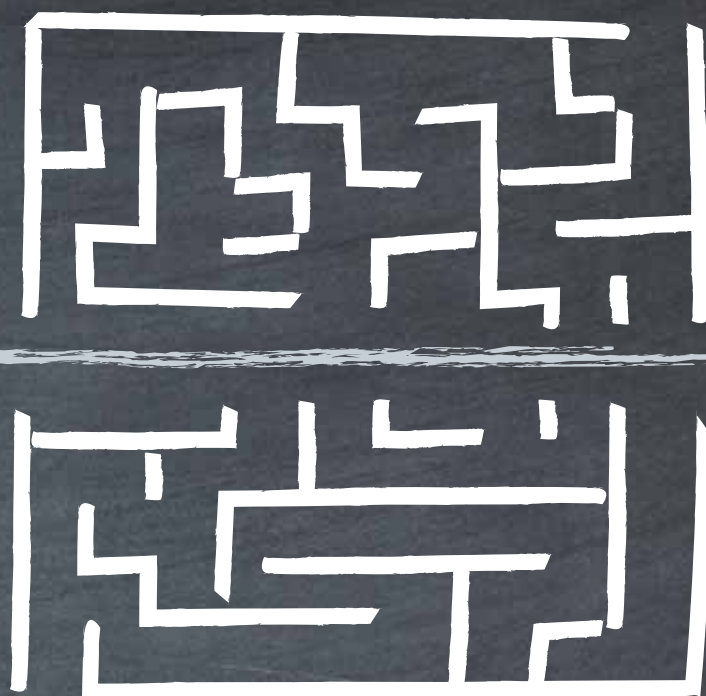


ALLÉGER LE FARDEAU DES MALADIES CHRONIQUES
UNE PREMIÈRE LIGNE TOUTE TRACÉE
POUR DES GÉNÉRATIONS EN SANTÉ



RAPPORT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE 2012

Québec 

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE

UNE PUBLICATION DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM)

Sous la direction de

Jocelyne SAUVÉ, directrice de santé publique, ASSSM
Ginette LAFONTAINE, adjointe à la planification, évaluation et recherche, DSP, ASSSM

Rédaction et coordination des travaux

Julie LOSLIER, médecin spécialiste en santé communautaire, DSP, ASSSM

Comité d'orientation

Suzanne AUGER, coordonnatrice du programme enfance-jeunesse, secteur promotion-prévention, DSP, ASSSM
Francis BELZILE, directeur des programmes jeunesse et santé publique, CSSS Pierre-De Saurel
Denise BETTEZ, coordonnatrice du secteur santé physique, urgences et services généraux, DGACPR, ASSSM
Lyne DAOUST, directrice du réseau santé physique, CSSS du Suroît
Marie-Josée GUILBAULT, conseillère-cadre à l'information de santé publique, DSP, ASSSM
Ginette LAFONTAINE, adjointe à la planification, évaluation et recherche, DSP, ASSSM
Manon NOISEUX, agente de planification, programmation et recherche, secteur surveillance de l'état de santé de la population, DSP, ASSSM
Jacques RICARD, directeur des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels, ASSSM
Catherine RISI, médecin-conseil, programme enfance-jeunesse, secteur promotion-prévention, DSP, ASSSM
Nathalie RUEST, coordonnatrice à la programmation et à la planification des activités en santé publique, CSSS Champlain—Charles-Le Moyne

Révision linguistique

Louise DESNOYERS, technicienne administrative, DSP, ASSSM

Conception graphique et infographie

Empreinte studio

Citation suggérée : Direction de santé publique de la Montérégie (2012). Rapport de la directrice de santé publique 2012. *Alléger le fardeau des maladies chroniques : une première ligne toute tracée pour des générations en santé*, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 60 pages.

REPRODUCTION AUTORISÉE À DES FINS NON COMMERCIALES AVEC MENTION DE LA SOURCE.
CE DOCUMENT A ÉTÉ ÉDITÉ EN QUANTITÉ LIMITÉE ET EST DISPONIBLE EN VERSION ÉLECTRONIQUE À L'ADRESSE WWW.SANTEMONTEREGIE.QC.CA,
SECTION SANTÉ PUBLIQUE.

Dans ce document, le générique, masculin ou féminin, est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Document déposé à Santécom (www.santecom.qc.ca)
Dépôt légal – 3^e trimestre 2012
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN (version imprimée) : 978-2-89342-564-1
ISBN (version pdf) : 978-2-89342-565-8

MOT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le sujet de mon rapport de cette année pourrait en surprendre plusieurs. Pourquoi ? Parce que les objectifs qu'il poursuit relèvent davantage de l'organisation des services curatifs que du programme de santé publique.

Les fondements de ce choix sont bien établis : les maladies chroniques ont un impact immense sur la santé de la population tout comme sur le système de santé. Par nos activités de surveillance de l'état de santé de la population, nous observons les données sur les maladies chroniques qui augmentent d'enquête en enquête, en Montérégie comme ailleurs. Le vieillissement de la population n'est pas sans lien avec cet état de situation inquiétant. Force est de constater qu'il est de plus en plus urgent d'agir pour que cette courbe s'atténue. D'abord, notre première mission consiste à tout mettre en place pour prévenir les maladies chroniques, ce qui a fait l'objet du rapport de l'an dernier *Penser, aménager, réinventer nos environnements pour des générations en santé*. Mais ce n'est pas tout ; il faut également nous assurer de les détecter le plus précocement possible et d'organiser les services de façon à ce que les personnes qui en sont atteintes puissent vivre de nombreuses années en conservant la meilleure qualité de vie possible.



La Direction de santé publique a le mandat de conseiller l'Agence et les établissements sur les services utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables. Le sujet de la gestion des maladies chroniques est tout à fait à propos. C'est ce qui a motivé ce rapport. En collaborant étroitement avec le secteur santé physique, urgences et services généraux et la Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels (DAMUPP) de l'Agence, nous nous sommes assurés de proposer, au réseau, des recommandations pertinentes et adaptées aux réalités locales.

Je souhaite que ce rapport permette à chacun des acteurs impliqués dans la prévention et la gestion des maladies chroniques d'identifier au moins une action à mettre en place pour contribuer à tracer une première ligne forte. Et ce, au bénéfice de la santé de tous les Montérégiens.

A handwritten signature in black ink that reads "J. Sauvé". The signature is fluid and cursive.

Jocelyne Sauvé, M.D.

Directrice de santé publique

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE



Le nombre de personnes qui souffrent de maladies chroniques est en hausse constante depuis plusieurs années partout en Occident et la région de la Montérégie n'y fait pas exception. Comme vous le constaterez dans ce rapport, les quelque 219 000 Montérégiens qui souffrent soit d'un cancer, de diabète, de maladies cardiovasculaires ou de maladies respiratoires se tournent vers le réseau de la santé et des services sociaux pour obtenir des soins adaptés à leur situation, ce qui crée une pression énorme sur tout le réseau. On estime d'ailleurs que 65 % des dépenses en santé sont imputables aux maladies chroniques, ce qui représente plus de 1 milliard de dollars pour la Montérégie.

La lutte aux maladies chroniques est nécessairement une priorité et pour réussir à améliorer la situation, nous devons compter sur des services de première ligne efficaces et bien coordonnés. C'est dans cette optique que l'Agence soutient les établissements de santé et de services sociaux, les médecins et les professionnels qui forment le réseau afin de faciliter le parcours des patients, tant au niveau

de l'accès qu'au niveau de la prise en charge et de la continuité des soins vers d'autres services comme les services spécialisés.

Dans la région, les efforts des dernières années portent leurs fruits. Nous développons des modèles d'organisation, notamment des groupes de médecine de famille (GMF), qui permettent d'offrir à la population des services de santé de première ligne plus accessibles, moins fragmentés et de meilleure qualité. D'ailleurs, avec 36 GMF sur son territoire, la Montérégie est la région du Québec où l'on compte le plus de ce type d'organisation.

D'autres initiatives sont également mises en place afin de répondre de façon plus adaptée aux besoins. Par exemple, le Département régional de médecine générale (DRMG) chapeaute le Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins de santé (CoMPAS). Ce groupe offre des ateliers aux médecins omnipraticiens et aux intervenants de première ligne qui ont comme objectif d'améliorer la condition de santé et le bien-être des patients atteints de maladies chroniques.

Notons aussi le projet d'optimisation de la gestion intégrée des services offerts aux personnes à risque ou avec un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour le Grand Longueuil (CSSS Pierre-Boucher et CSSS Champlain – Charles-Le Moyne). Ce projet qui est soutenu par l'Agence a comme objectif de mettre en place une organisation de services complètement adaptée aux personnes atteintes d'une MPOC. Il est basé sur un modèle de gestion intégré des maladies chroniques, tout en s'appuyant sur des données probantes et sur des expériences similaires menées dans de grands centres hospitaliers américains. En plus d'assurer un meilleur suivi pour les patients, ce projet vise une diminution du nombre d'hospitalisations dans les établissements du Grand Longueuil, ainsi qu'une diminution des coûts hospitaliers.

De plus, dans le cadre du réseau clinico-administratif santé physique, un groupe de travail « maladies chroniques » a été mandaté pour élaborer un cadre de référence pour la mise en place d'une trajectoire de services intégrés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques. En effet, il est démontré que la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques peut permettre de diminuer le taux d'hospitalisation de 40 % pour ces patients ainsi que diminuer les durées de séjour hospitalier. Le fait que ce projet implique tant le volet médical que le volet clinico-administratif facilite également une organisation optimale des services de première ligne et est un facteur essentiel de succès.

Bien que plusieurs expériences et initiatives aient déjà fait leurs preuves, la partie n'est pas gagnée et la première ligne en Montérégie doit continuer de s'améliorer afin de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques.

Vous trouverez dans ce rapport des pistes de solutions qui contribueront à améliorer nos façons de faire et à offrir à la population des soins entièrement adaptés à leur situation.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Richard Deschamps', written in a cursive style.

Richard Deschamps

Président-directeur général

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement tous ceux et celles qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration du présent rapport.

Plus particulièrement, nous souhaitons exprimer toute notre reconnaissance aux personnes suivantes qui ont accepté de lire et de commenter le rapport :

Mylène Beauregard, agente de planification, de programmation et de recherche, DAMUPP, ASSSM

Hélène Blanchette, pharmacienne, Pharmacie Diane Lamarre, Saint-Lambert

Nicole Colette, directrice générale adjointe aux affaires cliniques, CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Claire Dufresne, infirmière-conseil en prévention clinique, CSSS Pierre-Boucher

Luce Gervais, coordonnatrice du secteur santé au travail, DSP, ASSSM

Jean-Pierre Landriault, coordonnateur du programme adultes-personnes âgées, secteur promotion-prévention, DSP, ASSSM

Lise Langlois, directrice des services ambulatoires et de première ligne, CSSS Richelieu-Yamaska

Aimé Lebeau, coordonnateur du secteur surveillance de l'état de santé de la population, DSP, ASSSM

Lucie Moisan, directrice des soins infirmiers et de la qualité, CSSS Jardins-Roussillon

Marie-Johanne Nadeau, coordonnatrice du secteur santé environnementale, DSP, ASSSM

Louise Quesnel, chef du Département régional de médecine générale, ASSSM

Nos remerciements s'adressent également à l'équipe du projet *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*, dont les données ont contribué à enrichir de façon notable le rapport.

Nous tenons tout particulièrement à remercier docteure **Sylvie Provost** et monsieur **Alexandre Prud'homme** pour leur disponibilité tout au long du processus.

Enfin, nous voulons également remercier monsieur **Hervé Anctil** pour ses judicieux conseils quant à la rédaction du rapport.

**TABLE
DES
MATIÈRES**

INTRODUCTION	8
LES MALADIES CHRONIQUES À LA UNE	10
DES CHANGEMENTS S'IMPOSENT	16
LA PIERRE D'ASSISE : UNE PREMIÈRE LIGNE TOUTE TRACÉE	17
<i>Des services accessibles</i>	18
<i>Un cheminement fluide, en continu</i>	21
UN MODÈLE INSPIRANT POUR UNE MEILLEURE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES	22
<i>Pour un patient informé, actif et motivé</i>	23
<i>Pour une équipe de soins formée et proactive</i>	25
D'ABORD ET AVANT TOUT, PRÉVENIR	32
LA PRÉVENTION CLINIQUE	33
CONSTRUIRE SUR LES ACQUIS	34
<i>L'interdisciplinarité au service de la prévention</i>	35
<i>La facilitation : une stratégie prometteuse</i>	36
DES MODÈLES D'ORGANISATION PERFORMANTS	38
LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE – UN MODÈLE EN PLEIN ESSOR	40
TROIS CLÉS POUR UNE MEILLEURE GOUVERNE AU PROFIT DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE	42
LE DRMG ET SES TABLES LOCALES : DES OBJECTIFS COMMUNS POUR UNE PREMIÈRE LIGNE FORTE	43
LES ONZE TABLES DES CHEFS DE DÉPARTEMENT POUR MIEUX FAIRE VALOIR LA MÉDECINE DE FAMILLE	44
LES RÉSEAUX CLINICO-ADMINISTRATIFS : DES LIEUX DE CONCERTATION RÉGIONALE	44
LES ENGAGEMENTS DE L'AGENCE	46
CONCLUSION	50
RÉFÉRENCES	52
ANNEXE 1	54
<i>Les dix recommandations du Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2010</i>	
ANNEXE 2	55
<i>Liste des pratiques cliniques préventives à promouvoir et à soutenir inscrites au Programme national de santé publique 2003-2012 (prolongé jusqu'en 2015)</i>	
ANNEXE 3	56
<i>Indicateurs composant le score de conformité à un idéal-type</i>	
LISTE DES GRAPHIQUES	
Graphique 1. Nombres observés et projetés de nouveaux cas de cancer, Montérégie, 2005, 2011, 2016 et 2021	14
Graphique 2. Nombres observés et projetés de cas de diabète, Montérégie, 2005, 2011, 2016 et 2021	14
Graphique 3. Nombres observés et projetés de personnes ayant une incapacité, Montérégie, 2006, 2011, 2016 et 2021	14
Graphique 4. Ratio médecins de famille (ETP) par 100 000 habitants selon le lieu de pratique, RLS et Montérégie, 2010	18
Graphique 5. Répartition des cliniques médicales selon le rôle de l'infirmière, RLS et Montérégie, 2010	25
Graphique 6. Proportion des cliniques de première ligne ayant des technologies de l'information, RLS et Montérégie, 2010	29
Graphique 7. Score d'exposition des patients aux pratiques cliniques préventives, RLS et Montérégie, 2010	34
Graphique 8. Proportion des patients exposés aux pratiques cliniques préventives ayant une source habituelle de soins de 1 ^{re} ligne, Montérégie, 2010	35
Graphique 9. Conformité à un idéal-type selon le type d'organisation, Montérégie, 2010	39
LISTE DES FIGURES	
Figure 1. Le <i>Chronic Care Model</i>	22
Figure 2. Pyramide de Kaiser Permanent	23

INTRODUCTION

En 1950, moins de 6 % de la population du Québec avait plus de 65 ans. Cent ans plus tard, en 2050, ce sera près de 30 % des Québécois qui auront atteint cet âge. Nous vivons de plus en plus longtemps et, fort heureusement, nous vieillissons en meilleure santé qu'avant. Néanmoins, encore aujourd'hui, nombreuses sont les personnes qui voient leurs dernières années de vie compromises par une maladie chronique, voire plusieurs. Inévitablement, leur qualité de vie s'en ressent. S'il est vrai qu'on ne peut pas guérir ces maladies, il n'en demeure pas moins qu'on peut généralement les prévenir ou encore en limiter la progression et les répercussions.

Les progrès médicaux des dernières décennies sont indéniables. Un simple exemple permet de mesurer la rapidité de l'évolution : un individu victime d'un infarctus il y a 30 ans courait deux fois plus de risques d'en mourir qu'aujourd'hui. Ce faisant, puisqu'on en meurt moins, les maladies chroniques ont gagné en prévalence. Elles posent aujourd'hui des défis nouveaux au système de santé. Traditionnellement organisé autour d'une réponse à des problèmes aigus, le réseau de la santé doit maintenant s'adapter à la présence de maladies qui demandent un suivi plus global, plus continu et à plus long terme. Plus que jamais, les interventions doivent être planifiées sur l'ensemble du continuum santé-maladie : de la prévention jusqu'aux soins palliatifs, en passant par le dépistage, le diagnostic et le traitement.

Dans ce contexte, le rôle des acteurs des services de première ligne dans la prévention et la gestion des maladies chroniques est primordial. La reconnaissance de ce rôle doit toutefois être accompagnée de gestes concrets : renforcer l'accessibilité à la première ligne et aux services spécialisés, donner aux patients un rôle actif dans la gestion de leur santé et de leur maladie, miser sur des équipes de soins interdisciplinaires et outillées pour offrir des soins continus de qualité, soutenir des mécanismes de gestion qui donnent à la première ligne sa juste place. Les obstacles pour atteindre ces objectifs sont encore bien présents, mais les moyens de les surmonter sont connus et à la portée de tous.

LES MALADIES
CHRONIQUES
À LA UNE

Il n'y a pas de définition universelle de ce qu'est une « maladie chronique ». On s'entend toutefois généralement sur certaines caractéristiques qui sont propres à ces maladies: elles ne se transmettent pas, elles ne se guérissent pas, elles évoluent sur des mois, voire des années, et elles ont des impacts considérables sur la vie des gens qui en souffrent.

La liste des maladies qui répondent à ces critères est longue, pensons notamment aux maladies cardiovasculaires, aux maladies pulmonaires chroniques et au diabète qui feront l'objet du présent rapport. Les cancers, bien qu'ils ne présentent pas toujours ces caractéristiques, y seront également inclus en raison notamment de leur évolution lente, des risques de récurrence qui leur sont inhérents et du lourd fardeau qu'ils engendrent.

Pourquoi souffre-t-on de maladies chroniques ?

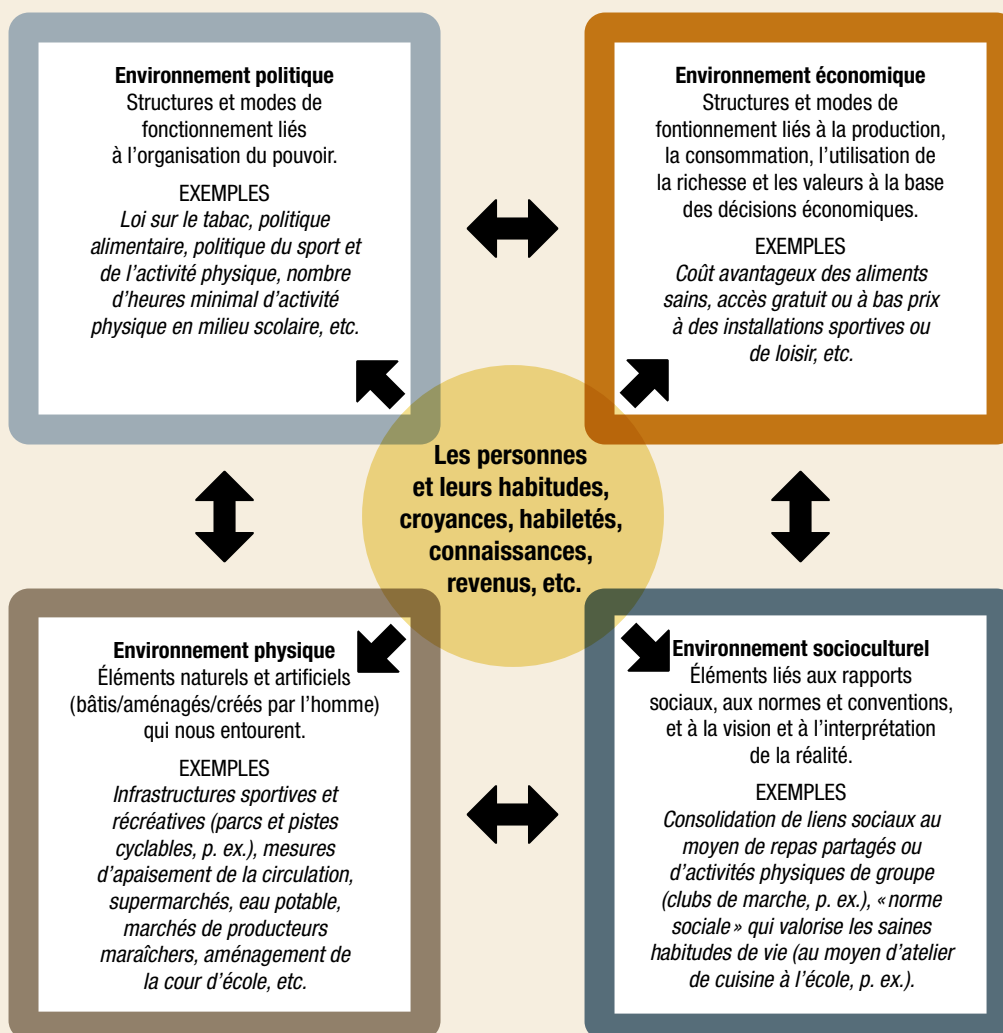
Les maladies chroniques frappent-elles indifféremment ? Est-on seulement malchanceux à la grande loterie de la vie ? Oui et non. Il est vrai que certains facteurs hors du contrôle des individus les prédisposent à souffrir de certaines maladies : le sexe, l'âge, le bagage génétique. Toutefois, parallèlement à ces facteurs dits « non modifiables », le risque d'être atteint de maladies chroniques peut aussi dépendre de choix que l'on fait, principalement en ce qui concerne les habitudes de vie. Fumer, être sédentaire et mal s'alimenter font partie des facteurs qui favorisent l'apparition de plusieurs maladies chroniques. Toutefois, si le fait d'adopter un comportement est une décision qui appartient à chacun, la volonté individuelle n'en est pas le seul déterminant. Le milieu de vie exerce lui aussi une influence sur l'adoption de saines habitudes de vie et, conséquemment, sur la survenue de maladies chroniques. Peut-on se déplacer à pied ou à vélo de façon sécuritaire ? A-t-on accès à des aliments sains ? Y a-t-il des loisirs actifs accessibles à tous ? Ce sont toutes des questions qui illustrent l'importance d'être entourés par des environnements favorables à la santé et à la prévention des maladies chroniques. Ce sujet a d'ailleurs fait l'objet du rapport de la directrice de santé publique de l'an dernier.

Zoom sur le rapport 2011 de la directrice de santé publique

Penser, aménager, réinventer nos environnements pour des générations en santé

En Montérégie, deux adultes sur trois disent vouloir améliorer leur état de santé. Neuf fois sur dix, ils entendent modifier leurs habitudes de vie en bougeant plus, en mangeant mieux ou en cessant de fumer. Voilà plutôt de bonnes nouvelles si l'on considère que de saines habitudes de vie ont de nombreux effets positifs sur la santé et la qualité de vie, notamment en diminuant la survenue de maladies chroniques. Toutefois, il y a plus d'un pas de l'intention à l'action.

LES ENVIRONNEMENTS ET LEURS INTERRELATIONS



Les milieux dans lesquels vivent, étudient, travaillent et se divertissent les Montérégiens peuvent favoriser l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Par des actions sur les environnements physique, économique, social et culturel, les milieux de vie ont le pouvoir d'influencer les habitudes de vie des Montérégiens et donc de contribuer à l'amélioration de leur santé et de leur qualité de vie.

L'état des lieux : y a-t-il péril en la demeure ?

LE PORTRAIT EN MONTÉRÉGIE...

219 000 Montérégiens, soit près d'un adulte sur cinq, disent souffrir d'au moins une maladie chronique.

CANCER

On dénombre chaque année plus de 3 000 décès qui lui sont attribuables.

DIABÈTE

Environ 65 000 adultes mentionnent en souffrir.

MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE

Près de 28 000 Montérégiens rapportent en être atteints et plus de 400 en meurent chaque année.

ASTHME

Environ 88 000 Montérégiens disent en souffrir.

MALADIE OU PROBLÈME CARDIAQUE

Plus de 68 000 adultes disent en être atteints.

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Environ 24 000 Montérégiens déclarent en avoir déjà subi un.

HYPERTENSION

Plus de 224 000 adultes disent avoir eu ce diagnostic.

SURPLUS DE POIDS

Plus d'un adulte sur deux mentionne en avoir un.

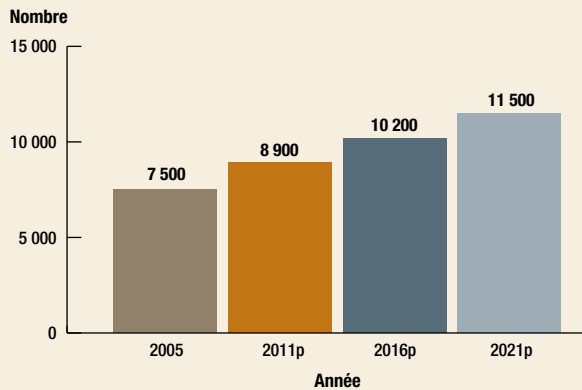
LES DONNÉES AUTO-RAPPORTÉES SOUS-ESTIMENT L'AMPLEUR DU PROBLÈME.

Sources : SOM, Enquête sur les maladies chroniques en Montérégie, 2009.
MSSS, Fichiers des décès.

Les 219 000 Montérégiens qui disent souffrir d'au moins une maladie chronique témoignent du lourd fardeau que ces maladies entraînent. Un portrait inquiétant, certes, qui le devient d'autant plus lorsque l'on se projette dans l'avenir. Si la tendance se maintient, la prévalence des différentes maladies chroniques augmentera de façon importante au cours des prochaines années et cela malgré les progrès médicaux. À preuve, en 2011, environ 9 000 Montérégiens ont reçu un diagnostic de cancer. Et déjà dans cinq ans, leur nombre sera de 10 000. On parle donc d'une augmentation de plus de 10 % et la situation est tout aussi alarmante pour les autres maladies chroniques (graphique 1).

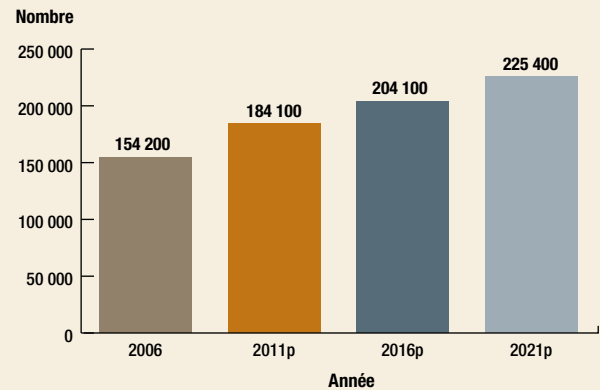
L'espérance de vie augmente sans cesse. Mais gagner des années de vie ne veut pas toujours dire vivre ces années en bonne santé. Des patients souffrant de maladie pulmonaire vivent liés à leur bonbonne d'oxygène. D'autres, atteints d'une maladie cardiovasculaire, peinent à marcher quelques coins de rue. D'autres encore, diabétiques, ont les jambes si mal en point qu'ils ne peuvent plus gravir d'escaliers. Les maladies chroniques compromettent la qualité des dernières années de vie. Pour les Montérégiens, cela représente une moyenne de 13 années de vie avec incapacité. Malheureusement, à la lumière des projections, la situation ne risque pas de s'améliorer si des actions ne sont pas entreprises dès maintenant (graphique 3).

Graphique 1 **NOMBRES OBSERVÉS ET PROJETÉS DE NOUVEAUX CAS DE CANCER¹, MONTÉRÉGIE, 2005, 2011, 2016 ET 2021**



¹ Incluant tous les cancers CIM-9 140 à 239 (excluant les cancers de la peau autre que le mélanome).
p : nombre projeté.
Sources : MSSS, Fichier des tumeurs du Québec.
MSSS, Estimations et projections démographiques, édition 2010.

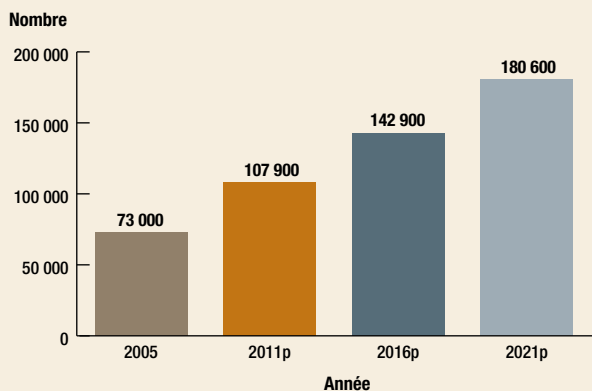
Graphique 3 **NOMBRES OBSERVÉS ET PROJETÉS DE PERSONNES AYANT UNE INCAPACITÉ, MONTÉRÉGIE, 2006, 2011, 2016 ET 2021**



p : nombre projeté.
Sources : Statistique Canada, Recensement de 2006.
MSSS, Estimations et projections démographiques, édition 2010.

En ce qui concerne le diabète, l'augmentation à laquelle nous devons faire face d'ici 5 ans est de plus de 35 % (graphique 2).

Graphique 2 **NOMBRES OBSERVÉS ET PROJETÉS DE CAS DE DIABÈTE¹, MONTÉRÉGIE, 2005, 2011, 2016 ET 2021**



¹ Population de 20 ans et plus.
p : nombre projeté.
Sources : RAMQ, Fichier d'inscription des personnes assurées.
RAMQ, Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte.
MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.
MSSS, Estimations et projections démographiques, édition 2010.

**ON ESTIME QU'ENVIRON 65 % DES COÛTS DE SANTÉ SONT IMPUTABLES
AUX MALADIES CHRONIQUES. EN MONTÉRÉGIE, CELA REPRÉSENTE
ACTUELLEMENT PLUS D'UN MILLIARD DE DOLLARS PAR ANNÉE...
QU'EN SERA-T-IL EN 2031 ? POURRONS-NOUS Y FAIRE FACE ?**

Le fardeau croissant des maladies chroniques pèse sur l'ensemble du système de santé. En 2009, 43 % des adultes montréalais atteints de maladies chroniques avaient visité l'urgence au cours des deux années précédentes, alors que cette proportion n'était que de 24 % pour les Montréalais sans maladie chronique. Les personnes avec maladies chroniques étaient également plus nombreuses à avoir été hospitalisées (32 % vs 11 %).

Si cette situation est préoccupante aujourd'hui, elle le sera d'autant plus dans 5, 10 ou 20 ans. Il faut donc s'y préparer pour être en mesure d'y faire face.



DES
CHANGEMENTS
S'IMPOSENT

Les chiffres le démontrent : il est urgent d'agir. L'organisation des services de santé doit s'adapter pour mieux répondre aux nouvelles réalités imposées par l'évolution des maladies chroniques. Les défis sont grands. Il faut investir en prévention et faire participer davantage les patients à leurs soins. Il faut adapter nos interventions à l'évolution rapide des connaissances. Il faut faire en sorte que le cheminement des patients à l'intérieur du réseau soit fluide tout en évitant les consultations et les investigations non pertinentes. Il faut mieux soutenir le travail des professionnels de la première ligne en mettant à leur disposition des outils et des ressources. Il faut s'assurer que le travail de cette première ligne soit soutenu par des services de deuxième et de troisième ligne accessibles et de qualité ainsi que par des accès adéquats aux plateaux techniques. Atteindre ces objectifs implique de repenser l'organisation des services en gardant en tête les particularités propres à ces maladies évolutives. Il s'agit d'un ambitieux projet. Heureusement, les assises sur lesquelles devraient reposer ces transformations sont de mieux en mieux définies.

LA PIERRE D'ASSISE : UNE PREMIÈRE LIGNE TOUTE TRACÉE

La première ligne joue un rôle central dans la gestion des maladies chroniques. Elle constitue la pierre angulaire d'une approche globale, en lien avec les services spécialisés et ultraspecialisés. Les professionnels de la première ligne agissent à la fois comme musicien et chef d'orchestre : en plus des soins qu'ils fournissent, ils sont les mieux outillés pour assurer la coordination des interventions et la fluidité du cheminement du patient entre les différents professionnels et entre les paliers de services. Pour jouer le rôle qui leur revient, le travail des acteurs de la première ligne doit toutefois être soutenu par des moyens qui garantissent l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins qu'ils dispensent.

Des services accessibles

En 2010, huit Montérégiens sur dix disaient avoir un médecin de famille. Chez les personnes qui souffraient de maladies chroniques, cette proportion était légèrement plus élevée, avec un peu moins de neuf personnes sur dix (87 %). En nombre absolu, cela signifie toutefois que près de 25 000 Montérégiens affligés de maladies chroniques demeuraient sans médecin de famille.

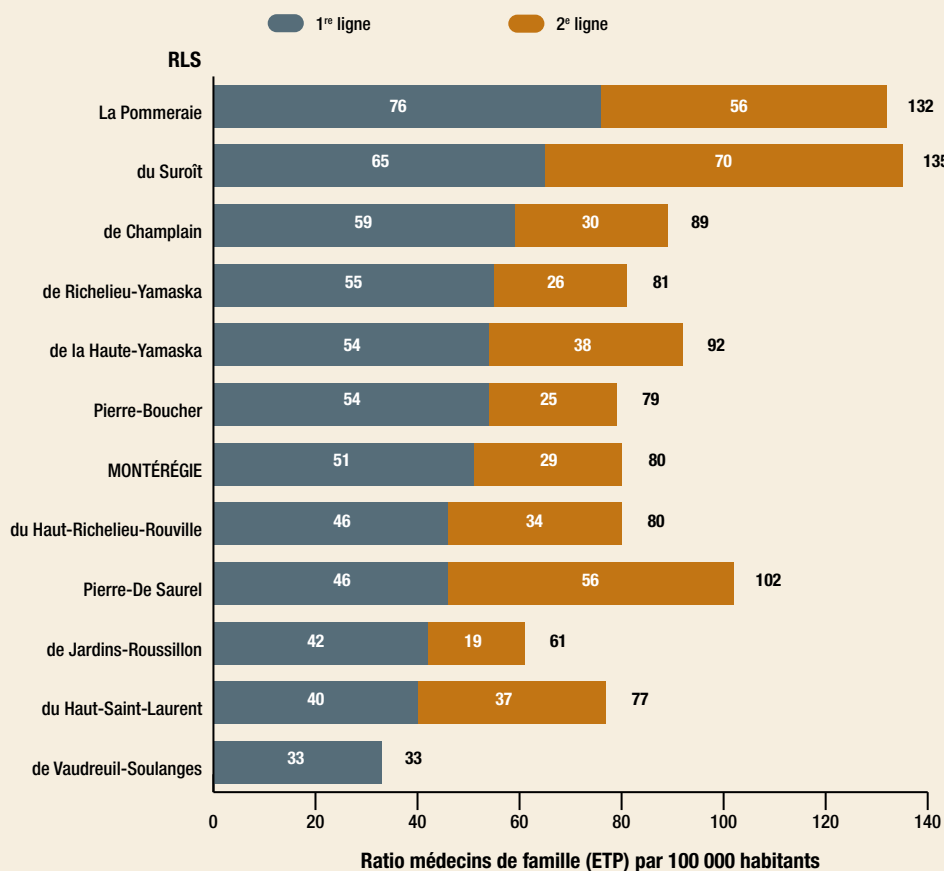
Selon une enquête canadienne, le Québec est la province où l'accès à un médecin de famille est le plus difficile : en 2010, près de 25 % des personnes de 12 ans et plus n'avaient pas de médecin de famille. Cette proportion était de moins de 9 % en Ontario et de moins de 15 % dans l'ensemble du Canada.

L'accessibilité à un médecin de famille dépend de nombreux facteurs, un de ceux-ci étant le nombre de médecins qui

pratiquent. En 2010, la Montérégie comptait en moyenne 80 médecins de famille par 100 000 habitants, répartis dans 221 cliniques. Les disparités entre les différents réseaux locaux de services (RLS) étaient toutefois notables (graphique 4).

Ces ratios à eux seuls ne sont pas un reflet parfait de l'accessibilité à un médecin de famille et n'équivalent pas nécessairement aux proportions de personnes ayant un médecin de famille. En effet, les patients provenant des territoires moins bien nantis en médecins de famille peuvent en trouver un dans d'autres territoires ou régions. Néanmoins, il est légitime de croire que les territoires qui comptent plus de médecins de famille par habitant ont une longueur d'avance en matière d'accessibilité.

Graphique 4 **RATIO MÉDECINS DE FAMILLE (ETP) PAR 100 000 HABITANTS SELON LE LIEU DE PRATIQUE, RLS ET MONTÉRÉGIE, 2010**



Source : CONSOM (2010)

EN 2010... PLUS DE 35 000 MONTÉRÉGIENS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES DISAIENT AVOIR ÉTÉ INCAPABLES DE VOIR UN MÉDECIN ALORS QU'ILS EN AVAIENT RESENTI LE BESOIN. DANS LA MAJORITÉ DES CAS, L'ATTENTE TROP LONGUE EN ÉTAIT LA RAISON.

Guichets d'accès pour clientèle sans médecin de famille

L'accès à des services médicaux de première ligne est particulièrement important pour les personnes qui souffrent de maladies chroniques. En 2007, à la suite d'une entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, tous les CSSS ont procédé à la création d'un poste de coordonnateur médical de première ligne. Suite à cette initiative, les guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille et les incitatifs financiers pour la prise en charge de clientèles vulnérables ont vu le jour. Ce mécanisme de coordination a permis d'accroître l'accessibilité à la première ligne pour les personnes souffrant de maladies chroniques. À ce jour, plus de 32 000 Montérégiens en ont bénéficié.

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie est la seule agence à avoir octroyé un financement récurrent à tous les CSSS de sa région afin qu'ils mettent en place des équipes composées d'une infirmière et d'un agent administratif chargés de l'implantation des guichets d'accès. De plus, elle a récemment effectué une tournée des territoires afin d'évaluer et d'optimiser le fonctionnement de ces guichets.

La disponibilité des ressources est certes un bon point de départ, mais encore faut-il que ces ressources soient accessibles. La clinique médicale est-elle loin du domicile ou du travail? Ses services sont-ils gratuits? Ses heures d'ouverture obligent-elles les patients à s'absenter du travail? Doit-on obligatoirement avoir un rendez-vous pour voir un médecin? Combien de temps faut-il pour obtenir une consultation? Les réponses à toutes ces questions font partie des éléments qui caractérisent l'accessibilité à la première ligne. Autrement dit, avec quelle facilité reçoit-on un service lorsqu'on en a besoin.

Il incombe aux organisations de première ligne de mettre en place des mesures afin d'assurer l'accessibilité aux services pour leurs patients. Les réseaux de garde intégrés qui permettent un partage de plages horaires étendues entre plusieurs médecins ou encore la mise en place d'ententes de services entre professionnels ou organisations en

cas d'absence d'un médecin figurent au nombre de ces mesures. L'adoption de modes novateurs de gestion des rendez-vous, tels que l'accès adapté, est également une voie prometteuse à considérer. Par ailleurs, le travail en interdisciplinarité et le rôle accru des professionnels non médecins favorisent aussi l'accessibilité aux services de première ligne en assurant une répartition plus efficace des activités. Enfin, pour les clientèles qui présentent des conditions plus lourdes, les mécanismes d'accueil clinique peuvent s'avérer précieux en permettant un accès privilégié à des plateaux techniques, diagnostiques ainsi qu'à des services spécialisés.

L'accès adapté : pour une meilleure gestion des rendez-vous

Des patients qui ne réussissent pas à voir leur médecin et qui, trop souvent, se tournent vers l'urgence avec toutes les conséquences qui en découlent. D'autres mécontents des délais de rendez-vous qui s'éternisent. Des heures passées au téléphone pour obtenir un rendez-vous, sans succès, mois après mois... Voilà une réalité bien frustrante pour plusieurs patients de la région, ainsi que pour bon nombre de médecins de famille qui doivent composer avec des listes d'attentes interminables et des journées remplies à recevoir des patients qui attendent depuis des mois.

Des médecins québécois ont décidé de prendre cette situation de front en adoptant une nouvelle façon de gérer leurs rendez-vous : l'accès adapté (advanced access). Cette méthode novatrice, développée aux États-Unis et implantée dans plusieurs provinces canadiennes, mise sur une réorganisation des plages de rendez-vous en réservant une proportion importante des places pour des demandes nécessitant une consultation rapide. La résultante de l'accès adapté est simple : beaucoup moins de rendez-vous pris d'avance, des patients vus lorsqu'ils en ont le plus besoin.

Les médecins québécois qui ont déjà adhéré à l'accès adapté sont des pionniers et témoignent des bénéfices de cette approche. Avec l'intérêt croissant du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec pour cette approche, parions qu'on en entendra de plus en plus parler!

Pour en savoir plus : www.fmoq.org

Les activités médicales particulières : un principe de vases communicants

La répartition actuelle de la pratique des médecins de famille influence de façon importante l'accessibilité aux services médicaux de première ligne. En Montérégie, environ 40 % des activités des médecins de famille se déroulent dans les services hospitaliers, en raison notamment des obligations liées aux activités médicales particulières (AMP). Les AMP visent à assurer la couverture d'activités de médecine générale essentielles à la population, telles que l'urgence, l'hospitalisation, l'obstétrique et les soins de longue durée. Bien que le rationnel derrière les AMP soit louable, le contrecoup sur l'accessibilité aux services de première ligne est négatif.

En réponse à cette situation préoccupante, le Département régional de médecine générale (DRMG) et la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée ont formé un groupe de travail qui a pour mandat de revoir le partage des activités hospitalières entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes ainsi que de proposer des solutions appropriées. Parallèlement à cette démarche, il est crucial de poursuivre les efforts pour valoriser et encourager la pratique de la médecine de famille en première ligne.

QUELQUES PISTES POUR UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ À LA PREMIÈRE LIGNE

Mettre en place des réseaux de garde intégrés par les médecins et les organisations de première ligne

Favoriser le partage des activités entre les médecins et les professionnels non-médecins

Maximiser le fonctionnement des guichets d'accès

Promouvoir l'implantation et la mise en œuvre de projets d'accueil clinique

Être novateur dans la gestion des rendez-vous, notamment en s'intéressant à l'accès adapté

Revoir le partage des activités hospitalières entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes

Un cheminement fluide, en continu

Pour une personne atteinte de maladie chronique, le cheminement à l'intérieur du système de santé peut vite devenir un réel casse-tête. La complexité de la prise en charge de ces maladies met en relief l'importance d'avoir des mécanismes pour éviter une fragmentation des services en assurant une meilleure continuité. Qu'entend-on par « meilleure continuité » ? En fait, le concept réfère à la fluidité avec laquelle chemine un patient parmi les différents services qu'il doit recevoir.

On peut distinguer trois dimensions de la continuité : informationnelle, relationnelle et d'approche. La **continuité informationnelle** réfère à la facilité avec laquelle l'information sur un patient peut être utilisée. À cet égard, les démarches en vue d'intégrer les technologies de l'information au suivi médical s'avèrent indispensables. La **continuité relationnelle**, souvent appelée la relation thérapeutique, dépend des liens créés avec une équipe soignante. En plus des gains observés en ce qui a trait à la satisfaction des patients, ce type de continuité accroît l'observance aux recommandations et aux pratiques

d'autogestion. L'inscription à un médecin de famille est associée à une plus grande fidélisation de la clientèle et s'avère donc un moyen judicieux d'encourager la continuité relationnelle. Enfin, la **continuité d'approche** fait référence à la cohérence entre les soins prodigués par différents intervenants. En ce sens, les mécanismes tels que les protocoles ou trajectoires qui facilitent le cheminement des patients favorisent tous une meilleure continuité d'approche. En outre, pour les maladies plus complexes, des rôles de coordination tels que ceux assumés par les gestionnaires de cas et les intervenants pivots contribuent également à répondre à cet objectif.

En résumé, la continuité est étroitement liée à des relations harmonieuses et privilégiées entre un patient et une équipe de soins, à une bonne circulation de l'information et à des mécanismes de coordination qui favorisent un cheminement fluide dans le système de santé. Les moyens pour remplir ces conditions existent et valent la peine qu'on se les approprie.

QUELQUES PISTES POUR UNE MEILLEURE CONTINUITÉ

Favoriser l'inscription à un médecin de famille pour augmenter la fidélisation de la clientèle

Intégrer les technologies de l'information aux milieux de première ligne

Adopter des protocoles de soins et des trajectoires de services

Pour les cas complexes, favoriser la coordination des soins par un gestionnaire de cas ou un intervenant pivot

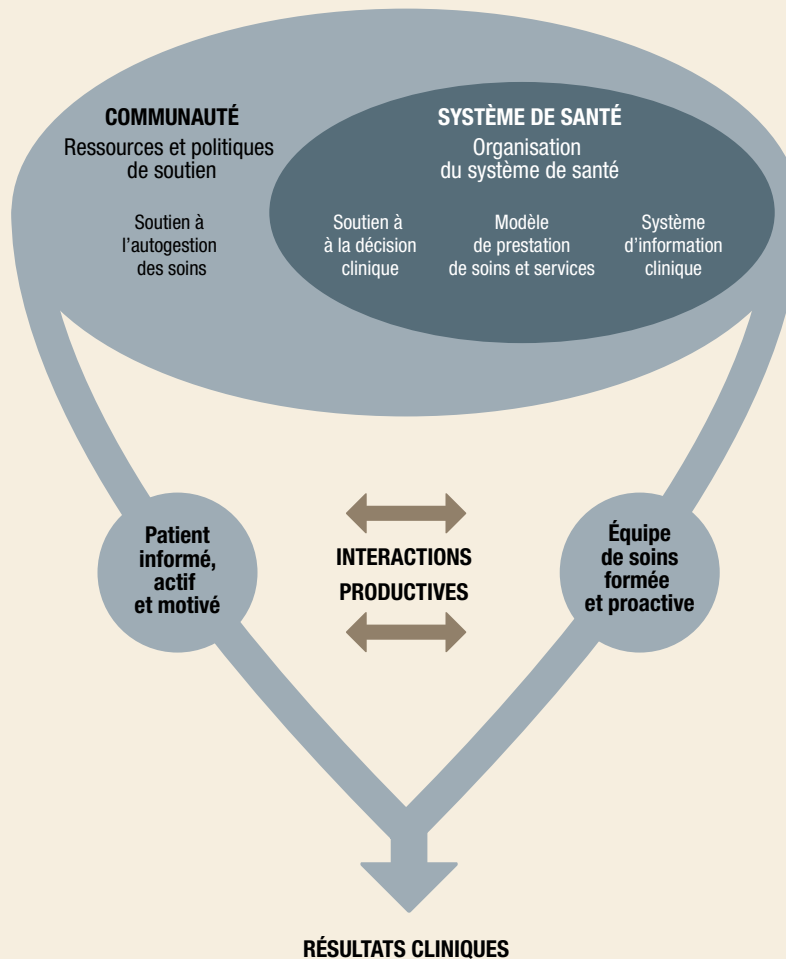
UN MODÈLE INSPIRANT POUR UNE MEILLEURE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

De nombreux modèles d'organisation des soins et services de santé ont été proposés pour s'adapter aux nouveaux besoins imposés par les maladies chroniques. La majorité de ces modèles se rejoignent sur plusieurs aspects, notamment l'importance de la continuité dans la prestation des services, la coordination des soins ainsi que l'importance du travail en interdisciplinarité. Le *Chronic Care Model* (CCM) fait partie de ces modèles de services intégrés (figure 1).

Conçu et expérimenté aux États-Unis au début des années 2000, le CCM s'articule autour de domaines d'intervention associés à une gestion optimale des maladies chroniques (soutien à l'autogestion et la décision clinique, modèle

de prestation de soins et services, système d'information clinique, ressources communautaires et organisation du système de santé). La complémentarité de ces différents domaines vise à générer, selon le modèle, des interactions productives entre des patients informés, actifs et motivés, et des équipes de soins formées et proactives. Bien qu'il soit relativement récent, le CCM a déjà été utilisé par différentes organisations. En Montérégie, il a servi d'assise à l'élaboration du *Cadre de référence pour la mise en place d'une trajectoire de services intégrés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques* par le réseau clinico-administratif santé physique. Son utilisation n'est pas sans fondement; elle permettrait des gains relativement à l'état de santé des patients, à leurs connaissances et leur observance au traitement ainsi qu'à la qualité des soins prodigués.

Figure 1 **LE CHRONIC CARE MODEL**



Pour un patient informé, actif et motivé

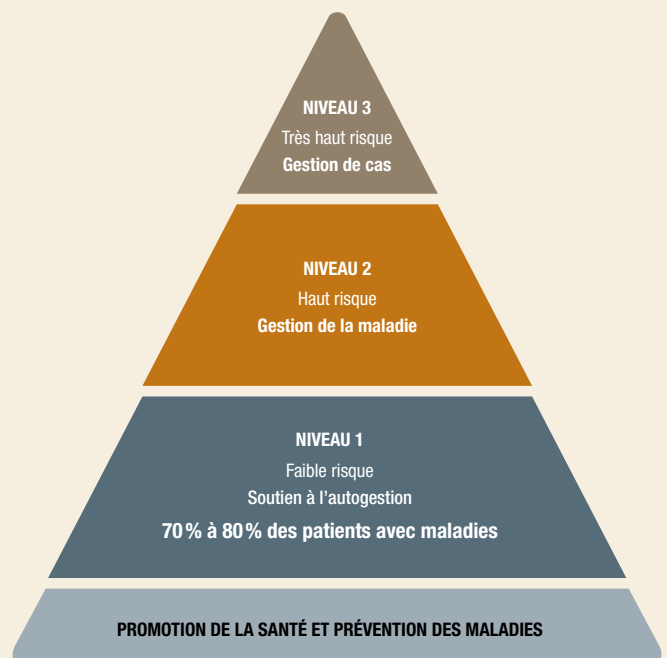
Autogestion, autosoins, patient partenaire de soins, patient expert, autonomisation (*empowerment*) des patients... Nous entendons de plus en plus souvent parler de ces concepts. Et pour cause! Les maladies chroniques requièrent des suivis continus, souvent même quotidiens. Par conséquent, il devient essentiel de faire jouer un rôle actif aux patients dans leurs soins. Ce rôle peut prendre diverses formes, que ce soit de fixer des objectifs de santé, de planifier des actions, d'exercer un suivi ou de trouver des solutions aux problèmes de santé rencontrés. Et les avantages sont indéniables. En plus de réduire la consommation de services (hospitalisations, visites à l'urgence, consultations médicales), l'autogestion a aussi des effets positifs sur l'observance au traitement ainsi que sur l'état de santé même des patients. D'ailleurs, selon l'organisation Kaiser Permanente, 70 % à 80 % des cas de maladies chroniques correspondent à un niveau de risque faible pour lequel le soutien à l'autogestion des soins par le patient est la stratégie à privilégier.

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé soutient que l'autogestion devrait être systématiquement intégrée dans les interventions des professionnels de la santé. En 2010, en Montérégie, moins de 60 % des milieux de soins disaient offrir aux patients une assistance dans l'atteinte d'objectifs de soins, un élément important du soutien à l'autogestion. Il est donc évident que la Montérégie a du chemin à faire pour mieux intégrer cette pratique. Si l'on peut déjà entrevoir certains obstacles à cette intégration, tels que la faible valorisation de ce rôle et le manque de formation des professionnels, il reste que les bénéfices potentiels justifient les efforts.

Le Chronic Care Management Program du Kaiser Permanente

L'organisation Kaiser Permanente est un consortium de soins de santé implanté depuis plus de 60 ans aux États-Unis. En plus d'offrir un plan d'assurance-santé, le Kaiser Permanente propose une organisation des services à ses membres. En 1999, le consortium a mis en œuvre un programme de gestion des maladies chroniques (Chronic Care Management Program) qui repose sur une stratification de l'intervention selon différents niveaux de risque de complications (figure 2). Selon ce modèle, 70 % à 80 % des cas de maladies chroniques correspondent à un niveau de risque faible pour lequel le soutien à l'autogestion est la stratégie à privilégier. Parallèlement, les personnes qui requièrent des soins et services plus complexes en raison d'un niveau de risque élevé ou très élevé (niveau 2 ou 3) représentent moins du tiers des patients atteints de maladies chroniques. C'est pour ces derniers qu'on retirerait le plus de gain à adopter des approches spécifiques impliquant la gestion de la maladie ou la gestion de cas.

Figure 2 **PYRAMIDE DE KAISER PERMANENTE**
Prise en charge des maladies chroniques selon la stratification des niveaux de risque de complications



Les centres d'enseignement pour les maladies chroniques

Les centres d'enseignement s'avèrent des ressources privilégiées pour soutenir le développement d'habiletés d'autogestion chez les patients souffrant de maladies chroniques. À ce jour, les 11 CSSS de la Montérégie se sont dotés de cliniques d'enseignement du diabète (CED). Soutenues par des équipes multidisciplinaires composées d'infirmières, de nutritionnistes et parfois de kinésiologues, les CED ouvrent leurs portes à tous les patients diabétiques et, dans certains cas, aux prédiabétiques. Les professionnels des CED proposent des rencontres de groupe, des rencontres individuelles ainsi qu'un suivi post-enseignement, le tout adapté aux besoins des patients. Enfin, la plupart des centres d'enseignement en Montérégie offrent des services de réadaptation visant à ramener ou maintenir un niveau de fonctionnement optimal dans le milieu de vie des individus.

Dans son projet d'orientation pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, le ministère de la Santé et des Services sociaux préconise de regrouper l'ensemble des services spécifiques aux maladies chroniques en une seule et même équipe de première ligne. En cohérence avec cette recommandation, un groupe de travail régional sur les maladies chroniques voit à soutenir la mise en place, dans chaque CSSS, d'un *centre d'accompagnement et d'interventions en maladies chroniques* (CAIMC), appellation qui remplacera celle de « *centre d'enseignement* ». Les CAIMC comprendront un tronc commun d'activités ciblant principalement l'alimentation et l'activité physique et reposant sur une équipe interdisciplinaire alliant infirmière, nutritionniste, kinésiologue et travailleur social. Des services plus spécialisés en lien avec les pathologies chroniques spécifiques seront également offerts.

Les Montérégiens diabétiques retournent sur les bancs d'école !

Au CSSS Vaudreuil-Soulanges, les équipes interdisciplinaires des centres d'enseignement du diabète ont créé de belles collaborations avec la première ligne. Les nutritionnistes des cliniques d'enseignement du diabète se déplacent dans les groupes de médecine de famille du territoire pour rencontrer les patients diabétiques et des réunions entre l'équipe multidisciplinaire du CED et les infirmières des GMF ont lieu toutes les six semaines. Des activités de groupe en conditionnement physique sont en développement, en partenariat avec l'organisme communautaire Diabète Suroît, et des collaborations ont été amorcées avec les pharmaciens communautaires du territoire.

Au CSSS Haut-Richelieu-Rouville, un suivi systématique a été mis sur pied pour la clientèle atteinte du diabète. L'équipe interdisciplinaire du centre d'enseignement du diabète est composée, en plus des infirmières et des nutritionnistes, de trois endocrinologues qui se déplacent afin d'offrir aux patients un suivi à un seul et même endroit. En 2011, près de 600 patients ont été vus au CED. Un travail de concertation a aussi été réalisé avec les pharmaciens communautaires et les GMF du territoire afin de partager les outils d'enseignement et d'information et d'encourager les mécanismes de référence au CED. Un bel exemple à suivre !

QUELQUES PISTES POUR DES PATIENTS INFORMÉS, ACTIFS ET MOTIVÉS

Faciliter le soutien à l'autogestion par les professionnels de la première ligne, notamment par la formation et le développement d'outils

Consolider les centres d'accompagnement et d'intervention en maladies chroniques, en privilégiant un tronc commun à l'ensemble des maladies chroniques

Faire connaître les centres d'enseignement existants, en optimiser le fonctionnement et l'utilisation et favoriser leurs liens avec les milieux de première ligne

Encourager l'offre de service de réadaptation, notamment dans les centres d'enseignement

Pour une équipe de soins formée et proactive

Répondre aux réalités engendrées par les maladies chroniques implique de pouvoir compter sur une première ligne forte. Alors que la réponse aux problèmes de santé aigus requerrait souvent une approche réactive, les équipes de soins doivent plus que jamais se positionner dans une approche proactive, avec l'objectif de planifier des services pour répondre à des problèmes de santé évoluant à long terme. Pour y parvenir, il importe que les professionnels du réseau travaillent davantage en complémentarité et qu'ils aient accès à des outils et à des ressources qui facilitent la prise de décisions éclairées et un travail efficient.

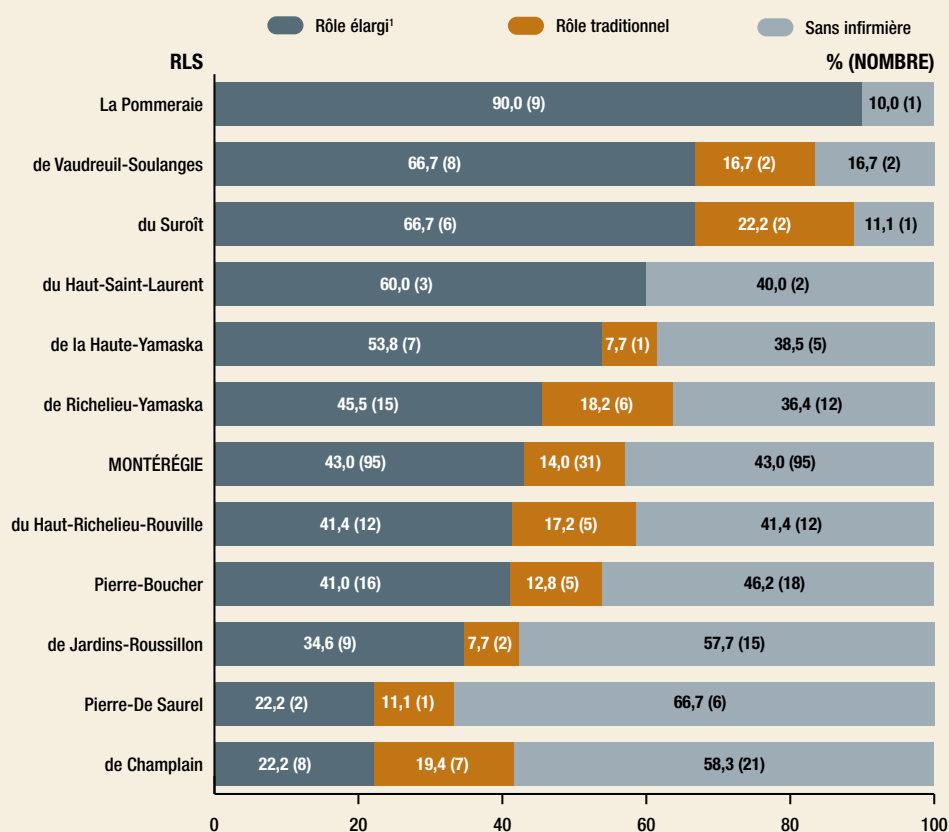
L'interdisciplinarité : le savoir-faire ensemble

L'interdisciplinarité est définie comme la mise en commun des savoirs et des outils de diverses disciplines dans l'atteinte d'un objectif commun. Cela va au-delà du partage du savoir-faire de chacun ; on parle ici du « savoir-faire

ensemble ». Dans le domaine de la santé, cette définition prend tout son sens. Pour la gestion des maladies chroniques, cela devient un incontournable. La réalité est criante : les médecins ne peuvent plus à eux seuls assumer l'ensemble des soins aux patients qui souffrent de ces maladies. Il faut tirer profit des expertises de tous. Mieux encore, il faut les combiner pour que les gains en soient exponentiels. Pour ce faire, la culture et les mentalités doivent changer. Des liens de confiance doivent se tisser entre les médecins et les autres professionnels afin que plus de place soit donnée à l'expertise de chacun. Pour beaucoup de milieux, le pas est déjà engagé dans cette voie ; pour d'autres, il reste encore beaucoup à faire. Il est donc essentiel de partager les modèles de réussite de travail en interdisciplinarité afin que tous puissent s'en inspirer.

Le rôle des infirmières a connu une progression fulgurante au cours de la dernière décennie. En 2003, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* a ouvert la porte

Graphique 5 RÉPARTITION DES CLINIQUES MÉDICALES SELON LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE, RLS ET MONTÉRÉGIE, 2010



Note : les proportions sont présentées à titre indicatif seulement et doivent être interprétées avec prudence étant donné le faible nombre de clinique par RLS.
¹ Rôle élargi : suivi systématique de clientèles, liaison-coordination interorganisationnelle, participation aux décisions cliniques.

Source : Équipe Santé des Populations et Services de Santé, DSP de l'ASSS de Montréal/INSPQ, Enquête auprès des organisations de 1^{re} ligne de Montréal et de la Montérégie, 2010.

à une réorganisation des pratiques professionnelles et au découplage de certains actes qui étaient auparavant réservés aux médecins. Les infirmières ont gagné une reconnaissance de leurs champs d'expertise. Leur rôle s'est élargi, des actes leur ont été délégués. Leur travail est aujourd'hui beaucoup plus parallèle et complémentaire à celui des médecins et, bien qu'il reste encore beaucoup à faire, ces avancées se font déjà grandement ressentir dans la pratique de première ligne. Toutefois, la situation n'est pas la même d'un territoire de CSSS à l'autre (graphique 5).

Déjà plusieurs organisations de première ligne de la Montérégie ont intégré une ou des infirmières au sein de leur équipe. L'exemple des GMF qui prévoient spécifiquement cette disposition est, à cet effet, très inspirant. Pour ces milieux, l'apport de soins infirmiers permet, entre autres, d'améliorer l'accessibilité aux services en allégeant la tâche des médecins, de donner plus de place à la prévention clinique et de favoriser une plus grande coordination des soins. Pour les patients souffrant de maladies chroniques, cela signifie beaucoup.

La création de nouvelles catégories professionnelles au sein de la pratique infirmière, soit les **infirmières cliniciennes** et les **infirmières praticiennes spécialisées**, illustre bien les nouvelles responsabilités dévolues à cette profession. Les infirmières cliniciennes sont depuis de nombreuses années bien présentes en première ligne et leur rôle en suivi des maladies chroniques est bien tangible. Leur participation à l'évaluation, au suivi et au traitement fait de ces professionnelles des partenaires précieuses pour les médecins de première ligne. Toutefois, bon nombre des actes en lien avec le suivi des maladies chroniques sont assujettis à des ordonnances collectives. Or, ces ordonnances collectives sont encore insuffisantes. Par conséquent, les établissements de santé devraient donner priorité à l'adoption d'ordonnances collectives afin d'optimiser l'apport de ces infirmières dans les milieux de première ligne.

Ordonnances collectives et protocoles de soins dans les GMF de la Montérégie

La formalisation de relations de travail sous forme d'ententes négociées, notamment des protocoles de soins ou des ordonnances collectives, constitue une pierre d'assise pour favoriser la collaboration entre les professionnels. En plus d'aider les professionnels des milieux cliniques à mieux se connaître et à se faire davantage confiance, la formalisation joue un rôle important dans l'harmonisation des pratiques et la coordination des services.

Au printemps 2012, l'Agence a mené une enquête afin de tracer le portrait des ordonnances collectives et des protocoles adoptés en Montérégie. Trente et un GMF y ont participé. Les résultats sont encourageants : **près de 200 ordonnances collectives seraient en vigueur dans les GMF de la région.**

Si les premières ordonnances collectives ont vu le jour en 2004, on note un véritable essor depuis 2008. En 2009 seulement, plus d'une soixantaine d'ordonnances ont été adoptées dans les GMF de la région. Dix-sept de ceux-ci comptent d'ailleurs plus de six ordonnances collectives alors que seuls deux GMF n'en ont adopté aucune à ce jour.

Dans plus de neuf cas sur dix, les ordonnances ciblent les infirmières. Près du tiers d'entre elles concernent également les pharmaciens ou d'autres professionnels de la santé. Environ 40 % des ordonnances portent sur la prise en charge et le suivi des maladies chroniques. Parmi celles-ci, c'est le diabète (50 %) et l'hypertension artérielle (14 %) qui viennent en tête de liste. Enfin, 60 % des protocoles concernaient la prévention et le suivi conjoint des maladies chroniques.

S'il s'agit là d'un excellent point de départ, il n'en demeure pas moins qu'il y a place à amélioration. Certaines thématiques pourraient bénéficier d'une formalisation des pratiques plus importante, notamment les maladies pulmonaires chroniques et les maladies cardiovasculaires. Une mise en commun des documents existants et un partage des expériences pourraient contribuer à faciliter la mise en place d'ordonnances collectives dans les milieux cliniques. Il en va de même pour l'élaboration de modèles ou d'ordonnances collectives régionales. À cet égard, l'ordonnance régionale portant sur les thérapies de remplacement de la nicotine est un exemple bien concret d'une action de formalisation qui a une portée sur toute la population montérégienne.

Les infirmières praticiennes spécialisées sont nouvellement arrivées dans le réseau de la santé. Détenant une formation universitaire de deuxième cycle, ces infirmières sont en mesure de prescrire des examens, pratiquer des techniques diagnostiques et instaurer des traitements, et ce, sans qu'une ordonnance collective soit nécessaire. La première ligne est un des cinq domaines de spécialisation de ces professionnelles et la clientèle avec maladie chronique est particulièrement ciblée par cette profession novatrice. Ces infirmières praticiennes spécialisées représentent une voie vers une plus grande complémentarité des rôles avec les médecins de famille, et conséquemment vers une prise en charge plus efficiente des maladies chroniques.

patients (cessation tabagique, diabète, dyslipidémies et autres) soient organisées dans les diverses pharmacies de la Montérégie.

Enfin, à l'instar des infirmières, les pharmaciens communautaires ont vu leur rôle s'élargir graduellement depuis une dizaine d'années, notamment avec l'adoption en 2011 de la *Loi modifiant la Loi sur la pharmacie*. Les diverses ordonnances collectives qui les ciblent témoignent de ce pouvoir accru conféré aux pharmaciens. Dans le champ des maladies chroniques, en plus de l'ordonnance collective régionale en cessation tabagique, des ordonnances locales pourraient notamment permettre

UNE BONNE NOUVELLE ! LA MONTÉRÉGIE S'EST RÉCEMMENT VU ACCORDER 94 POSTES D'INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE. CES PROFESSIONNELLES ENTRERONT GRADUELLEMENT EN FONCTION D'ICI 2017. PLUSIEURS TERRITOIRES DE LA RÉGION COMPTENT DÉJÀ DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE. ON PRÉVOIT QUE DÈS 2013, CHAQUE TERRITOIRE POURRA COMPTER SUR AU MOINS DEUX PROFESSIONNELLES SUPPLÉMENTAIRES.

De tous les professionnels de la santé, les **pharmaciens communautaires** sont sans doute les plus accessibles. Aucune liste d'attente, aucun rendez-vous requis. Pour les personnes qui souffrent de maladies chroniques et qui doivent quotidiennement composer avec un ou des traitements souvent complexes, l'expertise des pharmaciens est inestimable.

Les rôles que tiennent les pharmaciens communautaires auprès des personnes souffrant de maladies chroniques sont variés. L'un d'eux leur appartient en propre : l'expertise dans le traitement pharmacologique. Ils sont les mieux placés pour informer et conseiller les patients sur leur médication ainsi que pour effectuer le suivi de la thérapie médicamenteuse. Leur intervention se traduit notamment par une meilleure observance au traitement. Dans une optique où l'on prône le recours aux pratiques d'autogestion, les pharmaciens communautaires contribuent assurément à impliquer davantage les patients dans la prise en charge de leur maladie.

Le rôle des pharmaciens ne s'arrête pas là. Ils peuvent également agir en amont des maladies chroniques, en participant, entre autres, au counseling sur les saines habitudes de vie. De plus, il n'est pas rare que des journées thématiques portant sur divers sujets d'intérêt pour les

l'ajustement des hypoglycémifiants oraux pour les diabétiques ou des corticostéroïdes en inhalation pour les asthmatiques ainsi que la gestion de l'anticoagulothérapie.

C'est connu, les habitudes de vie jouent un rôle essentiel dans la prévention et le traitement des maladies chroniques. Le rôle des **nutritionnistes** et des **kinésologues** à cet égard est crucial. L'enseignement alimentaire et la planification d'activités physiques adaptées auprès des personnes diabétiques ou hypertendues peuvent améliorer le contrôle de la maladie et même diminuer le recours à la médication. Pour les patients qui souffrent de maladies pulmonaires, l'intervention d'un **inhalothérapeute** peut s'avérer essentielle au contrôle des symptômes. Lorsque les conséquences des maladies chroniques compromettent la vie à la maison, il peut être bien utile d'avoir accès à l'expertise d'un **travailleur social**.

Ce ne sont que quelques exemples pour illustrer à quel point la contribution des professionnels provenant de diverses disciplines est précieuse lorsqu'il est question de la gestion des maladies chroniques. Malheureusement, la couverture publique de ces ressources est insuffisante. Plusieurs patients se tournent donc vers le secteur privé, mais tous n'ont pas les moyens de se payer ces services. C'est pourquoi une optimisation de l'offre de ces services

s'impose. D'une part, les CSSS doivent accorder la priorité à ces ressources dans leur planification. D'autre part, la création et la consolidation de corridors de services entre les milieux de première ligne et ces ressources sont primordiales afin d'assurer un meilleur accès pour tous. Enfin, certains milieux cliniques ont déjà adopté des ordonnances collectives qui ciblent spécifiquement ces professionnels, un moyen fort efficace d'augmenter le travail en interdisciplinarité.

Le soutien à la décision clinique : bien s'outiller pour mieux soigner

Les professionnels de la santé doivent prendre quotidiennement un nombre considérable de décisions. Leur jugement est façonné par la richesse de leur formation et de leur expérience clinique. Il n'en reste pas moins que des outils peuvent être mis à leur disposition pour faciliter la prise de décisions dans des situations précises.

Les outils d'aide à la décision clinique peuvent prendre la forme de guides de pratique, de systèmes de rappel, d'aide-mémoire, de trajectoires de services et autres. Leur utilisation facilite la reconnaissance de situations cliniques qui requièrent une intervention particulière ainsi que le recours aux pratiques fondées sur des données probantes. Ces outils se révèlent aussi un moyen judicieux pour discuter avec les patients des décisions cliniques qui les concernent.

Tous les médecins ont, à des degrés variables, recours à des outils d'aide à la décision clinique. Toutefois, la systématisation et le partage de ces outils sont loin d'être universels. Il existe pourtant des moyens simples d'augmenter le recours à ceux-ci. L'intégration de rappels ou de guides de pratique au dossier du patient ainsi que la participation des professionnels aux activités de formation continue sont des exemples qui devraient être encouragés.

La technologie au service des cliniciens et des patients

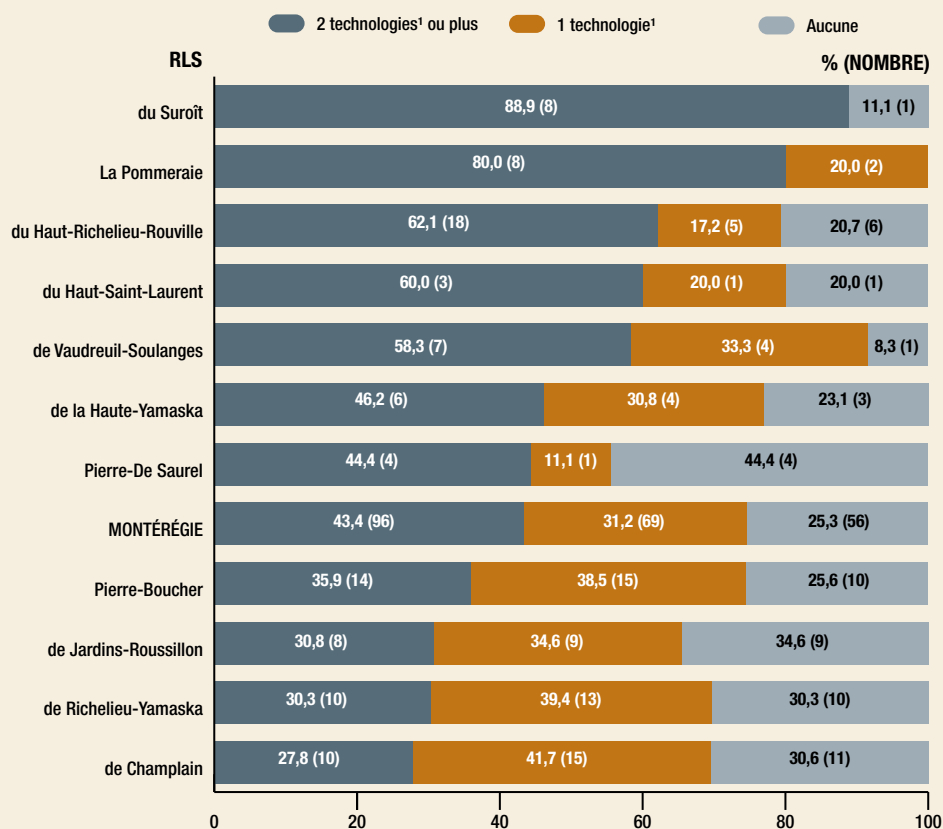
Quel professionnel de la santé ne rêve pas d'avoir accès à toute l'information en lien avec ses patients à un seul et même endroit? Fini la course aux résultats de laboratoires ou le dédoublement des examens diagnostiques. Le dossier de l'informatisation du système de santé est un sujet bien d'actualité. De nos jours, les milieux professionnels qui n'utilisent pas ou peu les technologies de l'information sont rares. Ce n'est pourtant pas le cas du réseau de la santé. Les milieux cliniques qui font une utilisation optimale de ces ressources demeurent encore marginaux, et ce, dans presque tous les territoires de CSSS (graphique 6).

Pourtant, les bénéfices que tous en retireraient sont inestimables: coordination des services grandement facilitée, outils de gestion et guides de pratique intégrés au profil des patients, alertes automatisées, duplications d'investigations cliniques évitées, résultats d'examens dans des délais plus courts, meilleur soutien à l'autogestion des soins par les patients.

Dans une ère où les avancées médicales progressent à un rythme fulgurant, l'utilisation du dossier papier est devenue un véritable anachronisme. L'utilisation des technologies n'est plus un choix, mais une nécessité. Pour les médecins, notamment ceux qui exercent en GMF, le soutien financier offert spécifiquement pour l'informatisation de leur bureau est une bonne nouvelle. Pour les CSSS, la mise en réseau des laboratoires et de l'imagerie médicale constitue un pas vers un meilleur partage de l'information.

Souhaitons que, dans un avenir rapproché, le dossier clinique informatisé permette un meilleur accès aux ressources informationnelles pour tous les milieux. Il reste que cette démarche nationale ne doit pas retarder des initiatives locales entre les CSSS et les réseaux de première ligne de leur territoire. Il y a certes un coût rattaché à ces changements, mais les retombées profiteront à tous.

Graphique 6 PROPORTION DES CLINIQUES DE PREMIÈRE LIGNE AYANT DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION, RLS ET MONTÉRÉGIE, 2010



Note : les proportions sont présentées à titre indicatif seulement et doivent être interprétées avec prudence étant donné le faible nombre de clinique par RLS.
¹Technologies : logiciel informatique pour la gestion des rendez-vous, accès au réseau de télécommunication sociosanitaire, dossiers médicaux électroniques, prescripteur électronique.

Source : Équipe Santé des Populations et Services de Santé, DSP de l'ASSS de Montréal/INSPQ, Enquête auprès des organisations de 1^{er} ligne de Montréal et de la Montérégie, 2010.

Une clinique de Ste-Julie à la fine pointe de la technologie

Depuis l'automne 2011, la clinique familiale des Hauts-Bois de Ste-Julie procède à un changement drastique dans la gestion de ses dossiers patient : le papier fait place au dossier électronique !

Pour cette clinique, qui fait partie du GMF de Marguerite d'Youville, la motivation derrière cette démarche était simple : rendre le travail des professionnels plus efficient et de meilleure qualité, en permettant une utilisation optimale des ressources. De nombreux avantages sont d'ores et déjà observés par le personnel de la clinique, tels qu'une diminution des erreurs de prescription, une collaboration facilitée avec les pharmaciens et une meilleure gestion du personnel administratif. De plus, l'espace libéré par le passage vers un dossier électronique va permettre à la clinique d'aménager trois nouveaux bureaux dans ses locaux actuels. Enfin, la clinique y trouve un effet positif sur le recrutement des

jeunes médecins qui voient un attrait à cette utilisation des technologies de l'information.

De toute évidence, de telles transformations requièrent de la patience, du travail et des investissements. À cet égard, tout a été pensé pour faciliter cette transition auprès des professionnels, par exemple en permettant une saisie manuscrite des notes et prescriptions au moyen de tablettes numériques. Par ailleurs, le soutien financier à l'informatisation offert aux GMF par le MSSS s'avère une mesure intéressante.

La clinique familiale des Hauts-Bois est la première clinique médicale du territoire du CSSS Pierre-Boucher à mettre en place une telle initiative. D'autres milieux sont toutefois en voie de lui emboîter le pas. Un bel exemple à suivre !

Des organisations apprenantes

Tirer profit de ses expériences, réfléchir ensemble pour s'améliorer constamment, créer des lieux de partage d'expériences et de connaissances, voilà des caractéristiques des organisations apprenantes. La médecine est une science en constante évolution. L'avancement des connaissances, tant du point de vue thérapeutique que des pratiques organisationnelles, oblige

le réseau de la santé à se doter de stratégies pour être à l'affût des données probantes, les diffuser et soutenir leur utilisation. La formation continue des professionnels de la santé est, à cet effet, essentielle. Il en va de même des activités d'amélioration de la qualité de la pratique médicale. En Montérégie, le projet CoMPAS en est un excellent exemple.

Le projet CoMPAS : un souci d'amélioration de la qualité en Montérégie

CoMPAS est l'acronyme qui désigne le **C**ollectif pour les **M**eilleures **P**ratiques et l'**A**mélioration des **S**oins et services en médecine de famille pour les personnes atteintes de maladies chroniques. L'objectif du projet tient dans sa désignation même : améliorer la condition des patients atteints de maladies chroniques et les comorbidités qui les accompagnent. Les forces du projet **CoMPAS**? Des besoins qui émergent directement des cliniciens de première ligne, un comité de pilotage multidisciplinaire qui s'allie à des gestionnaires de connaissances, un leadership fort du Département régional de médecine générale, de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

La démarche du projet **CoMPAS** est fort simple : en atelier, les professionnels des milieux de première ligne

sont invités à prendre connaissance de données sur leur clientèle, leurs pratiques ou l'utilisation de certains services. Après une étape d'analyse, ils procèdent à l'identification de priorités d'action et au développement d'un projet d'amélioration de la qualité réaliste et ciblé, tout en s'inspirant des lignes directrices pour les meilleures pratiques. La démarche du projet **CoMPAS** mise donc à la fois sur l'amélioration continue de la qualité des soins, sur la rétroaction et sur la collaboration interprofessionnelle. Depuis 2010, neuf ateliers de formation continue interprofessionnelle sur le diabète ont été organisés dans la plupart des territoires de CSSS de la Montérégie.

Le projet **CoMPAS** est une initiative tangible qui démontre bien que l'amélioration continue de la qualité est une priorité en Montérégie.

QUELQUES PISTES POUR DES ÉQUIPES DE SOINS FORMÉES ET PROACTIVES

Encourager l'intégration d'infirmières au sein des milieux de première ligne

Favoriser le travail en interdisciplinarité avec des nutritionnistes, kinésithérapeutes, inhalothérapeutes, travailleurs sociaux, pharmaciens et autres, en les intégrant au sein de milieux de première ligne ou en développant des corridors de services vers ces ressources

Mettre en place des ordonnances collectives qui ciblent les différents professionnels (infirmières, pharmaciens et autres professionnels)

Développer et partager des guides de pratique et mettre en place des moyens pour en faciliter l'utilisation (formation continue, informatisation)

Augmenter le recours aux technologies de l'information, notamment pour le partage des données de laboratoire et d'imagerie médicale

Participer à la démarche du projet CoMPAS



D'ABORD
ET AVANT TOUT,
PRÉVENIR

Mieux vaut prévenir que guérir. L'adage n'aura jamais été aussi vrai que lorsqu'il est question des maladies chroniques. Si certaines affections frappent sans qu'on puisse y changer quoi que ce soit, ce n'est pas le cas de la plupart des maladies chroniques; l'efficacité de la prévention est ici bien démontrée. Selon l'Organisation mondiale de la santé, on pourrait prévenir 80 % des maladies cardiovasculaires et des cas de diabète du type II ainsi que 40 % des cancers. Comment? En adoptant une alimentation saine, en bougeant plus et en ne fumant pas. Ces données démontrent bien qu'on ne peut pas se permettre l'économie de la prévention.

LA PRÉVENTION CLINIQUE

En 2011, le rapport de la directrice de santé publique a bien illustré l'importance de la prévention des maladies chroniques ainsi que le rôle crucial des environnements favorables à de saines habitudes de vie. Le message était clair : il faut bien entourer les Québécois pour faciliter les choix santé. Pour ce faire, les approches qui ciblent les environnements physique, économique, politique et social sont incontournables. Elles peuvent toutefois s'avérer insuffisantes pour influencer le comportement de tous les individus. D'ailleurs, il est bien démontré que l'efficacité des mesures préventives qui ciblent la modification de comportements est tributaire de la multiplicité des actions et des stratégies. En prévention des maladies chroniques, la complémentarité entre les approches auprès des populations et celles ciblant les individus est essentielle.

Les pratiques cliniques préventives (PCP) répondent à cette nécessité d'agir en amont de la maladie par des interventions qui ciblent les individus. Réalisées par des professionnels de la santé, les PCP incluent le counseling, le dépistage, l'immunisation et la prescription d'une médication à visée préventive (chimio prophylaxie). Les bénéfices de ces pratiques sur les maladies chroniques sont grands; elles peuvent les prévenir (par exemple par le counseling sur les saines habitudes de vie), les détecter précocement (par exemple par le dépistage de l'hypertension ou du cancer du sein) et en limiter les complications (par exemple par la vaccination contre l'influenza chez les patients atteints d'une MPOC).

La Québécois souhaite faire de la prévention clinique une priorité. Ce choix s'inscrit dans les orientations provinciales, puisque *le Programme national de santé publique 2003-2012* a retenu près de 30 PCP, dont plusieurs en lien avec la prévention des maladies chroniques (annexe 2). Plus récemment, le Commissaire à la santé et au bien-être a recommandé dans son rapport d'appréciation de la performance que l'intégration des pratiques cliniques préventives dans les milieux de soins de première ligne soit favorisée et que les modèles de gestion des maladies chroniques intègrent d'emblée la promotion de la santé et la prévention.

Les professionnels de la santé jouissent d'une grande crédibilité auprès de leurs patients. Il s'agit d'un atout précieux lorsqu'il est question de faire adopter de nouveaux comportements. Toutefois, cela ne va pas toujours de soi... Les obstacles sont nombreux : demande de soins curatifs plutôt que préventifs de la part des patients, perception d'inefficacité des interventions préventives par les cliniciens, manque de temps des professionnels, confusion quant aux recommandations, absence d'incitatifs financiers... Ces facteurs ne sont pas négligeables. Mais le jeu en vaut la chandelle. En mettant l'accent sur la prévention, les patients y gagnent en santé et en bien-être, les professionnels y trouvent une intervention plus globale, davantage en amont de la maladie. La pression sur le réseau de la santé diminue d'autant, grâce à une réduction de la morbidité et de la mortalité reliées aux maladies chroniques.

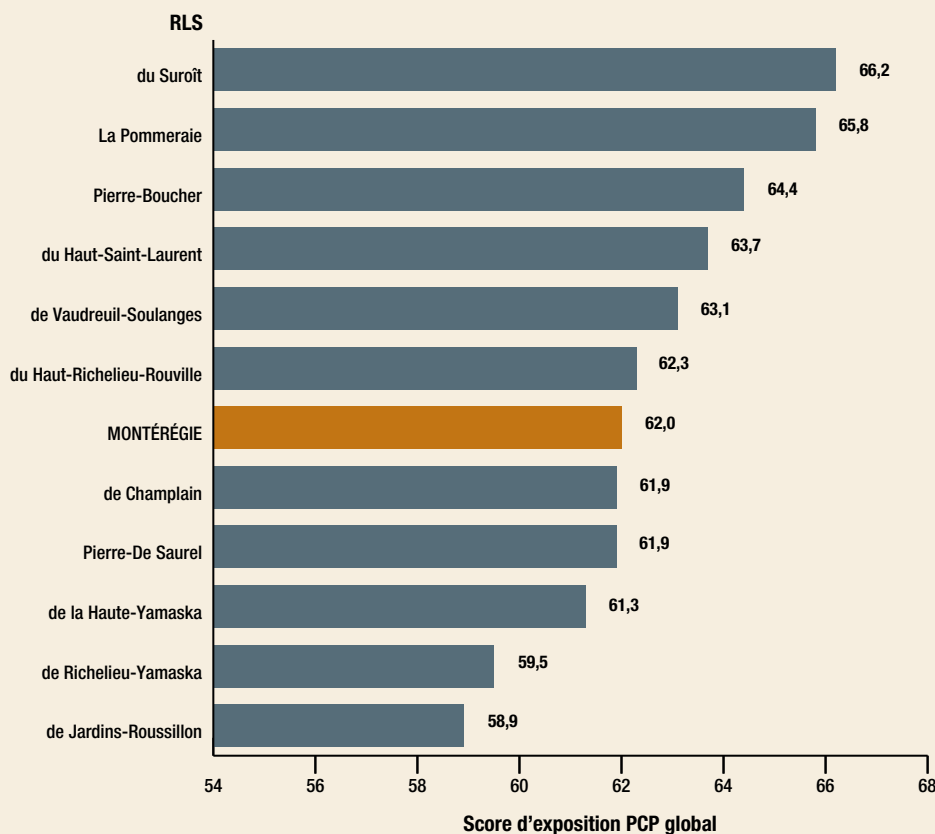
CONSTRUIRE SUR LES ACQUIS

La majorité des Montérégiens disent avoir reçu des services préventifs de la part de leur médecin et la situation est semblable d'un territoire de CSSS à l'autre. C'est une bonne nouvelle! (graphique 7).

Il existe cependant une disparité importante entre l'exposition des patients à chacune des PCP recommandées en lien avec la prévention ou la détection des maladies chroniques. Par exemple, alors que la prise de la tension artérielle semble bien intégrée dans la pratique des professionnels de la santé, les conseils sur l'alimentation ou l'activité physique sont beaucoup moins fréquents (graphique 8).

Ces constats témoignent du besoin de mettre en place des moyens pour que les Montérégiens soient davantage exposés aux pratiques cliniques préventives. Comment y parvenir? Les réponses à cette question sont nombreuses. L'accessibilité à un médecin de famille est une de ces réponses. Les Montérégiens qui ont un médecin de famille reçoivent près de cinq fois plus de services préventifs que ceux qui n'en ont pas. En outre, plus les visites chez le médecin sont nombreuses, plus la prestation de PCP est importante. Par ailleurs, il importe également de mettre en place des moyens pour que les professionnels de la santé intègrent plus de prévention dans leur pratique. À cet effet, la collaboration et le réseautage interprofessionnels sont des aspects essentiels à considérer.

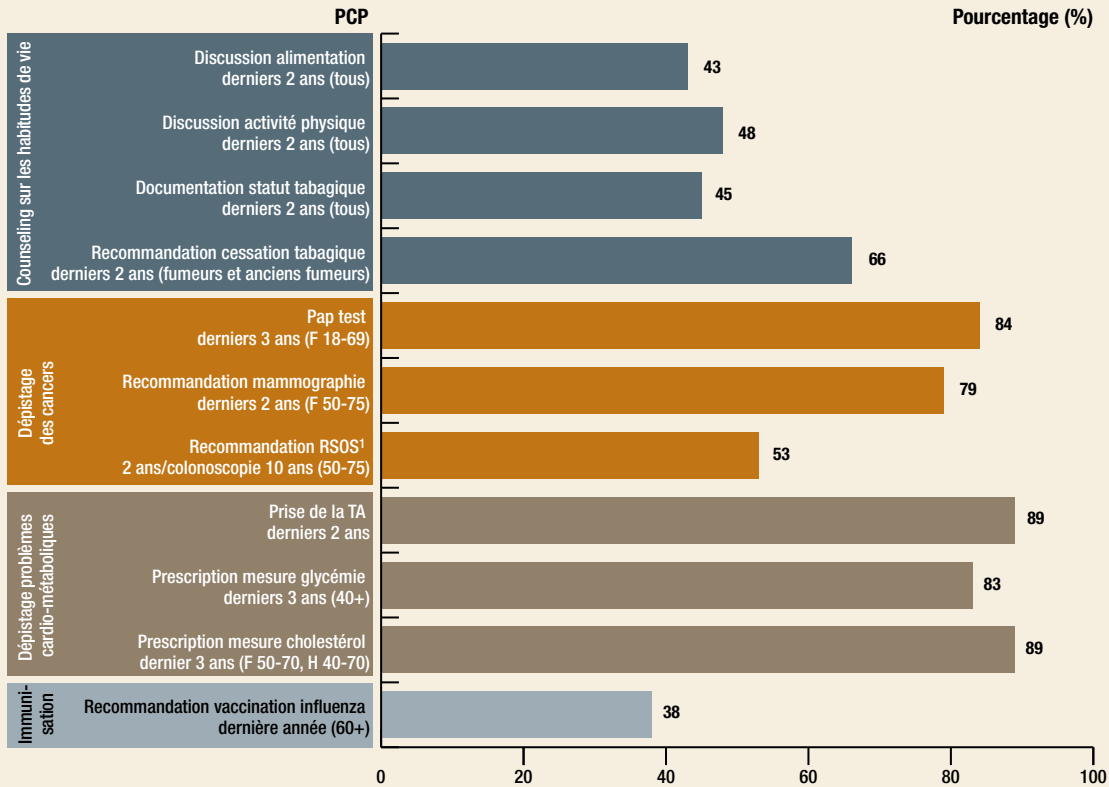
Graphique 7 SCORE D'EXPOSITION DES PATIENTS AUX PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES¹, RLS ET MONTÉRÉGIE, 2010



¹PCP : discussion alimentation et activité physique, documentation tabac, counselling fumeurs, Pap test, mammographie, dépistage cancer colorectal, prise TA, mesure glycémie et cholestérol, vaccination influenza saisonnière.

Source : Équipe Santé des Populations et Services de Santé, DSP de l'ASSS de Montréal/INSPQ, Enquête auprès des organisations de 1^{re} ligne de Montréal et de la Montérégie, 2010.

Graphique 8 PROPORTION DES PATIENTS EXPOSÉS AUX PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES AYANT UNE SOURCE HABITUELLE DE SOINS DE 1^{re} LIGNE, MONTÉRÉGIE, 2010



¹RSOS : Recherche de sang occulte dans les selles

Source : Équipe Santé des Populations et Services de Santé, DSP de l'ASSS de Montréal/INSPQ, Enquête auprès des organisations de 1^{re} ligne de Montréal et de la Montérégie, 2010.

L'interdisciplinarité au service de la prévention

Le médecin n'est pas seul sur le terrain de la prévention clinique. En permettant notamment de suppléer au manque de temps des médecins, le partage des interventions en prévention clinique entre les professionnels d'un même milieu ou avec des ressources externes représente une stratégie gagnante que bien des organisations ont déjà mise en place.

Les centres d'abandon du tabagisme (CAT) sont un bon exemple d'interdisciplinarité. Ces centres soutiennent l'intervention préventive réalisée par les cliniciens. Ils offrent gratuitement un ensemble de services individuels ou de groupe visant l'abandon du tabagisme à toute personne qui en fait la demande ou qui est référée par un professionnel de la santé. Chaque année, les professionnels des 11 CAT de la Montérégie accompagnent près de 900 Montérégiens prêts à faire le saut vers une vie sans tabac. Par ailleurs,

en plus des services des CAT, les professionnels de la santé peuvent aussi diriger leurs patients vers la ligne de soutien téléphonique ou le site internet www.jarrête.qc.ca. Et c'est sans compter la collaboration des pharmaciens. En Montérégie, une ordonnance collective régionale leur permet d'offrir la thérapie de remplacement à la nicotine couverte par les régimes d'assurance médicament, améliorant ainsi l'accessibilité à une médication antitabagique efficace.

D'autres domaines sont moins avancés en matière de collaboration interprofessionnelle. Par exemple, le soutien de nutritionnistes et kinésiologues pour les activités en promotion de saines habitudes de vie est encore peu accessible dans les milieux cliniques. Pour d'autres PCP, par exemple le dépistage de l'hypertension artérielle, encore bien des efforts doivent être déployés afin de promouvoir et de faciliter la collaboration entre les médecins, infirmières et pharmaciens de première ligne.

La facilitation : une stratégie prometteuse

Depuis 2007, la Montérégie s'est dotée d'une stratégie reconnue efficace pour promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives : la facilitation. La démarche de facilitation est un processus qui vise à aider les milieux cliniques à trouver des solutions concrètes aux barrières qui limitent leurs efforts en prévention. La force de cette démarche repose sur sa flexibilité et sur la possibilité de l'adapter à la réalité et aux besoins spécifiques des divers milieux cliniques.

Articulée autour d'une collaboration entre l'équipe régionale PCP, les CSSS et les milieux cliniques, la facilitation s'appuie sur une infirmière-conseil en prévention clinique du CSSS. Le rôle de cette dernière est de soutenir les milieux cliniques et les professionnels afin d'améliorer, en quantité et en qualité, la prestation de services préventifs. Actuellement, sept des onze CSSS de la Montérégie ont nommé une telle infirmière.

Depuis 2007, 24 GMF sur 36 ont bénéficié de l'accompagnement d'une infirmière-conseil en prévention clinique pour la systématisation des soins appliqués à l'hypertension artérielle. Plus récemment, quatre GMF et un CSSS ont entrepris une démarche de systématisation en cessation tabagique. Enfin, des travaux sont amorcés pour que l'approche de facilitation soit appliquée à la promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation, des facteurs de protection agissant en amont des maladies chroniques.

Néanmoins, en dépit de son grand potentiel, la démarche de facilitation est loin d'être implantée de façon optimale. De fait, plusieurs territoires de CSSS ne bénéficient pas encore d'une infirmière-conseil en prévention clinique. Pour d'autres, le nombre d'heures consacrées à cette tâche reste minimal. De plus, on a seulement donné priorité aux GMF, UMF et CLSC, et ce, en raison de la présence de conditions qui facilitent la prestation de la prévention clinique, notamment la présence quotidienne d'infirmières. Par conséquent, la majorité des milieux n'a pas encore été touchée par la démarche de facilitation, ce qui en réduit grandement l'impact sur la santé de la population. Il ne fait donc aucun doute que cette démarche devra bénéficier de plus de ressources pour atteindre son plein potentiel.

En somme, bien que la facilitation soit une initiative prometteuse en Montérégie, il ne s'agit que d'un début. Pour rejoindre plus de Montérégiens avec la prévention clinique, il faudra innover et mieux soutenir les professionnels de la première ligne. Mobiliser, former, rendre disponibles des outils d'aide à la pratique, implanter davantage d'ordonnances collectives et mieux définir les ententes de services et les protocoles de soins, sont toutes des actions à privilégier. En quelques mots : habiliter, réseauter et collaborer. L'importance de la prévention n'est plus à prouver. Maintenant, il revient à chacun de trouver le moyen de lui faire une juste place.

QUELQUES PISTES POUR MIEUX PRÉVENIR LES MALADIES CHRONIQUES

Rendre accessibles des infirmières-conseils en prévention clinique (ICPC) pour soutenir les milieux de première ligne

Mettre en place des ordonnances collectives en lien avec les services préventifs

Favoriser l'utilisation d'outils d'aide à la prestation de services préventifs (par exemple des systèmes de rappel)

Définir des ententes de services et des protocoles de soins en prévention clinique

Accorder priorité à la prévention dans les activités de formation continue auprès des professionnels de première ligne

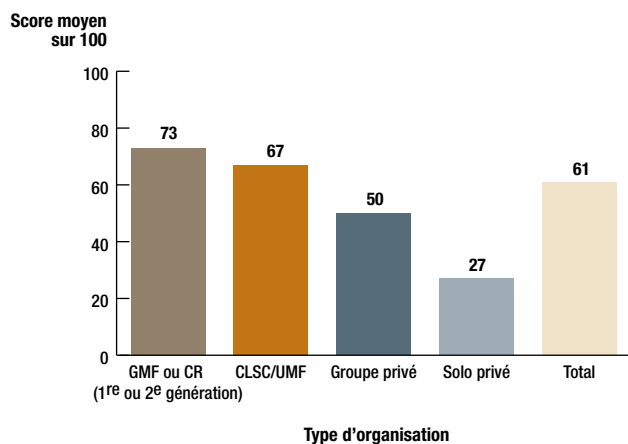


DES MODÈLES
D'ORGANISATION
PERFORMANTS

L'organisation de la pratique des professionnels de la première ligne exerce une influence capitale sur la performance du système de santé. Pratique solo, cliniques privées, CLSC, clinique-réseau, groupes de médecine de famille (GMF), les types d'organisation de la première ligne sont multiples et en mouvance, ce qui démontre bien la volonté du réseau de s'adapter aux nouvelles réalités de santé de la population.

Ayant tous des caractéristiques qui les différencient, les types d'organisation présentent chacun des avantages et des inconvénients. Néanmoins, certains s'illustrent mieux que d'autres lorsque l'on prend en considération certains attributs ayant été associés à une meilleure performance des organisations de première ligne (annexe 3). Ces attributs peuvent être combinés en un score de conformité à un idéal-type, 100 % représentant un score parfaitement conforme. À cet effet, les types d'organisations qui placent la collaboration et l'interdisciplinarité au centre de leur fonctionnement, soit les GMF, les CLSC et les UMF, se distinguent favorablement (graphique 9).

Graphique 9 **CONFORMITÉ À UN IDÉAL-TYPE SELON LE TYPE D'ORGANISATION, MONTRÉGIE, 2010**



Source : Équipe Santé des Populations et Services de Santé, DSP de l'ASSS de Montréal/INSPO, Enquête auprès des organisations de 1^{re} ligne de Montréal et de la Montérégie, 2010.

EN 2003, UN PREMIER GMF ÉTAIT ACCRÉDITÉ EN MONTÉRÉGIE À SALABERRY-DE-VALLEYFIELD.

**EN JANVIER 2012, AVEC SES 36 GMF QUI REGROUPENT PLUS DE 500 MÉDECINS,
LA MONTÉRÉGIE EST LA RÉGION LA MIEUX POURVUE AU QUÉBEC.**

LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE – UN MODÈLE EN PLEIN ESSOR

En 2000, la Commission Clair recommandait la création de groupes de médecine de famille (GMF). Le but: offrir à la population québécoise des services de santé de première ligne plus accessibles, moins fragmentés et de meilleure qualité.

Un GMF est un regroupement de médecins de famille et d'infirmières du CSSS qui travaillent ensemble pour offrir des soins et services de santé à une population inscrite. Ce modèle d'organisation se caractérise par des heures d'ouverture étendues, le partage des dossiers à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire, une place prépondérante à la prévention, une hiérarchisation des soins ainsi qu'une plus grande intégration des services.

Les avantages des GMF sont nombreux. Les patients profitent d'un meilleur accès à des services structurés, et ce, tant pour une prise en charge à long terme que pour des problèmes ponctuels. Les médecins apprécient ce modèle d'organisation qui valorise l'interdisciplinarité et pour lequel un financement est accordé pour le soutien administratif et pour l'informatisation de leur clinique. Pour le réseau de la santé, la mise en place des GMF facilite les liens entre les CSSS et les autres intervenants de première ligne. De plus, elle diminue le fardeau des services d'urgence et, plus largement, des services hospitaliers.

Avec pour objectif d'augmenter encore le nombre de GMF à 40 d'ici 2015, tout porte à croire qu'au cours des prochaines années, un nombre croissant de médecins joindront les rangs des groupes de médecine de famille.

**UNE PISTE POUR DES MODÈLES
D'ORGANISATION PORTEURS**

Soutenir la mise en place de GMF



TROIS CLÉS POUR
UNE MEILLEURE
GOUVERNE AU
PROFIT DES SOINS
DE PREMIÈRE LIGNE

La lutte aux maladies chroniques est une priorité pour l'ensemble du réseau de la santé. Le système de santé est en pleine mouvance pour s'adapter à cette nouvelle réalité et aux besoins qu'elle entraîne. Décideurs, gestionnaires, cliniciens, tous doivent faire front commun afin que les idées deviennent actions, pour que de véritables améliorations soient apportées et qu'elles perdurent dans le temps. Pour y parvenir, il est essentiel que ces changements émergent d'une volonté des instances administratives décisionnelles. L'engagement des directeurs généraux et des directions d'établissements est incontournable pour donner à la première ligne les ressources et leviers requis pour agir sur les maladies chroniques.

LE DRMG ET SES TABLES LOCALES : DES OBJECTIFS COMMUNS POUR UNE PREMIÈRE LIGNE FORTE

Les constats qui témoignent des problèmes organisationnels du système de santé ne sont pas nouveaux. Accessibilité sous-optimale, manque de continuité et de coordination, difficultés dans la répartition des effectifs médicaux : ces problèmes étaient déjà bien d'actualité à la fin des années 90, au moment où les départements régionaux de médecine générale (DRMG) ont été créés, précisément en réponse à cette situation.

En Montérégie, le DRMG regroupe plus de 1 400 médecins de famille. Son comité directeur, sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence, est composé d'un médecin-chef ainsi que de onze médecins représentant chacun des RLS. À leur tour, ces derniers dirigent les onze tables locales du DRMG qui regroupent des médecins ainsi que des gestionnaires des CSSS (directeurs généraux, directeurs des services professionnels, chefs des départements de médecine générale et chefs des départements de l'urgence).

Le DRMG régional recommande le plan des effectifs médicaux relatif aux omnipraticiens de la région ainsi que la liste des activités médicales particulières des différents territoires. Les tables locales ont quant à elles pour principale responsabilité d'assurer que ces recommandations découlent en des actions concrètes au sein des RLS pour valoriser la première ligne.

Le DRMG et ses tables locales sont un exemple concret d'une structure de gouvernance médicale qui favorise la cohésion entre les instances clinique et clinico-administratives. En siégeant à la même table, les gestionnaires et cliniciens peuvent convenir d'objectifs communs. Les médecins y trouvent un lieu pour se faire entendre et une structure qui leur permet de participer à la prise de décision. Depuis sa création, l'une des principales réalisations du DRMG a été d'encourager les médecins de famille à adopter des modèles organisationnels de première ligne favorisant l'accessibilité à un médecin de famille, une meilleure prise en charge des clientèles ainsi que la collaboration interprofessionnelle. Voilà des objectifs qui sont cohérents avec la volonté de mieux organiser la première ligne au service des Montérégiens.

LES ONZE TABLES DES CHEFS DE DÉPARTEMENT POUR MIEUX FAIRE VALOIR LA MÉDECINE DE FAMILLE

La participation de médecins de famille aux prises de décisions liées à l'organisation des services de santé est essentielle pour souligner les enjeux de la première ligne. La Table des chefs de département de la structure hospitalière de chaque CSSS offre, à cet effet, une tribune privilégiée.

Malheureusement, à ce jour, seuls certains CSSS ont eu le souci d'intégrer à leur table des chefs de département le chef de la table locale du DRMG. Cette mesure est pourtant souhaitable pour permettre de sensibiliser l'ensemble des chefs des départements médicaux à la réalité des besoins de la première ligne et, surtout, à la nécessité de travailler en réseau et de soutenir les médecins de famille en amont de la structure hospitalière.

LES RÉSEAUX CLINICO-ADMINISTRATIFS : DES LIEUX DE CONCERTATION RÉGIONALE

En 2004, le Comité de coordination stratégique de la Montérégie (CCSM), formé de tous les directeurs généraux des établissements de la région ainsi que des directeurs de l'Agence, a mis en place les réseaux clinico-administratifs (RCA) constitués de représentants cliniques et administratifs des établissements concernés par un continuum d'intervention. Des orientations ont été adoptées pour les divers programmes. Celle qui a été retenue pour le champ des maladies chroniques est le « *suivi systématique des clientèles atteintes de maladies chroniques* ».

Un groupe de travail a donc été formé au sein du RCA santé physique-adultes afin de mettre en œuvre cette orientation. Dans le but d'appuyer ses travaux sur les meilleures pratiques, une recension de la documentation scientifique a été réalisée, laquelle a été complétée par un forum d'experts. L'objectif premier de ces démarches : alimenter les réflexions des décideurs sur l'organisation des services intégrés en première ligne pour les usagers adultes atteints

de diabète. De ces travaux a émergé un cadre de référence pour la mise en place de services intégrés pour la clientèle atteinte de diabète. Le rôle essentiel de la première ligne y est clairement souligné. Des volets spécifiques aux autres maladies chroniques ciblées soit l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et l'arthrite seront traités ultérieurement.

Avec la création des RCA, le réseau montréalais s'est engagé dans une gouvernance coopérative en mode réseau, fondée sur le partage des connaissances et du savoir.

Les répondants maladies chroniques

Parmi les pistes de solution proposées dans la foulée des travaux du RCA santé physique-adultes figurait la nomination d'une personne répondante pour les maladies chroniques dans chaque réseau local de services. Premier geste concret vers une plus grande coordination en regard du dossier des maladies chroniques, les onze « répondants maladies chroniques » sont au centre des soins et services offerts aux Montérégiens atteints de maladies chroniques.

Ces répondants ont formé un comité de travail régional qui a pour objectif d'optimiser la continuité et la coordination des soins entre les intervenants des réseaux locaux de services. Ce lieu d'échanges permet de partager de l'information et des outils ainsi que de discuter des bons coups et des écueils vécus afin que tous puissent s'en inspirer. Une initiative qui se veut donc bénéfique pour toute la région.

L'objectif pour l'année 2012 est de favoriser l'autogestion, qui fait d'ailleurs l'objet d'une cible dans la planification stratégique de l'Agence ainsi que dans celle du MSSS. Plus concrètement, le comité a recommandé de faire le choix d'une stratégie commune de formation régionale basée sur des données probantes pour l'acquisition de connaissances en autogestion.

QUELQUES PISTES POUR UNE MEILLEURE GOUVERNE

Encourager les activités des tables locales du DRMG

Assurer la représentation du DRMG au sein de la Table des chefs de département des CSSS

Identifier, dans chacun des CSSS, un répondant maladies chroniques qui travaille en étroite collaboration avec un médecin du DRMG local

Mettre en place un comité local de coordination des maladies chroniques dans chaque CSSS

LES
ENGAGEMENTS
DE L'AGENCE

Afin que l'on puisse, ensemble, relever ces défis de taille, l'Agence entend accorder une priorité à ce dossier et mettre à profit les expertises et les ressources de toutes ses directions. En conformité avec sa mission qui est d'assurer la coordination du réseau montréalais afin d'en améliorer la performance et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, elle entend, dans les trois prochaines années, en lien avec les quatre fonctions de sa contribution distinctive inscrites dans sa planification stratégique :

ORIENTER LES ACTIONS EN :

Coordonnant l'application des recommandations du MSSS et en influençant le MSSS au regard d'initiatives pour mieux faire face aux défis montréalais en lien avec les maladies chroniques.

Soutenant les établissements dans la mise en œuvre des dix recommandations du *Cadre de référence pour la mise en place d'une trajectoire de services intégrés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques.*

Poursuivant les travaux régionaux visant à améliorer l'autogestion de la maladie par le patient en se basant sur les meilleures pratiques reconnues.

Accompagnant les établissements dans l'identification, sur leur territoire, des pistes d'actions les plus porteuses pour alléger le fardeau des maladies chroniques.

Réalisant des activités de communication auprès de la population et des différents partenaires concernés afin de bien faire connaître la situation et les mesures qui doivent être mises en place.

SOUTENIR LES EFFORTS D'AMÉLIORATION EN :

Appuyant l'implantation des modèles d'organisation des services de première ligne les plus performants pour prévenir et gérer les maladies chroniques.

Encourageant et coordonnant l'émergence d'initiatives de développement, de projets d'innovation et de projets-vitrine portant sur cette thématique.

Suscitant la mise en place d'initiatives de valorisation de la pratique médicale en première ligne, particulièrement dans la prise en charge des maladies chroniques.

Appuyant la mise sur pied d'une structure de cogestion entre le responsable médical en maladies chroniques du DRMG local et le répondant maladies chroniques du CSSS.

Élaborant et implantant des outils et des activités de formation qui portent sur l'ensemble du continuum des maladies chroniques.

Élargissant le projet CoMPAS pour cibler graduellement l'ensemble des maladies chroniques.

Favorisant l'intégration des pratiques cliniques préventives dans le quotidien des professionnels de la santé, notamment en accompagnant les infirmières-conseils en prévention clinique et les milieux cliniques dans le processus de facilitation.

SUIVRE ET RENDRE COMPTE DES RÉSULTATS EN :

Poursuivant la surveillance des maladies chroniques et des facteurs de risque qui leur sont liés, et ce, en portant une attention particulière aux populations plus vulnérables.

Réalisant des activités d'évaluation et de suivi des différentes initiatives en lien avec les maladies chroniques.

Utilisant au maximum les moyens de communication disponibles ainsi que les structures et réseaux existants afin que les résultats documentés tant par la surveillance que par les évaluations soient largement partagés et accessibles.

ASSURER L'ÉQUITÉ EN :

Poursuivant ses actions d'influence afin que les ressources allouées en Montérégie et dans chacun des RLS correspondent aux besoins de la population desservie.

Favorisant le développement d'initiatives visant particulièrement les populations plus vulnérables aux maladies chroniques, notamment les personnes socio-économiquement défavorisées, pour ainsi contribuer à diminuer les inégalités sociales de santé.

C'est tout un programme, mais nous ne pouvons le remettre à plus tard. Au moyen de la concertation et d'un partenariat ouvert et constructif entre tous les acteurs concernés, la mise en place des changements est possible. L'Agence s'engage à assumer les responsabilités qui lui reviennent à cet égard.



CONCLUSION

Tout le monde veut vivre et vieillir en santé. Ajouter des années à la vie ne suffit pas, il faut aussi ajouter de la vie aux années. Sera-t-il un jour possible de vivre sans maladie jusqu'à la fin? C'est fort peu probable. Le corps s'essouffle au fil du temps et les maux, petits ou grands, resteront incontournables. Les maladies chroniques sont le mal de ce siècle. Il est pressant d'y faire face.

Donnons aux Montérégiens les moyens d'agir sur leur santé. Mettons à leur disposition des services de première ligne accessibles, des soins globaux et de qualité, centrés sur la personne et non sur la maladie. Redonnons-leur le pouvoir qui leur revient quant à leur santé. Accompagnons-les dans cette voie.

Donnons à notre réseau des moyens d'aider les Montérégiens. Repensons nos façons de faire pour mieux travailler ensemble et pour que nos collaborations se reflètent dans de meilleurs soins et services. Faisons de la qualité notre préoccupation première.

Notre système de santé possède des richesses inestimables. Ensemble, il faut unir nos forces pour que l'universalité et l'équité demeurent. Il faut repenser nos modèles d'organisation pour mieux répondre aux nouvelles réalités imposées par des problèmes de santé en évolution.

La partie est loin d'être gagnée. Cependant, le statu quo n'est pas une option. Les changements vers une meilleure organisation de la première ligne ne s'opéreront pas d'un seul coup. Il faudra y accorder temps et volonté en avançant un pas à la fois. Cette responsabilité nous incombe à tous, comme membres du réseau de la santé, comme citoyens.

Cette vision doit être partagée parce que la solution ne peut être que collective. Maintenant, c'est à nous d'agir, de tracer notre première ligne pour des générations en santé.

RÉFÉRENCES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2010). *Cadre de référence pour la mise en place d'une trajectoire de services intégrés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques – Volet diabète*, document de travail, Groupe de travail maladies chroniques, RCA Santé physique, 50 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2010). *Sommaire des concepts et des modalités d'application de l'interdisciplinarité en première ligne – Perspective canadienne et internationale*, 23 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL/DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec – Barrières et éléments facilitant*, 55 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2010, État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et des services sociaux*, Gouvernement du Québec, 136 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2010, Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications*, Gouvernement du Québec, 164 p.

CONSEIL DES AÎNÉS (2007). *La réalité des aînés québécois*, 3^e édition, Gouvernement du Québec, 201 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE (2011). *Rapport de la directrice de santé publique 2011. Penser, aménager, réinventer nos environnements pour des générations en santé*. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 48 p.

FIORÉ, F. (2012). « La gestion proactive des rendez-vous pour une pratique plus efficace », *Le médecin du Québec*, 20(2), p 1-5.

HOLLANDER, M.J., H. KADLEC, R. HAMDY ET A. TESSARO (2009). « Increasing Value for Money in the Canadian Healthcare System : New findings on the contribution of primary care services », *Healthcare Quarterly*, 12(4), p. 32-44.

INFOROUTE SANTÉ CANADA (2005). *Dossier de santé électronique pancanadien – Avantages quantitatifs et qualitatifs*, 39 p.

LEMIEUX, V. (2010). *L'influence des caractéristiques organisationnelles de la première ligne médicale sur l'auto-soins en maladies chroniques au Québec*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 151 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques et Plan d'action 2008-2013 - Mieux soutenir les personnes atteintes, les milieux cliniques et les communautés*, document de travail, 27 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Devenir un GMF. Guide d'accompagnement. Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*, Gouvernement du Québec, 70 p.

MURRAY, A, A. RIVEST, C. SAELEN ET I. SILVERSTONE-SIMARD (2012). *Portrait des protocoles et des ordonnances collectives dans les GMF de la Montérégie*, rapport de stage d'externat en santé communautaire, sous la supervision de G. Baron et J. Dufort, Université de Sherbrooke, 37 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ET AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*, 203 p.

PINEAULT, R., J.F. LÉVESQUE, D. ROBERGE ET COLL. (2012). *L'évolution de l'organisation et de la performance des services de première ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et Montérégie*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et Institut national de santé publique du Québec. (non publié)

PINEAULT, R., J.F. LÉVESQUE, D. ROBERGE ET COLL. (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*, Rapport soumis aux IRSC et à la FCRSS, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et Institut national de santé publique du Québec, 86 p.

PRUD'HOMME, A., R. PINEAULT, A. COUTURE ET COLL. (2012). *L'évolution de l'organisation et de la performance des services de première ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et Montérégie*, Rapport méthodologique de l'enquête organisationnelle, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, 88 p.

REID, R., J. HAGGERTY ET R. MCKENDRY (2002). *Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins*, Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, 18 p.

RICARD, J. (2010). *Mécanisme d'accès pour les patients sans médecin de famille*, Colloque Presser le pas, FCRSS – CHSRF, Montréal, En ligne : http://www.chsrf.ca/Libraries/Picking_up_the_pace_files/Dr_Jacques_Ricard_FR.sflb.ashx

SINGH, D. (2008). *Comment mettre en œuvre des programmes de prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins?* Copenhague : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et Organisation mondiale de la santé, Report #1998-4065, 35 p.

WAGNER, E., B.T. AUSTIN, C. DAVIS ET COLL. (2001). « Improving Chronic Illness Care : Translating Evidence Into Action », *Health affairs*, 20(6), p. 64-78.

ANNEXE 1

Les dix recommandations du *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2010*

Adopter des politiques et créer des milieux de vie favorables à la santé

Accroître les capacités des personnes à adopter de saines habitudes de vie et à prévenir les maladies chroniques

Favoriser l'intégration des pratiques cliniques préventives dans les milieux de soins de première ligne

Actualiser la pratique en réseaux locaux de soins et services

Consolider les mécanismes de coordination locale des soins et services

Réaliser l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux

Soutenir le développement des capacités des personnes atteintes de maladies chroniques à participer à leurs soins et services

Évaluer la pertinence et l'efficacité des soins et services destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques

Implanter des outils de gouverne clinique

Assurer la constance et la cohérence du financement des soins et services destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques

ANNEXE 2

Liste des pratiques cliniques préventives à promouvoir et à soutenir inscrites au *Programme national de santé publique 2003-2012 (prolongé jusqu'en 2015)*

Les PCP en caractères gras sont celles auxquelles la Montérégie a donné priorité

DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE
Recommandation de la prise d'une dose d'acide folique par les femmes en âge de procréer
Recherche de cas et counseling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes
Counseling en matière d'allaitement maternel
Recommandation aux familles défavorisées de bénéficier des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, et orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces
Counseling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès des adolescents actifs sexuellement
Dépistage de la dépression chez les personnes âgées et les adultes, particulièrement les femmes enceintes et les femmes en postnatal, et référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi
Recherche de cas et counseling sur la consommation d'alcool
Recherche de cas de violence conjugale chez les adultes
Recherche de cas d'abus et de négligence dont seraient victimes les personnes âgées
HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES
Counseling en faveur d'une saine alimentation
Counseling concernant l'abandon du tabagisme
Recommandation d'une pratique régulière d'activité physique
Counseling sur l'utilisation optimale de fluorure dans la prévention de la carie dentaire
Counseling concernant la consommation d'aliments cariogènes chez les personnes à risque élevé de carie dentaire
Application sélective d'agents de scellement des puits et fissures sur les molaires permanentes chez les enfants de 5 à 15 ans
Dépistage des maladies chroniques suivantes chez les adultes et les personnes âgées, et prise en charge des personnes atteintes :
- dépistage du cancer du sein : recommandation, par les médecins, d'offrir aux femmes âgées de 50 à 69 ans de participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein
- dépistage du cancer du col (par le test de Papanicolaou)
- dépistage de l'hypertension artérielle
- dépistage de l'ostéoporose
TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS
Évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque vivant à domicile
MALADIES INFECTIEUSES
Dépistage de la rubéole chez les femmes enceintes
Dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et des autres ITS auprès des femmes enceintes
Dépistage des ITSS et interventions préventives (counseling, vaccination et traitement) auprès des personnes à risque, des personnes atteintes et de leurs partenaires
Administration des vaccins recommandés, dont ceux de l'influenza et du pneumocoque auprès des personnes à risque

ANNEXE 3

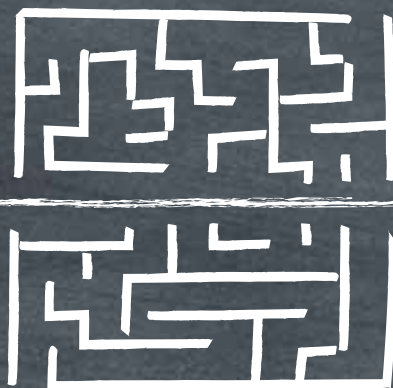
Indicateurs composant le score de conformité à un idéal-type

LA VISION DE L'ORGANISATION
Personnes visées par la clinique
Priorité organisationnelle
Importance accordée au travail d'équipe
Partage de valeurs communes entre les médecins (objectifs de la clinique)
LES RESSOURCES DE L'ORGANISATION
Nombre de médecins de famille dans la clinique
Rôle des infirmières
Autres professionnels / médecins spécialistes dans le même immeuble
Nombre de technologies de l'information
Proportion des médecins omnipraticiens ETP
Partage des ressources administratives entre les médecins de la clinique
Disponibilité d'un plateau technique sur place
LA STRUCTURE DE L'ORGANISATION
Type de financement des dépenses de fonctionnement
Gestion des tâches médico-administratives de la clinique
Coordination des soins entre les professionnels de la clinique
Entente de collaboration avec les cliniques médicales ou CLSC
Entente de collaboration avec un ou des centres hospitaliers
Participation des médecins de la clinique à des comités régionaux
LES PRATIQUES DE L'ORGANISATION
Couverture temporelle le soir et les fins de semaine
Disponibilité pour les situations urgentes pour les patients réguliers
Participation de la clinique à un réseau d'accessibilité médicale
Mode de consultation
Temps réservé aux consultations
Étendue de services diagnostiques, thérapeutiques et préventifs offerts dans la clinique
Prise en charge des maladies chroniques
Partage d'activités cliniques entre les médecins de famille de la clinique
Nombre de mécanismes de maintien et d'évaluation de la compétence

Sources : PINEAULT, R., J.F. LÉVESQUE, D. ROBERGE ET COLL. (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*, Rapport soumis aux IRSC et à la FCRSS, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et Institut national de santé publique du Québec, 86 pages.

PRUD'HOMME, A., R. PINEAULT, A. COUTURE ET COLL. (2012). *L'évolution de l'organisation et de la performance des services de première ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et Montérégie*, Rapport méthodologique de l'enquête organisationnelle, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, 88 pages.





Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : 450 928-6777 • Télécopieur : 450 679-6443
www.santemonteregie.qc.ca

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie

Québec 

Direction de santé publique

