladies chroniques;
- conceptualise en partenariat avec les sociétés savantes des outils cliniques, les sections dédiées du programme qui sont intégrées dans le formulaire de référence régional, ainsi que du matériel didactique harmonisé régionalement pour les professionnels, les patients et leur famille;
- définit l'offre de formation requise pour tous les programmes régionaux de gestion des maladies chroniques en collaboration avec les sociétés savantes;
- sélectionne les indicateurs de performance et définit la procédure, en lien avec le suivi des indicateurs cliniques et administratifs.

Le Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques approuve par la suite le CIUSSS qui aura le rôle d'actualiser le projet pilote en maladies chroniques.

Chaque projet comporte trois étapes :

- 1) La planification comprend les activités requises pour la mise en œuvre du projet pilote;
- 2) La mise en œuvre correspond à l'inscription du premier patient;
- 3) L'évaluation débute à l'inscription du premier patient au programme.

Localement, le CIUSSS désigne un porteur de dossier ou un chargé de projet. Une série d'activités sont requises pour la planification et la mise en œuvre d'un projet par le CIUSSS.

Planification

Le CIUSSS devra :

- 1) mettre en place un comité de coordination local comprenant, entre autres, un médecin de famille représentant la 1^{re} ligne médicale et un médecin spécialiste, dont la formation est en lien avec la maladie chronique ciblée. La participation des médecins de famille est essentielle à la réalisation d'un projet.
- 2) dresser un état de la situation de l'offre de services actuelle :
 - Portrait de l'utilisation des services de santé par les personnes du CIUSSS souffrant de la maladie chronique ciblée, à partir des documents produits par la DSP et l'INSPQ;
 - Portrait des personnes du territoire/prévalence;
 - Évolution du suivi ambulatoire, des hospitalisations et des visites à l'urgence;
 - Portrait de l'organisation médicale de 1^{re} ligne;
 - Services offerts en 1^{re} et 2^e lignes et trajectoires de soins (centre de jour, hôpital de jour, centre d'enseignement, clinique spécialisée, programmes de réadaptation, etc.);
 - Services offerts en promotion de la santé et pratiques cliniques préventives : dont les Centre d'abandon du tabagisme;
 - Liens avec les organismes communautaires et associations de patients.

- 3) faire approuver les clientèles cibles en 1^{re} et 2^e lignes médicales, les critères de référence en clinique spécialisée et les processus cliniques (séquence des interventions) par les médecins du Comité de coordination local;
- 4) adopter les indicateurs cliniques et administratifs définis par le Comité consultatif;
- 5) estimer le volume de la clientèle et les ressources humaines requises;
- 6) mettre en place un mécanisme permettant la circulation fluide de l'information entre les intervenants de l'équipe et le médecin de famille;
- 7) définir les modalités d'accès aux services et au plateau technique, s'il y a lieu,;
- 8) déterminer un site et des locaux du CIUSSS pour les rencontres individuelles et en groupe avec les patients;
- 9) faire approuver le projet clinique par le Comité de coordination local;
- 10) déposer le projet au Comité consultatif, puis au Comité du réseau montréalais de gestion des maladies chroniques

Mise en œuvre

Le CIUSSS devra :

- 1) déterminer ou embaucher les ressources humaines nécessaires à la mise en place des équipes cliniques interdisciplinaires;
- 2) former, le cas échéant, un comité de travail pour :
 - élaborer un système d'ordonnance collective pour l'ensemble des intervenants du territoire;
 - autres etc.;
- 3) développer, à partir des outils de communication créés régionalement, des stratégies de communications à l'intention des médecins de famille, afin de faire la promotion du Programme de gestion des maladies chroniques. Cette promotion se fera par des rencontres organisées dans les cliniques de 1^{re} ligne, au cours desquelles le médecin spécialiste et/ou le médecin omnipraticien du CCL, en collaboration avec le responsable médical de chacune des cliniques, présentera le projet et sollicitera la collaboration des médecins.

- 4) offrir, en collaboration avec les sociétés savantes, les formations requises aux professionnels des programmes de gestion des maladies chroniques;
- 5) déterminer la date de début du projet.

Pour mettre sur pied un projet, le CIUSSS devra intégrer les ressources et les services, notamment les services préventifs, en plus d'assurer l'harmonisation des pratiques et des outils cliniques au sein de son organisation.

Le CIUSSS doit également décrire les services existants et les lacunes de l'offre de services actuelle, en fonction des six éléments du modèle de Wagner. S'il y a lieu, le CIUSSS peut également présenter les enjeux en lien avec la réalisation d'un projet de prévention et gestion des maladies chroniques.

Certains facteurs sont des éléments facilitants pour mettre en œuvre des programmes, soit :

- Un chargé de projet engagé et soutenu par les instances locales du CIUSSS;
- L'appui au projet du CMDP du CIUSSS et de la table locale du DRMG, ainsi que des associations professionnelles (AMOM/FMOQ et FMSQ);
- Un médecin spécialiste impliqué pour assurer le rôle de chef clinique;
- Des milieux de pratique où la majorité des médecins de famille sont regroupés en GMF;
- Les ressources professionnelles requises (nutritionnistes, kinésioles, pharmaciens, infirmières, travailleurs sociaux ou psychologues, etc.) disponibles dès la planification du projet;
- Une culture d'amélioration de la qualité et de remise en question continuelle, qui faciliteront les changements de pratique qu'impliquent ces nouvelles façons de faire.

Annexe III – Recommandations d’experts relativement à la mise sur pied de nouveaux programmes cliniques de gestion des maladies chroniques

Prédiabète - Diabète

Des données australiennes montrent que le prédiabète toucherait jusqu’à 16,4 % de la population adulte de 25 ans et plus ⁽³⁷⁾. La prévalence du prédiabète demeure inconnue au Canada. **Selon le Modèle canadien des coûts du diabète ^(48; 49) établi en 2016, on estime que la prévalence du prédiabète au Canada se situait à 20 %.** On considère qu’approximativement 50 % des personnes prédiabétiques deviendront carrément diabétiques sur une période de 10 ans ⁽³⁸⁾. Il a été démontré que la modification des habitudes de vie (alimentation, sédentarité, tabagisme) chez les personnes prédiabétiques diminue d’environ 60 % le risque d’évolution vers le diabète après 3 ou 4 ans ⁽³⁸⁾.

Selon le Modèle canadien des coûts du diabète ^(48; 49) de 2016, on estime la prévalence du diabète à 9,2 % au Canada. Si on ajoute le 20 % du prédiabète, ensemble on estime leur prévalence autour de 30 %. Le diabète serait responsable de 30,5 % des AVC, de 40 % des événements cardiaques, de 50 % des insuffisances rénales et de 70 % des amputations non traumatiques. De plus, 30 % des personnes diabétiques présentent des symptômes dépressifs. La croissance du diabète est alarmante; l’Organisation mondiale de la santé parle de véritable épidémie. La maladie coronarienne demeure la principale cause de mortalité chez les personnes diabétiques, pouvant ainsi réduire leur espérance de vie de près de 15 ans. Près de 80 % des personnes diabétiques de type 2 décèdent d’une complication cardiovasculaire et bon nombre des complications propres au diabète sont attribuables à l’hypertension artérielle. L’hypertension artérielle est approximativement deux fois plus fréquente chez les personnes diabétiques et elle précède souvent le développement du diabète ⁽³⁹⁾.

Dépistage de la rétinopathie diabétique au Québec

La rétinopathie est une maladie à forte prévalence chez les personnes diabétiques. Elle est souvent totalement asymptomatique jusqu’à l’apparition des complications. **Le risque de cécité est 25 fois plus élevé chez les personnes diabétiques ⁽³⁹⁾.** Il existe des traitements pour réduire le risque de

cécité et prévenir sa progression. L’efficacité du traitement est plus grande lorsque le diagnostic est posé tôt et que le traitement est administré en temps opportun. Après analyse des données probantes, et compte tenu des expériences rapportées ailleurs et du contexte actuel au Québec, l’INESS conclut dans son rapport sur le dépistage de la maladie qu’un programme de dépistage de la rétinopathie diabétique au Québec serait pertinent et faisable. L’INESS recommande que les Agences, en collaboration avec les RUIS et leurs centres d’expertise, coordonnent l’instauration graduelle du dépistage systématique de la rétinopathie diabétique par caméra non mydriatique auprès des personnes diabétiques de 12 ans et plus, et assurent en outre la coordination des aspects organisationnels du dépistage en utilisant les corridors de soins intégrés existants ⁽⁴⁰⁾.

Dépistage de la neuropathie diabétique et prévention des lésions du pied diabétique

Une polynévrite sensitivomotrice décelable survient dans les dix ans suivant l’apparition du diabète chez 40 à 50 % des personnes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2 et peut être présente au moment du diagnostic du diabète de type 2. Le sous-diagnostic de la neuropathie est un problème fondamental des soins primaires chez les personnes diabétiques. Cinquante pour cent des neuropathies diabétiques périphériques peuvent être asymptomatiques. Les lésions du pied diabétique et les amputations sont des séquelles importantes et coûteuses de la neuropathie diabétique. **De 15 à 20 % des personnes diabétiques ont présenté une ulcération du pied au cours de leur vie ⁽³⁹⁾.** Une bonne gestion exige une démarche interdisciplinaire. Elle peut prévenir ou guérir les lésions du pied diabétique et réduire considérablement le taux d’amputations. Les comités d’experts des Lignes directrices de pratique clinique de l’Association canadienne du diabète (2008) recommandent, entre autres, le dépistage systématique de la neuropathie périphérique et l’examen régulier des pieds ⁽⁴¹⁾.

Réadaptation cardiaque

Dans son rapport sur la Prévention secondaire et la réadaptation cardiaque, le groupe d'experts du Réseau québécois de cardiologie tertiaire recommande d'offrir des programmes de prévention secondaire et de réadaptation cardiaque dans toutes les régions du Québec. Les économies potentielles générées par un programme national de prévention secondaire seraient considérables, si on inclut les patients ayant souffert d'un syndrome coronarien aigu et ceux qui ont subi une angioplastie coronarienne ou une chirurgie cardiaque. Des économies supplémentaires seraient obtenues si on ajoutait les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Ces programmes devraient être en mesure de stratifier le risque après un événement cardiaque selon les normes reconnues, et de relever et traiter tous les facteurs de risque cardiovasculaires, en misant prioritairement sur les modifications des habitudes de vie ⁽⁴²⁾.

Gestion de la MPOC

La mortalité due à la MPOC augmente de façon épidémique. Première cause d'hospitalisation et troisième cause de décès au Canada, la MPOC constitue un lourd fardeau pour les patients et le système de santé. La prévalence est actuellement largement sous-estimée. Environ 70 % des patients atteints de MPOC sont sous-diagnostiqués, à cause du manque de connaissance de la maladie de la part des médecins et du grand public et de la sous-utilisation de la spirométrie. Dans son rapport sur la *Réadaptation pulmonaire et MPOC...* Une évidence, paru en 2008, le Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM) recommande une gestion intégrée de la MPOC (incluant la réadaptation pulmonaire), ce qui pourrait, dans un territoire donné, faire l'objet d'un projet clinique spécifique ou faire partie d'un projet clinique intégré en maladies chroniques. Le RQAM recommande également l'utilisation systématique du programme *Mieux vivre avec une MPOC* comme outil d'autogestion et d'éducation ⁽⁴³⁾.

Gestion de l'asthme

L'asthme est un problème de santé courant au Canada, qui touche environ 6 % des adultes et 12 % des enfants et adolescents. Cette maladie impose toujours un lourd fardeau au système national de santé, réduit la productivité au travail et influe sérieusement sur la qualité de vie des asthmatiques et de leur famille. S'il est vrai que les taux de mortalité ont baissé dans les années 1980 et 1990, les données épidémiologiques et celles sur l'hospitalisation donnent à penser que la prévalence de l'asthme continue

de progresser. La Conférence canadienne de consensus sur l'asthme a élaboré des lignes directrices pour la pratique clinique, fondées sur les recherches disponibles. Une application uniforme des lignes directrices pour la pratique clinique, portant sur le diagnostic, l'utilisation des médicaments appropriés, les plans d'autogestion, l'éducation et le suivi mènerait à une meilleure gestion de l'asthme parmi la population. De récentes études canadiennes semblent indiquer qu'il y a un écart entre les mesures recommandées dans les lignes directrices et la pratique réelle dans tous les domaines visés par les lignes directrices ⁽⁴⁴⁾.

Gestion de l'ostéoporose et des fractures de fragilisation

L'ostéoporose constitue, après le cancer et les maladies cardiaques, le troisième plus important problème de santé physique au Québec. Les résultats de l'étude ROCQ (*Reconnaître l'ostéoporose et ses conséquences au Québec*) révèlent que 80 % des cas de fractures rapportés chez les femmes de 50 ans et plus étaient directement liés à l'ostéoporose et que 80 % de ces femmes n'avaient jamais été diagnostiquées ni traitées pour cette maladie (Étude ROCQ 2008). Sans traitement, les patients ayant subi une fracture sont considérés à risque extrêmement élevé de récidiver. L'impact sur le système de soins de santé est important et les coûts sur l'ensemble de la société sont considérables. Les fractures ostéoporotiques entraînent une hausse de la durée de l'hospitalisation et un accroissement des cas placés en établissement. Le Livre blanc *Vers un avenir sans fractures* lancé par Ostéoporose Canada en 2011 démontre la nécessité d'avoir des programmes coordonnés de soins post-fracture, pour déterminer et traiter les patients ayant subi une fracture de la hanche, de la colonne et d'autres fractures ostéoporotiques ^(45; 46).

Gestion de l'ostéoarthrose/ostéoarthrite

L'arthrose est la forme d'arthrite la plus courante. La maladie limite l'activité quotidienne et la qualité de vie de ceux qui en sont atteints. Elle perturbe la productivité au travail et représente un lourd fardeau socioéconomique. La prolifération croissante de l'obésité au Canada, conjuguée au vieillissement de la population présagent une hausse considérable de la prévalence de l'arthrose au cours des prochaines années. Les quatre piliers du traitement sont la réduction de la douleur, le maintien et l'amélioration de la mobilité articulaire, le contrôle de l'incapacité fonctionnelle et l'amélioration de l'autogestion.

Gestion de la douleur chronique non cancéreuse

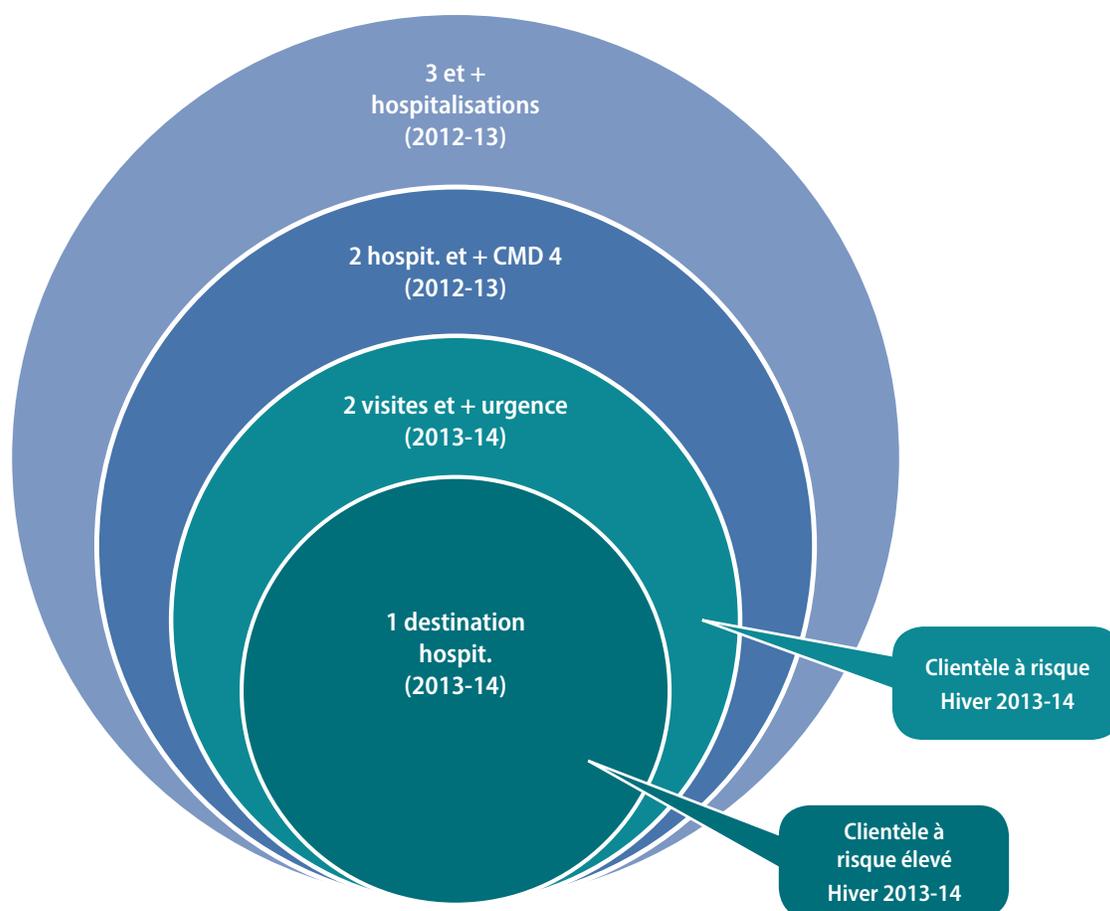
Dans son rapport sur la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse, l'INESSS conclut que la douleur chronique doit être considérée comme une entité pathologique chronique à forte prévalence et, de ce fait, comme une priorité dans l'allocation des ressources de santé. Il y a actuellement pénurie de services de santé adéquats au Québec pour les patients souffrant de douleur chronique. Les structures et les services de 1^{re} ligne doivent être organisés de façon à ce que le diagnostic et le traitement de la douleur chronique puissent être établis à temps. Les services spécialisés doivent être réservés aux cas plus complexes de douleurs persistantes réfractaires. Les guides de pratique clinique canadiens sur la gestion de la douleur chronique préconisent le modèle interdisciplinaire à tous les niveaux du système de santé. Un projet pilote, chapeauté par un RUIS, pourrait constituer le point de départ de la réorganisation des services destinés aux patients souffrant de douleur chronique ⁽⁴⁷⁾.

Annexe IV – Procédure extraction Grands consommateurs (2013-2014)

Cette procédure décrit les étapes d'identification de la cohorte hiver 2013-2014 de patients présentant une pathologie respiratoire et un profil élevé de consommation de services hospitaliers.

Tout comme l'indique la figure 1, la création de listes successives permet de refermer l'entonnoir sur la clientèle à haut risque de réhospitalisation pour une pathologie respiratoire. On procède d'abord à l'identification des personnes hospitalisées plus de trois fois en 2012-2013, puis on sélectionne celles présentant un profil de pathologie respiratoire amenant des réhospitalisations. Ensuite, l'entonnoir se ressert sur les personnes qui continuent à consommer des services en 2013-2014. Ceci permet d'identifier les personnes actuellement « à risque élevé » et « à risque ».

Figure 1. Processus d'identification de la cohorte 2013-2014



Création de la liste « a » – personnes hospitalisées 3 fois et + en 2012-2013 pour l'installation

Source des données : Impromptu ou un autre système interne

- 1) Identifier les personnes hospitalisées 3 fois et +, entre le 1er avril 2012 et le 31 mars 2013 pour l'installation. Ceci crée votre liste « a ».

Création de la liste « b » – patients hospitalisés 3 fois en 2012-2013 avec au moins deux hospitalisations pour un CMD4, à l'exclusion de certains diagnostics

Source des données : Impromptu ou un autre système interne

- 1) Identifier les personnes de la liste « a » ayant été hospitalisées au moins deux fois, entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mars 2013, pour un CMD4.
- 2) Exclure les individus décédés.
- 3) Exclure les personnes hospitalisées uniquement pour les DRG 120, 121, 130, 133, 134, 135, 142, 144 en diagnostics principaux. Si la personne a été hospitalisée au moins une fois pour un autre diagnostic du CMD4, elle est intégrée au groupe.

Liste des DRG à exclure

- 120 Opérations majeures sur le thorax ou les voies respiratoires
 - 121 Autres opérations sur le thorax ou les voies respiratoires
 - 130 Affections de l'appareil respiratoire, avec ventilation artificielle de 96 heures et plus
 - 133 OEdème pulmonaire ou insuffisance respiratoire
 - 134 Embolie pulmonaire
 - 135 Traumatisme majeur du thorax ou des voies respiratoires
 - 142 Pneumopathie interstitielle
 - 144 Manifestations cliniques ou affections mineures des voies respiratoires
- 4) Ce groupe forme la liste « b ».

Création de la liste « b+ » – Patients de la liste « b » moins ceux déjà intégrés à la cohorte de grands consommateurs

- 1) De la liste « b », soustraire les personnes faisant déjà partie de la cohorte de grand-consommateurs de services; c'est-à-dire les personnes identifiées « à risque élevé » et « à risque » lors des extractions précédentes, ceci crée votre nouvelle liste « b+ ».

Création de la liste « c » – Patients de la liste « b+ » ayant fréquenté l'urgence 2 fois et + depuis le 1er avril 2013

Via le système de gestion de l'urgence

- 1) À partir de la liste « b+ », obtenir les dates de consultation à l'urgence entre le 1er avril 2013 et la date d'extraction des données.
- 2) Identifier les patients ayant eu deux visites et plus à l'urgence. Ceci crée la liste « c ».

Création de la liste finale – CMD 4 Clientèle à risque élevé 2013-2014

Via le système de gestion de l'urgence

- 1) À partir de la liste « c » identifier les patients ayant eu au moins une consultation à l'urgence avec comme destination « hospitalisation » entre le 1er avril 2013 et la date d'extraction de données. Ce groupe de personnes constitue la liste actuelle : **CMD4 Nouvelles personnes à risque élevé.**

Création de la liste finale – CMD 4 Clientèle à risque hiver 2013-2014

- 1) Retrancher les personnes identifiées « à risque élevé » de la liste « c ».
- 2) Ceci crée la liste actuelle – **CMD4 Nouvelles personnes à risque 2013-2014**

Informations complémentaires pour l'analyse du dossier

L'identification de la cohorte étant terminée, le gestionnaire répondant grands consommateurs (GC) devra coordonner une analyse de dossier et un plan d'action pour les patients « à risque élevé » et « à risque ».

Pour ce faire, il devra consulter plusieurs informations complémentaires soit :

- a) Numéro de dossier
- b) Numéro RAMQ
- c) Date de Naissance
- d) Sexe
- e) Code postal
- f) Territoire de CLSC
- g) CSSS
- h) Dates d'hospitalisation en 2012-2013 et en 2013-2014
- i) Nombre de jours total d'hospitalisation en 2012-2013
- j) Diagnostics principaux
- k) Diagnostics secondaires (13 principaux)
- l) Type de provenance
- m) Type de destination
- n) Nombre de visites à l'urgence en 2013-2014

Annexe V – Processus cliniques régionaux des programmes offerts

Programme RCM – PRÉVENIR ET AGIR SUR LE DIABÈTE ET L’HYPERTENSION ARTÉRIELLE – PROGRAMME DE MODIFICATION DES HABITUDES DE VIE

	Recrutement	VISITE 1 ou stage	VISITE 2 1 mois	VISITE 3 2 mois	VISITE 4 3 mois	VISITE 5 4 mois	VISITE 6 6 mois	VISITE 7 12 mois	VISITE 8 1,5 mois	VISITE 9 18 mois	VISITE 10 24 mois
RENCONTRES INDIVIDUELLES	Médecin de famille	X			PRN			X		X	X
	Nutritionniste		X		X		X	X		X	X
	Infirmière		X				SI HTA	X			X
RENCONTRES DE GROUPE	Équipe interdisciplinaire: inf., dtp., kin, pharma, intervenant psycho-social		Rencontre 1	Rencontre 2		Rencontre 3			Rencontre 4		
	Kinésiologue							Possibilité de participer à un programme d'activité physique en CSSS (Diabetaction) ou référence dans la communauté			
ÉVALUATION	Habitudes de vie										
	Pression artérielle						SI HTA				
	Relevé de la médication										
	A1C										
	Bilan sanguin complémentaire										
	Rapport de suivi au médecin de famille										
	Centre d'abandon au tabac (PRN)										

Programme MPOC – ENSEMBLE POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DE LA MPOC

	Soutien de coordination										VISITE 1	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	6 mois	9 mois	12 mois	15 mois	18 mois	24 mois		
	Repérage	Spiromètre	Confirmation diagnostique	Priorité clinique																			
Médecin de famille																							
Inhalothérapeute																							
Infirmière																							
Nutrition (au besoin)																							
Infirmière, nutritionniste, kinésiologue, intervenant psychosocial, conseillère en promotion de la santé (CAT) et pharmacien																							
Kinésiologue																							
Pharmacien																							
Rapport de suivi au médecin de famille et au pharmacien communautaire																							

RENCONTRES DE GROUPE /
ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Programme d'activité physique intégré RCM/MPOC
Orientation vers ressources communautaires

★ Consultation auprès du pharmacien par le patient ou par un professionnel de la santé

Rencontres facultatives conditionnelles à l'évaluation :

Autres références au besoin : Centre d'abandon du tabac (CAT)

Programme en douleur chronique – LOMBALGIE

		Recrutement	Dépistage	Évaluation inter-disciplinaire initiale	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4 (1 mois)	Semaine 5	Semaine 6	3 mois	4.5 mois	6 mois
Médecin omnipraticien (traitant)		X											
ÉVALUATION INTERDISCIPLINAIRE	Médecin champion (douleur)		PRN	X						PRN	X		X
	Infirmière clinicienne			X						X	X		X
	Physiothérapeute		PRN	X									X
	Psychologue		PRN	X									X
RENCONTRE INDIVIDUELLE	Infirmière clinicienne				X	X	PRN	PRN					
	Physiothérapeute				X	X							
	Psychologue				X	X	PRN	PRN					
RENCONTRES DE GROUPE	Physiothérapeute – Groupes (3-4 patients)						X	X	X				
	Autogestion							Session (6 semaines , 2.5 hrs/semaine)					
	Rétroaction au médecin traitant												
ÉVALUATIONS	Breve anlyse de la douleur			X						X	X		X
	Test d'invalidité « Oswestry »			X							X		X
	Outil de dépistage « StarT Back »			X									
	Échelle de qualité de vie (SF-12 (2.0))			X									X
	Évaluation individuelle face à la douleur (FABQ)			X									
	Outil d'évaluation du risque des opiacés			X*									
	Échelle d'anxiété et de dépression de l'Hôpital (HADS)			X							X		X
	Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)			X						X	X		X
	Évaluation des soins pour un problème chronique de santé			X									X
	Échelle auto-efficacité			X							X		X
	Retour au travail (RAMS)			X*									
	Impression générale du patient sur les changements										X		X
	Enquête sur l'expérience de soins			X									

Référence au besoin aux services suivants: Centre d'éducation pour la santé, nutritionniste, ergothérapeute, kinésologue, travailleur social

*Evaluer au besoin

Programme Ostéoporose : soins post fracture de fragilisation en 1^{re} ligne
– MODIFICATION DES HABITUDES DE VIE

		Référence	VISITE 1	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	Suivi post programme 12 mois
RENCONTRES INDIVIDUELLES	Médecine de famille ou spécialisée	X								
	Nutritionniste		X			X			PRN	
	Infirmière		X						X	
	Spécialiste de l'activité physique		X (Si fx vertébrale)							
RENCONTRES DE GROUPE	Équipe interdisciplinaire: inf. nut. pharm. spéc. AP, intervenant psychosocial			X	X					
	Spécialiste de l'activité physique	Promotion de l'activité physique et prévention des chutes (P.I.E.D.)								
ÉVALUATION	Habitudes de vie									
	Relevé de la médication									
	Observance du traitement Chutes Gestion de la douleur suite à la Fx									
	Bilan sanguin									
	Densité minérale osseuse									
	Rapport de suivi au médecin de famille									

Centre d'abandon au tabac (PRN) ____/____/____

Programme MCAS – PROGRAMME DE RÉADAPTATION CARDIAQUE ET DE MODIFICATION DES HABITUDES DE VIE

		Repérage	VISITE 1	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	6 mois	12 mois	15 mois	18 mois	24 mois
RENCONTRES INDIVIDUELLES	Médecin référent/GMF Milieu 2 ^e ligne											
	Cardiologue /Interniste	Stratification du risque										
	Infirmière											
	Nutritionniste											
	Psychologue /travailleur social (à déterminer)											
	Pharmacien communautaire	Rôle-conseil auprès de l'utilisateur et des membres de l'équipe										
RENC. DE GROUPE	Rencontres de groupe (équipe interdisciplinaire)			1 MCAS	2 RCM		3 RCM			4 RCM		
ÉVALUATION	Mesures anthropométriques et signes vitaux											
	Habitudes de vie											
	Bilan sanguin					A1c*, CK, ALT, LDH		A1c*			A1c*	
	Rapport de suivi au médecin de famille		✉			✉		✉	✉		✉	✉
RENC. IND.	Spécialiste en activité physique en CIUSSS		Post stratification par cardiologue				1 semaine post entraînement	Entraînement et maintien PRN	Entraînement et maintien			
PROGRAMME ENTRAÎNEMENT	Entraînement supervisé (Catherine-Booth) Durée 12 sem.			Risque léger-modéré et risque élevé Sessions de groupe en milieu spécialisé 2 x sem. / 12 sem.								
ÉVALUATION	Questionnaire sur la pratique d'activités physiques et Test 6 min		Test de 6 min			Test de 6 min						

Milieu spécialisé
 PRN
 Rapport d'évolution envoyé au médecin

Au besoin, référence aux ressources du PQAT et autres services

Glycémie à jeun, créatinine sérique, sodium, potassium. Bilan lipidique, apolipoprotéine B : 0 – 12 – 24 mois. CK, ALT, LDH : 0 – 3 mois

*Si patient prédiabétique ou diabétique, ajouter : Hémoglobine glyquée (A1C) : 0– 3– 6– 12– 18– 24 mois Rapport albumine/créatinine urinaire : 0– 12– 24 mois

Annexe VI – Formulaire de référence programmes maladies chroniques

(page suivante) 



DAC001

Nom, prénom:
 Adresse:

 Date de naissance:
 Numéro RAMQ:
 Tél. (travail):Tél. (résidence):

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE PROGRAMMES MALADIES CHRONIQUES

Transmettre votre requête au

Télécopieur: 514

Courriel: xxx@sss.gouv.qc.ca

Téléphone: 514

Programmes (clientèles et critères de référence au verso)

Ordonnance médicale pour prélèvements

Risque cardiométabolique	<input type="checkbox"/> Prédiabète <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Modification des habitudes de vie <input type="checkbox"/> Centre de diabète (stage) <input type="checkbox"/> Consultation en clinique spécialisée HTA	A1C Date PA /	Glycémie à jeun, créatinine sérique, sodium, potassium Bilan lipidique: 0-12-24-(36) mois Rapport albumine/créatinine urinaire: 0-12-24-(36) mois Si patient prédiabétique ou diabétique, ajouter: Hémoglobine glyquée (A1C): 0-3-6-12-18-24-(30-36) mois 9 et 15 mois au besoin
Santé cardiovasculaire	Maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) <input type="checkbox"/> Réadaptation cardiaque et modification des habitudes de vie		Glycémie à jeun, créatinine sérique, sodium, potassium Bilan lipidique, apolipoprotéine B: 0-12-24 mois Si patient prédiabétique ou diabétique, ajouter: Hémoglobine glyquée (A1C): 0-3-6-12-18-24 mois Rapport albumine/créatinine urinaire: 0-12-24 mois
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	<input type="checkbox"/> Programme de modification des habitudes de vie (rapport VEMS/CVF inférieur à 0,7 après l'administration de bronchodilatateur et VEMS égal ou supérieur à 50 % de la valeur prédite) <input type="checkbox"/> spirométrie pré et post administration de salbutamol (200µg) à faire <input type="checkbox"/> spirométrie réalisée (joindre le résultat) <input type="checkbox"/> Consultation en pneumologie		Spirométrie et test de détection du CO expiré: 0-12-24-(36) mois
Douleur chronique	<input type="checkbox"/> Lombalgie <input type="checkbox"/> Premier épisode <input type="checkbox"/> Épisode récurrent ou rechute		
Santé osseuse	<input type="checkbox"/> Ostéoporose		Ostéodensitométrie lors de la référence si non faite depuis 1 an FSC, créatinine, calcium, phosphore, albumine, phosphatase alcaline, TSH: lors de la référence Si patient présente une fracture vertébrale, ajouter: Électrophorèse des protéines: lors de la référence
Santé mentale	<input type="checkbox"/> Dépression majeure		

PARTICULARITÉS	
JOINDRE LA LISTE DES MÉDICAMENTS ET LES RÉSULTATS DE LABORATOIRE PERTINENTS AU PRÉSENT FORMULAIRE	
Signature	
Nom du médecin (en lettres moulées)	
N° de permis	Date
Adresse	
Téléphone	Télécopieur

ENGAGEMENT DE LA CLIENTÈLE (À faire signer au bureau du médecin ou lors de la première visite au Centre d'enseignement du CSSS ou au Centre de jour) J'autorise la transmission de renseignements nécessaires au suivi de ma condition et m'engage à suivre le programme (individuel/groupe) offert au CSSS.
Signature du patient
Date

Programmes (clientèles et critères de référence)

Prédiabète/diabète		HTA	
Risque cardiométabolique : programme de modification des habitudes de vie en 1 ^{re} ligne			
Personne avec : <ul style="list-style-type: none"> • Prédiabète • Diabète traité avec alimentation seulement • Diabète traité avec au moins un médicament (avec ou sans insuline) et A1C ≤ 0,08 (8 %)* * si A1C > 0,08 référence selon le jugement clinique du médecin		Personne avec : <ul style="list-style-type: none"> • PA traitée et maîtrisée • PA en cabinet ≥ 140/90 <ul style="list-style-type: none"> – Si patient diabétique, PA ≥ 130/80 	
Diabète		HTA	
Centre de diabète		Évaluation en clinique spécialisée	
Personne diabétique de type 1 Personne diabétique de type 2 <ul style="list-style-type: none"> • Présentant un diabète instable ou n'atteignant pas les cibles optimales de traitement • Nécessitant une modification et une réévaluation du traitement (médication orale, insulinothérapie, alimentation, activité physique) 		<ul style="list-style-type: none"> • HTA non maîtrisée et traitée avec au moins 3 médicaments antihypertenseurs à doses optimales • HTA non maîtrisée chez un patient atteint de MCAS • Hypokaliémie inexplicquée • Détérioration de la fonction rénale • Présence d'un souffle abdominal ou d'une sténose de l'artère rénale • Protéinurie • Effets indésirables liés à la médication 	
Santé cardiovasculaire			
<ul style="list-style-type: none"> • angor clinique stable • s/p syndrome coronarien aigu/ infarctus du myocarde • Maladie coronarienne confirmée par ECG à l'effort (+), MIBI Persantin ou à l'effort (+), échocardiographie à l'effort (+) ou coronarographie (+) avec lésions > 50 % • s/p angioplastie coronarienne • s/p chirurgie de revascularisation coronarienne 			
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)			
Personne ayant un diagnostic de MPOC confirmé par spirométrie et VEMS égal ou supérieur à 50 % de la valeur prédite		ÉVALUATION EN PNEUMOLOGIE	
CRITÈRES D'EXCLUSION <ul style="list-style-type: none"> • Personne présentant des critères de sévérité (VEMS inférieur à 50 % de la valeur prédite ou grade 5/5 sur l'échelle de la dyspnée du CRM) • Personne présentant des critères d'instabilité de la MPOC 		<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes disproportionnés par rapport au degré de l'obstruction sous traitement optimal • Déclin de la fonction respiratoire • Mauvaise réponse au traitement • Exacerbations graves ou répétées de la MPOC • Besoin d'une évaluation en vue d'une oxygénothérapie • Besoin d'une évaluation en vue d'une réadaptation pulmonaire 	
Douleur chronique: Lombalgie			
<ul style="list-style-type: none"> • Personne âgée de 18 à 75 ans ayant une douleur lombaire non spécifique depuis moins d'un an • Personne n'ayant pas répondu aux traitements conventionnels • CRITÈRE D'EXCLUSION : cas relevant de la CSST ou de la SAAQ 			
Santé osseuse: Ostéoporose			
<ul style="list-style-type: none"> • Fracture de fragilisation après 50 ans aux sites suivants: <ul style="list-style-type: none"> – bassin – hanche – humérus proximal – poignet – vertèbre dorso-lombaire 			
Santé mentale: Dépression majeure			
Patient diagnostiqué selon le DSM-IV (APA, 2003)		<ul style="list-style-type: none"> • Alcoolisme ou toxicomanie connus et prédominants • Crise récente ou résorbée avec risque suicidaire • Autres maladies diagnostiquées, prédominantes sur la dépression majeure telles que trouble de personnalité limite ou narcissique avec acting out 	
CRITÈRES D'EXCLUSION <ul style="list-style-type: none"> • Bipolarité 			



