

Orientations ministérielles pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne

Août 2026

ÉDITION

Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : publications.msss.gouv.qc.ca.

Pour plus d'information : Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-555-04675-7(version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2026

DIRECTION DES TRAVAUX

Dr Stéphane Bergeron, sous-ministre adjoint, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Philippe Lachance, directeur général, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Aurore Deligne, directrice par intérim (jusqu'en mai 2026), Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Yanick Larose, directeur, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

RÉDACTION ET COORDINATION

Mathilda Abi-Antoun, conseillère stratégique, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Catherine Maisonneuve, chargée de projets, Chaire de recherche du Canada sur la mise en œuvre de soins intégrés pour les personnes avec des besoins complexes, Université de Sherbrooke

Dominique Perron, conseiller, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Céline Richard-Chevalier, conseillère, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Tim Sutton, chef d'équipe, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

RÉVISION

Hélène Cloutier, coordonnatrice, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Rana Farah, conseillère stratégique, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Réal Barrette, médecin conseil, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

COLLABORATION ET CONSULTATION

Sous-ministériat à la prévention et à la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction de l'évolution en santé des adultes et des aînés

Direction de la planification, du développement et des mandats transversaux en santé publique

Direction des populations à risques et en contexte de vulnérabilité

Direction générale de la prévention et de la promotion en santé publique

Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction des services spécialisés et des soins critiques

Sous-ministériat aux services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction du soutien à domicile

Direction des services sociaux généraux, dépendance, itinérance et milieu carcéral

Direction des services sociaux, santé mentale et réadaptation adulte

Direction des soins et services primaires intégrés, Santé Québec

Équipe régionale en maladies chroniques, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Mariève Dupont, conseillère, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Marie-Dominique Poirier, patiente partenaire

RÉVISION LINGUISTIQUE

Les Traducteurs Unis

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. MISE EN CONTEXTE	3
2. PRINCIPES DIRECTEURS	4
3. DÉFINITION DES MALADIES CHRONIQUES ET CLIENTÈLE VISÉE	5
4. ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES.....	6
4.1. Autogestion et autosoins.....	7
4.2. Prévention clinique	8
4.3. Gestion intégrée des maladies chroniques et des facteurs de risque	9
4.4. Réduction des vulnérabilités et des iniquités en maladies chroniques	10
4.5. Planification, évaluation et amélioration continue.....	11
CONCLUSION	12
RÉFÉRENCES.....	13

GLOSSAIRE

Autogestion : capacité des personnes à exercer leur autodétermination afin de mettre en œuvre des autosoins adaptés, en collaboration avec les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux, pour assurer un suivi efficace et continu de leur état de santé et de leur bien-être.

Autonomisation : processus par lequel une personne ou un groupe social acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel d'action et de se transformer dans une perspective de développement et d'amélioration de ses conditions de vie ainsi que de son environnement.

Autosoins : actions et activités mises en œuvre par une personne, à la suite d'un apprentissage, pour préserver ou améliorer son état de santé et son bien-être.

Bien-être : sentiment global d'épanouissement, de confort et de satisfaction des besoins, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique.

Déterminants de la santé : facteurs qui influencent l'état de santé de la population, sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladies.

Collaboration interprofessionnelle : processus par lequel des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux issus de différents domaines d'expertise collaborent activement à la prestation des soins et des services, en utilisant des mécanismes de communication efficaces et continus, dans le but de maximiser le service rendu et d'assurer les meilleurs résultats pour les personnes suivies.

Expérience patient : ensemble des perceptions, des interactions et des résultats vécus par une personne tout au long de son parcours de soins et de services.

Littératie en santé : ensemble d'aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des personnes à accéder à l'information, à la comprendre et à l'utiliser de façon à favoriser et à maintenir leur bonne santé.

Multimorbidité : présence simultanée de deux ou plusieurs maladies chroniques chez une même personne.

Personne : individu considéré dans sa globalité et reconnu dans son droit d'accès aux soins et services.

Personne en situation de vulnérabilité : personne qui vit une situation où des conditions sociales, économiques, environnementales ou institutionnelles augmentent son exposition à des risques pour sa santé, son bien-être ou ses droits. Cette vulnérabilité n'est pas intrinsèque ni permanente; elle résulte de rapports sociaux, de structures inéquitables ou de déterminants sociaux défavorables, souvent hors du contrôle de la personne concernée.

Population : ensemble des personnes qui vivent dans un territoire donné, y compris tous les groupes démographiques et socioéconomiques qui le composent.

PREMs : *Patient-Reported Experience Measures*, un indicateur qui mesure la qualité de l'expérience de soins vécue par la patiente ou le patient, notamment en ce qui concerne la qualité

de l'accueil, les délais d'attente, la communication avec les soignantes et soignants et la prise en compte de ses besoins.

Prévention : ensemble des actions mises en place pour promouvoir la santé et le bien-être, éviter l'apparition de maladies, détecter les problèmes de santé de manière précoce et atténuer les conséquences des maladies existantes. La prévention se décline en quatre niveaux complémentaires :

- la prévention primaire, qui vise à investir dans les fondements de la santé et du bien-être pour éviter que des problèmes de santé n'apparaissent;
- la prévention secondaire, qui mise sur la détection précoce afin de favoriser une intervention rapide et de limiter les impacts;
- la prévention tertiaire, qui cherche à réduire les conséquences négatives d'un problème de santé ou des interventions pour le résoudre grâce à une gestion appropriée;
- la prévention quaternaire, qui protège les personnes contre les interventions inutiles ou excessives afin d'éviter qu'elles ne causent plus de tort que de bien.

Promotion de la santé : démarche qui vise à élargir l'action au-delà des comportements individuels, en prenant en compte les facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé, et à donner aux populations les moyens d'agir sur leur bien-être.

PROMs : *Patient-Reported Outcome Measures*, un indicateur qui mesure les résultats de santé perçus directement par la patiente ou le patient, tels que l'évolution de ses symptômes, sa mobilité ou sa qualité de vie globale après un traitement ou une chirurgie.

QALY : *Quality-Adjusted Life Year*, un indicateur qui combine la durée et la qualité de vie pour évaluer les bénéfices d'une intervention en santé.

Santé : état complet de bien-être physique, mental et social. L'utilisation du terme *santé* dans cette politique réfère à cette définition qui met l'accent sur la globalité de la santé, en englobant les aspects mentaux et sociaux au même titre que les aspects physiques. Le terme psychosocial est également utilisé pour désigner les aspects mentaux et sociaux de la santé.

Services de proximité : services sociaux et de santé développés à l'échelle d'un territoire donné. Ils découlent de l'intervention de différents partenaires publics, privés et communautaires du secteur de la santé et des services sociaux ou intersectoriels et sont visibles et connus pour assurer un accès optimal aux ressources de la communauté ainsi que du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), en plus de maintenir un lien de confiance avec la population. Ils incluent les soins et services généraux, spécifiques et spécialisés ainsi que les services de santé publique dans la communauté.

Système de santé et de services sociaux : ensemble formé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes gouvernementaux liés au domaine de la santé, Santé Québec et les établissements qui le composent, les établissements qui desservent une population nordique ou autochtone, de même que les partenaires de la santé et des services sociaux et les partenaires intersectoriels.

Télésanté : activité clinique réalisée à distance, au moyen d'outils technologiques. Cette activité implique la communication ou le partage d'information en temps réel ou en temps différé.

INTRODUCTION

Les maladies chroniques représentent un défi majeur pour le système de santé et de services sociaux québécois. Celles-ci sont responsables d'une part importante de la morbidité, de la mortalité et des coûts des services de santé et des services sociaux. Selon les données les plus récentes, en 2023-2024, plus de 3,2 millions de personnes de 25 ans et plus présentaient au moins une maladie chronique, ce qui correspond à près d'un individu sur deux au Québec. La proportion de personnes qui souffrent d'au moins une maladie chronique atteint toutefois 80 % chez les 65 ans et plus.

De plus, le phénomène de multimorbidité, plus marqué lorsqu'on avance en âge, touche désormais 23 % des adultes de 25 ans et plus, et plus de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025c).

Les conséquences économiques et sociales des maladies chroniques sont considérables. À l'échelle mondiale, celles-ci continuent de croître et de se complexifier (Organisation mondiale de la Santé, 2025; Skou *et al.*, 2022). Au Canada, les maladies chroniques engendrent des coûts annuels qui représentent des milliards de dollars. Au-delà des coûts directs liés aux soins et aux services, ces maladies entraînent des répercussions significatives sur la productivité, la participation sociale et la qualité de vie des personnes ainsi que celle de leurs proches et leurs familles. À titre d'exemple, le diabète à lui seul coûterait environ 30 milliards de dollars par an en coûts directs et indirects (Diabetes Canada, 2022). Au Québec, comme ailleurs, il a été démontré que les dépenses de santé augmentent de façon marquée lorsque plusieurs maladies chroniques coexistent, ce qui accentue ainsi la pression sur les ressources publiques (Mbuya-Bienge *et al.*, 2018). Dans ce contexte, les maladies chroniques représentent un enjeu important pour les gouvernements, ce qui appelle à un renforcement des stratégies de promotion de la santé, de prévention, de gestion intégrée et d'organisation des services, afin d'en atténuer les impacts et d'assurer la soutenabilité à long terme du système de santé et de services sociaux.

Une gestion globale, coordonnée et efficace des maladies chroniques repose notamment sur une première ligne forte et performante (Alyousef *et al.*, 2022; Commissaire à la santé et au bien-être, 2010). Celle-ci offre des soins et services de proximité qui permettent d'assurer un accès optimal et équitable, un accompagnement global et continu, ainsi qu'une coordination efficace avec l'ensemble du réseau. Elle s'inscrit ainsi dans un véritable continuum de soins, en facilitant non seulement la prise en charge précoce et le suivi longitudinal, mais aussi l'accès opportun aux soins spécialisés et aux plateaux techniques lorsque requis, tout en assurant la continuité de l'information et des interventions entre les différents niveaux de soins. Ce modèle favorise des résultats de santé mesurables et une utilisation optimale des ressources. De plus, l'expérience vécue par les personnes et leurs proches tout au long de leur parcours de soins et de services constitue un repère essentiel pour orienter l'organisation, la qualité et la pertinence des interventions.

Dans ce contexte, les orientations ministérielles en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques en première ligne visent à structurer une réponse cohérente, intégrée et durable, centrée sur les besoins des personnes et appuyée sur les meilleures pratiques et les données probantes.

Ces orientations s'inscrivent dans un mouvement plus large de transformation des soins et services de première ligne, dans lequel la prévention en santé regroupe l'ensemble des actions qui visent à promouvoir la santé et le bien-être, à prévenir l'apparition de maladies, à détecter les problèmes de santé de manière précoce et à en atténuer le fardeau et les conséquences, au-delà des soins de santé prodigués à une usagère ou un usager à l'occasion d'une maladie ou d'un traumatisme.

À cet égard, l'accompagnement interdisciplinaire et la continuité des services occupent une place centrale. Les orientations mettent également en lumière l'importance de renforcer l'autonomie des personnes qui vivent avec une maladie chronique, en favorisant leur engagement actif dans la gestion de leur état de santé et leur bien-être, ainsi que celui de leurs proches.

Par ailleurs, la complexité et la multitude des trajectoires de soins et de services associées aux maladies chroniques appellent à une meilleure coordination entre les différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et ses partenaires. Cela implique notamment une utilisation accrue des outils informationnels, une adaptation des mécanismes de financement et des pratiques organisationnelles afin d'assurer un accès équitable, en temps opportun, à des soins et services de qualité.

Le présent document vise à exposer les orientations ministérielles en matière de maladies chroniques, à en préciser les fondements. Il propose également une réflexion sur les leviers d'action qui favorisent leur concrétisation, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité du système de santé et de services sociaux, de l'expérience vécue par les personnes tout au long de leur parcours de soins et de services (PREMs) et de l'efficacité perçue des traitements (PROMs).

1. MISE EN CONTEXTE

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) actualise les orientations du *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012), afin de mieux répondre à l'évolution des besoins de la population et aux réalités du système de santé et de services sociaux. Cette mise à jour s'appuie sur une recension des écrits et des pratiques (Consortium InterS4 et Comité d'orientation, 2022), ainsi que sur un portrait des soins et services réalisé à partir de consultations et d'échanges avec les établissements du Québec. Dans ce contexte, le développement d'une offre de soins et services en première ligne adaptée aux besoins des personnes qui vivent avec une maladie chronique ou présentent des facteurs de risque constitue une priorité pour le MSSS.

Cette offre s'inscrit dans une vision gouvernementale plus large qui vise à renforcer la première ligne. À cet égard, elle s'aligne sur la *Politique gouvernementale sur les soins et services de la première ligne* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2026b), sur le *Plan d'action gouvernemental en première ligne* (à venir), ainsi que sur le mandat qui vise à redéfinir la mission des CLSC ainsi qu'à préciser leur rôle et leurs responsabilités en première ligne (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025a, 2026a). Elle est également cohérente avec le *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018).

Par ailleurs, la *Stratégie nationale de prévention en santé* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025c), publiée en août 2025, positionne la prévention comme une priorité gouvernementale et reconnaît qu'elle constitue un puissant levier pour réduire la croissance du fardeau des maladies évitables, ce qui inclut notamment les maladies chroniques. De même, le *Programme national de santé publique 2025-2035* identifie les pratiques cliniques préventives comme une priorité (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025b).

Au regard de ces éléments, il apparaît désormais essentiel de définir des orientations claires, cohérentes et structurées afin d'assurer un accompagnement adéquat des personnes ayant des maladies chroniques. Ces orientations participent à une démarche d'optimisation de l'utilisation des ressources existantes à l'échelle des réseaux locaux de services (RLS) et mettent de l'avant l'apport d'équipes territoriales interdisciplinaires. Elles visent à favoriser une réponse cohérente, de proximité et adaptée aux réalités populationnelles, en complémentarité avec les services offerts dans les milieux d'affiliation, tels que les groupes de médecine de famille (GMF).

2. PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs en maladies chroniques s'inscrivent dans la continuité de ceux de la *Politique gouvernementale sur les soins et services de la première ligne*. Ils visent à garantir un accès précoce, équitable et continu à des soins et services adaptés, en s'appuyant sur des trajectoires intégrées et coordonnées par la première ligne, à proximité des milieux de vie. Ils reposent sur une approche globale, centrée sur la personne, qui prend en compte l'ensemble de ses besoins ainsi que les déterminants de sa santé et de son bien-être, tout en favorisant son autonomisation et sa capacité d'autogestion. Ils impliquent une orchestration concertée des acteurs cliniques, communautaires et intersectoriels, dans une logique de partenariat avec les personnes et leurs proches. Enfin, ils s'appuient sur une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité, fondée sur les données probantes et une gestion proactive des risques, afin d'optimiser les résultats de santé à l'échelle populationnelle.

De plus, la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne doivent s'appuyer sur les principes du quintuple objectif (Mate, 2022), reconnus comme incontournables pour orienter l'amélioration continue des systèmes de santé et de services sociaux. Cette approche vise à :

- Optimiser l'état de santé et le bien-être de la population grâce à une hiérarchisation des soins et services adaptée à l'intensité des besoins, en collaboration avec divers partenaires intersectoriels.
- Améliorer l'expérience des soins et services des personnes et de leurs proches en assurant un accompagnement accessible, continu et centré sur les besoins des personnes qui vivent avec une maladie chronique ou présentent des facteurs de risque.
- Promouvoir l'équité en santé en réduisant les disparités d'accès et en tenant compte des déterminants sociaux de la santé.
- Améliorer l'expérience et le bien-être des gestionnaires, des intervenantes et intervenants, et des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux, en soutenant la collaboration interprofessionnelle ainsi qu'en valorisant leur rôle dans la qualité des soins et services.
- Assurer la viabilité du système de santé et de services sociaux en utilisant les ressources de façon plus efficiente, en évitant les soins non pertinents et la fragmentation des services.

En intégrant ces cinq dimensions, le MSSS établit un cadre cohérent et structuré qui oriente l'ensemble des actions liées aux maladies chroniques. Le quintuple objectif devient ainsi le fil conducteur des orientations ministérielles, garantissant que chaque initiative contribue simultanément à la qualité des soins et services, à l'équité, à la santé et au bien-être de la population, à l'efficacité du système de santé et de services sociaux, ainsi qu'au bien-être des gestionnaires, des intervenantes et intervenants, et des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux.

3. DÉFINITION DES MALADIES CHRONIQUES ET CLIENTÈLE VISÉE

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les maladies chroniques comme des affections de longue durée, qui évoluent généralement lentement, sans rémission spontanée et, le plus souvent, non transmissibles (Organisation mondiale de la Santé, 2025).

Toutefois, dans le contexte québécois, cette définition mérite d'être élargie afin de mieux rendre compte de la complexité des réalités vécues par les personnes. De nombreuses situations ne peuvent être circonscrites à une seule maladie chronique, mais résultent de l'interaction entre plusieurs conditions de santé, des facteurs psychosociaux et des déterminants sociaux. Par ailleurs, la croissance soutenue de la multimorbidité constitue un défi majeur pour le système de santé et de services sociaux et appelle un changement de paradigme. Les conditions concernées incluent, entre autres, les maladies cardiovasculaires, respiratoires chroniques, rénales et métaboliques.

Ainsi, les orientations ministérielles pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne retiennent une définition large et inclusive, qui dépasse l'approche centrée sur une maladie unique. Elles misent sur la mise en œuvre d'un modèle de soins et de services intégrés, centré sur les besoins de la personne et s'inscrivent dans une perspective de santé globale, intégrée et durable, entendue comme la capacité du système à améliorer et à maintenir la santé et la qualité de vie des personnes dans le temps, en favorisant des parcours accessibles, équitables et coordonnés, tout en assurant la pérennité des pratiques cliniques et organisationnelles (VITAM, 2022).

Les priorités d'action en matière de maladies chroniques devraient cibler en premier lieu les affections à forte prévalence et à impact important sur la santé et le bien-être de la population et sur l'organisation des services, dont l'évolution est largement influencée par des déterminants de santé modifiables.

Ces priorités sont également façonnées par des facteurs transversaux liés aux conditions de vie, aux environnements et aux trajectoires de santé, tels que la situation socioéconomique, les habitudes et les milieux de vie, la littératie, l'insécurité alimentaire, les réseaux de soutien social, les expériences de soins et de services, ainsi que les réalités culturelles, linguistiques et démographiques.

Dans cette perspective, l'intégration de la notion de QALY (année de vie ajustée sur la qualité) permet de renforcer la priorisation des interventions en tenant compte à la fois des gains en espérance de vie et de l'amélioration de la qualité de vie. L'utilisation des QALYs facilite ainsi l'évaluation comparative des stratégies de prévention, de dépistage et de traitement, en orientant les décisions vers celles qui génèrent le plus grand bénéfice global pour la population, tout en contribuant à l'optimisation de l'allocation des ressources en santé.

Une telle priorisation permet de maximiser les retombées en santé populationnelle en agissant de manière structurante sur les facteurs de risque communs et en réduisant simultanément plusieurs risques et complications.

4. ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Les maladies chroniques représentent l'un des enjeux majeurs de santé publique, en raison de leur forte prévalence, de leur impact sur la qualité de vie des personnes et de la pression qu'elles exercent sur le système de santé et de services sociaux.

Dans ce contexte, les orientations ministérielles visent à offrir un cadre cohérent et intégré pour la prévention et la gestion de ces conditions de santé et des services sociaux. Elles mettent de l'avant des approches centrées sur la personne qui favorisent l'autogestion, les autosoins et la continuité des soins et services, tout en tenant compte de la complexité liée à la multimorbidité. L'objectif est de réduire les iniquités d'accès, d'améliorer l'expérience des soins et services, et de renforcer la capacité des individus et des communautés à agir sur leur santé et leur bien-être.

L'intégration des approches centrées sur la personne et des approches populationnelles repose sur une responsabilité territoriale partagée, où la planification des services est fondée sur les besoins de la population, et leur déploiement s'adapte de manière personnalisée aux réalités individuelles, dans une logique de parcours fluide, coordonné et continu.

C'est dans cette perspective qu'émerge la nouvelle approche ministérielle en matière de maladies chroniques. Celle-ci marque donc un virage important en s'éloignant d'un modèle centré principalement sur la prise en charge des conditions physiques pour privilégier une vision globale, intégrée et durable de la santé et des services sociaux. Elle vise à renforcer les actions de promotion de la santé et du bien-être ainsi que celles de prévention, en agissant en amont sur les déterminants individuels, sociaux et environnementaux.

Cette approche reconnaît que la santé ne se limite pas à l'absence de maladie, mais repose sur un équilibre entre le bien-être physique, mental et social, ainsi que sur la capacité des personnes et des communautés à agir sur leur propre santé et leur bien-être. En cohérence avec le modèle d'action intégré de la *Stratégie nationale de prévention en santé*, elle assure une articulation entre des interventions de proximité, précoces et intersectorielles, et une action structurée aux quatre niveaux d'intervention : politiques publiques, prévention communautaire, services cliniques préventifs et renforcement du pouvoir d'agir. Elle vise ainsi à soutenir une action concertée sur les déterminants de la santé et à réduire l'incidence et la progression des maladies chroniques.

Cette nouvelle approche favorise des interventions précoces, intersectorielles et de proximité, qui mobilisent les milieux de vie, les acteurs communautaires et les partenaires du réseau, afin de réduire l'incidence et la progression des maladies chroniques. En misant sur une santé globale et durable, les orientations visent à améliorer la qualité de vie de la population, tout en contribuant à la pérennité du système de santé et de services sociaux.

Dans ce virage, le MSSS mise sur l'expérience des personnes, qui doit être reconnue comme une source de savoir, d'amélioration et de décision, au même titre que l'expertise clinique et les données probantes. Cette expérience permet d'orienter la conception, l'offre et l'amélioration des soins et services en s'appuyant sur ce que vivent réellement les personnes, à toutes les étapes de leur parcours.

Dans cette perspective :

- La personne est reconnue comme experte de sa condition.
- La prévention tient compte du vécu et non uniquement des facteurs de risque.
- Le parcours est centré sur la personne, plutôt que sur la maladie.
- L'équité se construit à partir des expériences vécues.
- Ce qui compte pour la personne guide l'amélioration.

4.1. Autogestion et autosoins

Orientation 1 – Renforcer la capacité des personnes à prendre soin de leur état de santé et de leur bien-être grâce au développement des connaissances, aux compétences en autosoins et, lorsque souhaité, à une participation progressive à la prise de décision partagée

Une part importante de la prévention et de la gestion des maladies chroniques repose sur la capacité des personnes à jouer un rôle actif dans leur état de santé et leur bien-être. L'autogestion et les autosoins constituent des leviers essentiels pour améliorer la qualité de vie, réduire les complications et favoriser l'utilisation optimale des soins et services de santé et de services sociaux. À ces éléments clés s'ajoute l'accompagnement par les pairs, qui reconnaît la valeur de l'expérience vécue comme source de soutien et de motivation. Cet accompagnement vient en complément de celui offert par les professionnels de la santé et des services sociaux. Il repose par ailleurs sur des pairs accompagnateurs, eux-mêmes soutenus, formés et accompagnés dans leur rôle.

Cette orientation vise à reconnaître et à renforcer l'autonomisation des personnes qui vivent avec une ou plusieurs maladies chroniques ou présentent des facteurs de risque, en les considérant comme les acteurs centraux de leur état de santé et de leur bien-être. Elle souligne également l'apport des pairs, soit des personnes qui ont une expérience de vie significative, qui développent des habiletés afin d'accompagner et de soutenir d'autres personnes dans leur parcours de santé et de services sociaux.

Par ailleurs, cette orientation s'inscrit dans une perspective plus large qui reconnaît que la santé repose aussi sur des efforts collectifs. Elle met ainsi en valeur l'importance d'agir sur les déterminants de la santé – notamment les conditions de vie, les environnements et l'organisation des services – en cohérence avec les ambitions portées par la *Stratégie nationale de prévention en santé*.

Elle met de l'avant :

- Le renforcement de la littératie en santé, par l'accès à une information claire, adaptée et accessible (en format papier ou numérique), ce qui permet aux personnes de mieux comprendre leur condition de santé, les options de traitement et les choix qui s'offrent à elles, notamment pour celles qui présentent des limitations visuelles, des besoins variés en matière de littératie ou qui parlent une autre langue.
- Le développement des compétences en autosoins, y compris la gestion des symptômes, l'adoption de saines habitudes de vie et l'utilisation appropriée des ressources disponibles.
- Le soutien et l'accompagnement à l'autogestion, en favorisant la prise de décision partagée entre les personnes, leurs proches, ainsi que les intervenantes et intervenants et les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux. Cette approche s'appuie notamment sur des innovations telles que la télésanté, un levier incontournable pour améliorer la prévention, le suivi et la gestion des maladies chroniques en première

ligne. Elle permet d'offrir des soins plus accessibles, continus et adaptés aux réalités des personnes qui vivent avec des besoins de santé complexes, tout en contribuant à la performance du réseau de la santé.

- La valorisation de l'expérience de la personne, de ses proches et des pairs, qui deviennent des partenaires actifs dans l'accompagnement, la planification et l'évaluation des soins et des services.

En plaçant l'autogestion, les autosoins et l'accompagnement par les pairs au cœur des orientations ministérielles, il devient possible de renforcer le pouvoir d'agir des personnes, de réduire les iniquités d'accès et de promouvoir un modèle de soins et de services intégrés centrés sur les besoins de la personne.

4.2. Prévention clinique

Orientation 2 – Intervenir tôt en repérant les facteurs de risque et en favorisant les interventions cliniques préventives (en première ligne) pour prévenir la progression des maladies chroniques
--

Les interventions cliniques préventives (counseling, dépistage, immunisation et traitements préventifs) constituent des piliers essentiels dans l'amélioration des trajectoires de soins et de services des personnes qui vivent avec une ou des maladies chroniques ou présentent des facteurs de risque. En intervenant rapidement, il est possible de réduire la progression des affections, d'éviter les complications et d'améliorer significativement la qualité de vie des personnes concernées. L'implication des personnes dans les messages et les stratégies de promotion est à privilégier afin de soutenir une compréhension éclairée et une participation respectueuse des personnes et des proches.

Cette orientation vise à renforcer les interventions cliniques préventives en première ligne, en favorisant l'identification proactive des facteurs de risque, le dépistage systématique des maladies à forte prévalence chez les personnes à risque élevé et l'accompagnement de ces personnes vers des interventions adaptées.

Elle met de l'avant :

- Une approche structurée de prévention, basée sur le repérage précoce des signes, symptômes et facteurs de risque, ainsi que sur la stratification du risque, afin de repérer rapidement les personnes à risque élevé et d'assurer un accompagnement en temps opportun.
- Un dépistage ciblé et pertinent, intégré aux pratiques cliniques courantes, et réalisé auprès des personnes à risque élevé ou admissibles selon des critères établis.
- Une séquence d'intervention claire et cohérente, comme :
 - le repérage pour orienter vers une évaluation clinique;
 - le dépistage par tests standardisés chez les personnes asymptomatiques.
- L'identification systématique des facteurs de risque (statut tabagique ou de vapotage, statut immunitaire, grossesse, activités sexuelles, etc.), ce qui permet d'adapter et de prioriser les recommandations en prévention clinique selon le profil de la patiente ou du patient.
- La promotion des examens préventifs et des suivis réguliers chez les populations à risque.
- Le recours à des modèles collaboratifs qui mobilisent une diversité d'acteurs (y compris les organismes communautaires, le secteur privé et les ressources non médicales) et s'appuient sur des modalités variées (présentiel et à distance) pour élargir l'accès à l'éducation et à l'accompagnement.

- Le renforcement du counseling personnalisé sur les habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme, alcool, gestion du stress, sommeil), afin de prévenir l'apparition et la progression des maladies chroniques.
- Une collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne et ses proches, ce qui favorise la continuité, la cohérence et la qualité des trajectoires de soins et de services.

En consolidant les interventions cliniques préventives, les orientations ministérielles contribuent à réduire l'incidence et l'aggravation des maladies chroniques, à optimiser l'utilisation des ressources et à promouvoir un système de santé plus équitable et centré sur la personne.

4.3. Gestion intégrée des maladies chroniques et des facteurs de risque

Orientation 3 – Assurer un accompagnement coordonné et interdisciplinaire, en tenant compte de la multimorbidité et des déterminants de santé et de bien-être communs
--

La gestion intégrée des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque constitue une réponse importante à la complexité croissante des besoins de la population. Elle s'inscrit dans une volonté d'ajuster progressivement les modèles actuels, qui ont permis des avancées significatives, mais qui demeurent souvent organisés autour de programmes qui ciblent des maladies spécifiques, avec des niveaux variables d'intégration. Dans cette perspective, l'approche intégrée met davantage l'accent sur des soins et services coordonnés et interdisciplinaires, centrés sur les besoins de la personne dans sa globalité, tout en cherchant à mieux reconnaître la diversité des conditions et la réalité de la multimorbidité, afin d'offrir des interventions plus cohérentes et adaptées.

Ce type de gestion vise à assurer une continuité des soins et services, à optimiser l'utilisation des ressources et à renforcer la cohérence des interventions dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Cette continuité repose sur une responsabilité partagée entre les équipes de première ligne, les services spécialisés et les partenaires du réseau local de services (RLS), appuyée par des mécanismes formalisés de coordination et de suivi. Dans cette perspective, une attention particulière est portée aux situations où le point d'ancrage clinique demeure à établir. Des modalités d'accompagnement adaptées sont alors mises en place, notamment par des équipes dédiées, afin de faciliter l'accès aux soins et services appropriés et leur continuité.

Cette orientation repose sur :

- La collaboration de l'ensemble des partenaires concernés du secteur de la santé et des services sociaux, ainsi que des partenaires intersectoriels et communautaires, afin d'assurer une complémentarité des expertises et une continuité des soins et services pour les personnes et leurs proches, notamment par le développement d'instances de collaboration interprofessionnelle entre la première ligne, les soins et services spécialisés, et les différents acteurs impliqués.
- Le déploiement d'une trajectoire cohérente, de la prévention au traitement des maladies chroniques, et qui s'inscrit dans un véritable continuum de soins et de services, y compris des trajectoires bidirectionnelles claires et fluides avec les services spécialisés.
- La prise en compte des facteurs de risques communs modifiables, tels que le tabagisme, la sédentarité, l'alimentation, la consommation d'alcool et le stress, afin d'agir simultanément sur plusieurs déterminants de santé.
- Le soutien et l'accompagnement adaptés aux besoins des personnes et de leurs proches pour favoriser l'autogestion et la participation active à la gestion de leur état de santé et de leur bien-être.

En consolidant une gestion intégrée, les orientations ministérielles contribuent à améliorer l'expérience des soins et des services, à réduire les iniquités et à renforcer l'efficacité globale du système de santé et de services sociaux afin de répondre aux besoins des personnes qui ont une ou des maladies chroniques.

4.4. Réduction des vulnérabilités et des iniquités en maladies chroniques

Orientation 4 – Adapter les soins et services pour répondre aux besoins des populations en situation de vulnérabilité grâce à des approches accessibles, sécuritaires et intersectorielles

Certaines populations qui vivent avec des maladies chroniques sont en situation de vulnérabilité et présentent des besoins complexes qui exigent une attention accrue du système de santé et des services sociaux. Ces conditions peuvent être liées à des facteurs socioéconomiques, culturels, géographiques ou à la présence de multimorbidité, et elles contribuent souvent à accentuer les iniquités en matière d'accès aux soins et services et de résultats de santé et de bien-être.

Cette orientation vise à :

- Reconnaître et mieux prendre en compte les besoins et les réalités des personnes et des communautés en situation de vulnérabilité, afin de favoriser des réponses ajustées à leurs contextes de vie et de soutenir leur participation dans les décisions qui les concernent.
- Adapter les soins et services afin d'assurer une accessibilité équitable et sécuritaire en tenant compte des réalités culturelles, linguistiques, économiques, géographiques et psychosociales des personnes, dans une approche centrée sur leurs besoins.
- Renforcer la coordination intersectorielle, en mobilisant les ressources communautaires, municipales, sociales et médicales pour offrir un soutien global.
- Favoriser l'inclusion et la participation active des personnes concernées dans la planification, l'adaptation et l'évaluation des services.

En mettant l'accent sur les populations en situation de vulnérabilité et qui présentent des besoins complexes, les orientations ministérielles contribuent à réduire les iniquités, à améliorer la continuité des soins et des services et à promouvoir un système de santé et de services sociaux plus juste et résilient.

4.5. Planification, évaluation et amélioration continue

Orientation 5 – Soutenir une gestion basée sur les données probantes, l'évaluation continue et l'innovation, afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins et services

La planification, l'évaluation et l'amélioration continue sont des leviers stratégiques indispensables pour assurer la pertinence, l'efficacité et la pérennité des actions en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques.

Cette orientation vise à instaurer une culture de suivi et d'adaptation constante, ce qui permet de mesurer les résultats obtenus, d'identifier les écarts et de mettre en œuvre des ajustements fondés sur des données probantes.

Elle met de l'avant :

- La planification structurée des interventions, alignée sur les besoins de la population et sur les priorités de santé publique.
- L'arrimage interprogramme, qui favorise la complémentarité et la cohérence des actions entre les différents programmes et services.
- L'évaluation systématique des programmes et des services, en intégrant des indicateurs qui portent sur les résultats et l'expérience des personnes (PROMs, PREMs), de manière à soutenir une approche de soins et de services axée sur la valeur pour les personnes, tout en documentant leur impact et leur efficience.
- Le suivi structuré des indicateurs de performance et de résultats coconstruits avec les personnes concernées, afin de refléter des dimensions significatives pour l'ensemble des acteurs (cliniciennes et cliniciens, gestionnaires, personnes), de mesurer l'atteinte des objectifs, de suivre l'évolution des besoins et les effets des interventions, de détecter les écarts, et d'orienter en continu la prise de décision. Ce suivi soutient l'optimisation des processus et l'amélioration de la qualité des services.
- L'amélioration continue de la qualité, soutenue par l'intégration des meilleures pratiques, l'innovation et l'apprentissage organisationnel et appuyée notamment par la mise en œuvre d'un registre des maladies chroniques.
- L'intégration de patients partenaires au sein des démarches d'amélioration continue de la qualité afin de mobiliser les savoirs expérientiels, d'enrichir la compréhension des besoins et d'identifier des leviers d'action porteurs de valeur pour les personnes.
- Le recours à des outils technologiques et aux modalités de télésanté, lorsque pertinent, afin d'améliorer l'accès aux services, de soutenir la continuité des soins, de faciliter les suivis et de favoriser une utilisation efficiente des ressources.
- La transparence et la reddition de comptes, essentielles pour renforcer la confiance de la population et des partenaires.

En consolidant cette orientation, le ministère s'assure de maintenir un système de santé et de services sociaux agile, capable de s'adapter aux évolutions démographiques, épidémiologiques et technologiques, tout en garantissant des soins et des services de qualité et équitables pour l'ensemble de la population.

CONCLUSION

En somme, les orientations ministérielles en matière de maladies chroniques traduisent un virage structurant vers une approche plus intégrée, proactive et centrée sur la santé globale de la population. En mettant l'accent sur la promotion de la santé, la prévention, l'intervention précoce et la prise en compte des déterminants sociaux, elles visent à agir en amont des trajectoires de soins et de services et à réduire l'incidence et les complications potentielles associées aux maladies chroniques.

Leur mise en œuvre repose sur une mobilisation soutenue de l'ensemble des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, en partenariat avec les milieux communautaires, municipaux et intersectoriels, afin d'assurer des soins et services accessibles, continus et adaptés aux réalités des populations. Elle implique également le renforcement des capacités de la population à se prendre en charge, ainsi que l'amélioration des mécanismes de coordination, de suivi et de reddition de comptes, afin de garantir une application cohérente et équitable sur l'ensemble du territoire.

Dans un contexte caractérisé par les mutations démographiques, notamment le vieillissement de la population, les changements climatiques, ainsi que les inégalités sociales et de santé, et marqué par la progression de la multimorbidité, en plus de l'apparition plus précoce de problèmes de santé chroniques chez certains individus, les besoins de la population sont appelés à évoluer au cours des prochaines années. En réponse à ces enjeux, les orientations constituent un levier essentiel pour améliorer la qualité de vie des personnes, favoriser leur autonomie et assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux. Leur concrétisation exigera un engagement collectif, une capacité d'adaptation continue et une volonté affirmée de transformer durablement les pratiques au bénéfice de la population québécoise.

C'est dans la continuité de cette démarche que s'inscrit le présent document, qui porte sur les orientations ministérielles en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques. Il établit les assises nécessaires à l'élaboration du nouveau cadre de référence, qui constituera le prochain document structurant du MSSS en lien avec la prévention et la gestion des maladies chroniques.

RÉFÉRENCES

Alyousef, M., Naughton, C., Bradley, C., & Savage, E. (2022). « Primary healthcare reform for chronic conditions in countries with high or very high human development index : A systematic review ». *Chronic Illness*, 18(3), 469-487. [<https://doi.org/10.1177/17423953211059143>]

Commissaire à la santé et au bien-être. (2010). *Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques*. Gouvernement du Québec. [<https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/approche-integree-prevention-et-gestion-maladies-chroniques.html>]

Consortium InterS4 et Comité d'orientation. (2022). *Sommaire des propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne : Oser l'autonomisation et l'intégration à l'ère numérique* (p. 42 pp et annexes). [<https://consortiuminters4.uqar.ca/bibliotheque/prevention-gestion-maladies-chroniques/>]

Diabetes Canada. (2022). « Diabetes rates continue to climb in Canada ». [<https://www.diabetes.ca/media-room/press-releases/diabetes-rates-continue-to-climb-in-canada>]

Mate, K. (2022, février 4). « On the Quintuple Aim : Why Expand Beyond the Triple Aim? » Institute for Healthcare Improvement. [<https://www.ihl.org/library/blog/quintuple-aim-why-expand-beyond-triple-aim>]

Mbuya-Bienge, C., Simard, M., Fortin, M., et Sirois, C. (2018). *Actes du Colloque – Multimorbidité : Les enjeux liés à la surveillance populationnelle*. Institut national de santé publique du Québec. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2573_multimorbidite_enjeux_surveillance_populationnelle.pdf]

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*. Gouvernement du Québec. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000455/>]

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002078/>]

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025a). *Portrait et perspectives des services CLSC au Québec—Septembre 2025*. Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003946/>]

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025b). *Programme national de santé publique 2025-2035 – Pour un Québec en santé, équitable et résilient*. Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003968/>]

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025c). *Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035*. Gouvernement du Québec. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003920/]

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2026a). *Orientations ministérielles sur la responsabilité d'un CLSC auprès de la population de son territoire—Mars 2026*. Gouvernement du Québec. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003905/]

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2026b). *Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne*. Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003993/?&txt=CLSC&msss_valpub&page=1&date=DESC]

Organisation mondiale de la Santé. (2025). « Maladies non transmissibles ». [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases]

Skou, S. T., Mair, F. S., Fortin, M., Guthrie, B., Nunes, B. P., Miranda, J. J., Boyd, C. M., Pati, S., Mtenga, S., & Smith, S. M. (2022). « Multimorbidity ». *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 48. [https://doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4]

VITAM. (2022). *Qu'est-ce que la santé durable?* [https://vitam.ulaval.ca/sante-durable]

