

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Montérégie



LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« MALADIES TRANSMISSIBLES - VIH-VHC »

Direction de la gestion de l'information et des connaissances
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Montérégie
Juin 2005

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
DESCRIPTION DU CONTINUUM « MALADIES TRANSMISSIBLES - VIH-VHC »	5
<i>Typologie des services</i>	6
DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION	7
<i>Carte stratégique</i>	8
ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION	16
<i>Tableau synthèse</i>	19
CONCLUSION	19
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	20
LISTE DES COLLABORATEURS	21

INTRODUCTION

Le Québec, comme tous les pays développés, est de plus en plus confronté à une évolution technologique rapide ainsi qu'aux problématiques sociales et sanitaires que le vieillissement de la population entraîne. Dans les régimes financés publiquement comme le nôtre, la pression sur le budget des gouvernements atteint des niveaux élevés qui viennent compromettre la capacité de l'État à assumer l'ensemble de ses missions.

D'autres tendances de fond justifient également la recherche de modes d'intervention nouveaux permettant d'assurer le renouvellement du système. Des changements s'imposent, entre autres parce que nous avons évolué simultanément sur plusieurs dimensions :

- les besoins de santé aigus auxquels on a pu répondre par des services médicaux ponctuels cèdent la place à des besoins de santé associés à des conditions chroniques ou persistantes et qui sont en croissance;
- les interventions simples réalisées surtout par des médecins et des infirmières auprès de patients dans le cadre d'une visite en cabinet ou à l'hôpital, cèdent la place à des interventions plus élaborées, plus efficaces, plus coûteuses, faisant appel à des équipes multidisciplinaires opérant dans divers types d'organisations;
- les connaissances de base acquises par la formation initiale et par l'expérience cèdent la place à un univers de connaissances spécialisées et multidisciplinaires qui se renouvellent à un rythme insoutenable pour un individu isolé;
- le système de soins relativement rudimentaire et peu coûteux, essentiellement centré sur le médecin et l'hôpital, cède aujourd'hui la place à un système de santé de grande envergure qui compte pour 10 % du produit intérieur brut et pour plus de 40 % du budget de l'État.

C'est dans ce contexte en mouvance que la Loi 25, sanctionnée en décembre 2003, a lancé un projet tout aussi ambitieux que prometteur s'attaquant aux problèmes d'accessibilité, de continuité et de qualité des services de santé et des services sociaux pour la population québécoise.

La nouvelle vision, mise de l'avant par cette loi, introduit les concepts novateurs de responsabilité de population et de hiérarchisation des services. Selon cette vision, les réseaux locaux de services (RLS) devront garantir l'accès à une large gamme de services à une population définie dont ils seront responsables. Ils auront aussi à travailler dans un contexte de hiérarchisation, ce qui signifie qu'ils n'auront pas à tout produire eux-mêmes, et qu'ils devront se doter d'ententes de services pour compléter leur offre de service. Chaque réseau local sera imputable de rendre accessible une gamme complète de services généraux et spécialisés au bénéfice de sa population.

Pour faciliter la prise de décision des gestionnaires et des cliniciens dans l'élaboration de leur projet clinique, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie a mené une démarche visant à identifier les pistes d'action à fort potentiel d'impact sur la santé et le bien-être de la population.

Ainsi, entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour de 15 continnum d'intervention. Chaque équipe de travail associée à un continuum devait, dans un premier temps, définir les caractéristiques de ce continuum en termes de besoins de la population visée, d'interventions à déployer au niveau de la prévention, du traitement et du soutien et enfin, du réseautage actuel. Dans une seconde étape, les équipes de travail ont procédé à l'identification de zones d'inadéquation entre les besoins de la population montérégienne et les services offerts. Ces zones d'inadéquation ont été validées auprès d'un certain nombre d'experts et de partenaires du réseau, ce qui a permis de bonifier le matériel proposé. La troisième phase du travail a consisté à traduire les zones d'inadéquation en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Deux outils d'aide à la décision ont ensuite été élaborés dans l'optique de favoriser une prise de décision fondée sur des données probantes, soit : 1) la carte stratégique, et 2) le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact.

Le présent document présente les résultats de cette démarche pour le continuum « Maladies transmissibles - VIH-VHC ».

DESCRIPTION DU CONTINUUM « MALADIES TRANSMISSIBLES - VIH-VHC »

Le continuum d'intervention « Maladies transmissibles — VIH-VHC » s'adresse aux personnes à risque d'être infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou de l'hépatite C (VHC) ainsi qu'aux personnes déjà atteintes par l'une ou l'autre de ces maladies transmissibles sexuellement et par le sang.

En Montérégie, depuis que l'infection par le VIH est à déclaration obligatoire (2002), on comptait en date du 31 décembre 2004, 115 cas d'infections dont 58 cas (52 hommes et 6 femmes) sont de nouveaux diagnostics. Parmi ces nouveaux cas, 32 étaient des hommes ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes et 11 étaient des utilisateurs de drogues par injection (UDI).

De maladie mortelle, le VIH est devenu une maladie chronique. En effet, l'arrivée des multithérapies a considérablement amélioré la santé et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, même si plusieurs effets secondaires sont associés aux médicaments prescrits. À chaque année, il y a de nouveaux cas de personnes infectées par le VIH en Montérégie et moins de décès, ce qui augmente continuellement le nombre de personnes vivant avec le VIH. Plusieurs personnes cependant, notamment les plus désorganisées socialement, ont de la difficulté à maintenir leur traitement. Ces personnes doivent être soutenues dans leurs efforts.

Pour ce qui est de l'hépatite C, les nouveaux cas touchent principalement les UDI. Plus de 50 % des UDI deviennent infectés par le VHC dans les 6 à 12 mois qui suivent le passage à l'injection. Les personnes incarcérées sont également souvent infectées par le VHC non seulement en raison de l'usage de drogues mais aussi de pratiques de tatouage et de perçage plus ou moins clandestines avec du matériel contaminé. La consommation de drogues par voie nasale est un autre mode de transmission reconnu du virus de l'hépatite C. Entre 20 et 50 % des patients atteints d'une hépatite chronique vont évoluer vers une cirrhose. Entre 1 et 4 % des personnes atteintes d'une cirrhose développeront un cancer du foie à chaque année.

Le tableau suivant illustre la typologie des services du continuum en fonction des dimensions PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR.

Typologie des services

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions de prévention et promotion : campagnes sociétales ▪ Programmes visant de saines habitudes de vie et des comportements sécuritaires ▪ Mesures d'accessibilité aux condoms ▪ Counselling préventif et dépistage (SIDEPE) ▪ Mesures de réduction des méfaits ▪ Services de réadaptation et désintoxication 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services d'évaluation de base et de suivi (médecins en 1^{ère} ligne) ▪ Services diagnostiques ▪ Counselling préventif et dépistage (SIDEPE) ▪ Traitement spécialisé et suivi ▪ Équipe multidisciplinaire ▪ Services psychosociaux ▪ Services de réadaptation et désintoxication 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services de soutien psychosocial et d'accompagnement ▪ Services d'hébergement ▪ Services palliatifs et de fin de vie (hébergement et à domicile) ▪ Services de réadaptation et désintoxication

DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION

Après avoir délimité les contours et les caractéristiques du continuum, le groupe de travail a procédé à l'appréciation de l'adéquation des besoins et de l'offre de service, appréciation validée par des experts du réseau le 25 novembre 2004 lors d'une journée de travail à l'Agence. C'est sur cette base solide que le groupe de travail a ensuite dégagé les zones d'amélioration potentielles, qui ont par la suite été traduites en pistes d'action.

La carte stratégique qui suit illustre les pistes d'action du continuum « Maladies transmissibles - VIH-VHC » selon deux axes d'analyse : 1) les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, tels qu'énoncés par le MSSS dans son cadre de référence sur le projet clinique¹, et 2) les trois dimensions des continuums, soit PRÉVENIR – GUÉRIR –SOUTENIR.

La description de chacune des pistes d'action est ensuite présentée en fonction des trois grands niveaux d'intervention. Pour éviter les répétitions, les pistes qui relèvent de plusieurs niveaux d'intervention ont été classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes qui concernent le continuum, dans son ensemble, ont été mises arbitrairement dans la section GUÉRIR. Certaines pistes ont été regroupées, soit parce qu'elles sont interreliées ou parce qu'elles s'adressent à un même sous-groupe de la clientèle.

Enfin, il importe de préciser que, dans la formulation des pistes d'action, le terme « accessibilité » fait référence à des services déjà offerts mais dont l'accès pose certains problèmes, alors que le terme « disponibilité » a été employé pour les services ou activités à mettre en place.

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, Direction des communications, MSSS, Octobre 2004, 75 p.

CONTINUUM D'INTERVENTION « MALADIES TRANSMISSIBLES - VIH-VHC »

Carte stratégique





À approfondir : VIH-VHC

5. Disponibilité d'un programme de prévention spécifique aux femmes en difficulté

A) PRÉVENIR²

Les pistes d'action au niveau de la prévention directement en lien avec le continuum des maladies transmissibles VIH-VHC sont :

1. L'accessibilité aux condoms pour les clientèles les plus vulnérables (gratuité, mode de distribution, quantité).

L'accessibilité aux condoms est une des stratégies retenues afin de faciliter l'accès à un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires. Par accessibilité, on entend l'accessibilité géographique et financière. Compte tenu de la grande vulnérabilité de certaines clientèles, les condoms devraient être disponibles gratuitement et en quantité suffisante, dans différents milieux (CLSC, SIDEPE, organismes communautaires, etc.).

2. L'application des mesures de réduction des méfaits dans les centres de détention provinciaux, incluant les volets formation/sensibilisation, application et soutien par un travailleur de milieu.

La consommation de drogues lors de l'incarcération est un fait reconnu. Cependant, cette pratique demeure illicite et les détenus qui consomment des drogues par injection ou par voie nasale sont souvent obligés de partager le matériel nécessaire à la consommation. L'accessibilité à de l'eau de javel est une mesure de réduction des méfaits qui doit être disponible dans les centres de détention afin de limiter la transmission du VHC et du VIH.

L'accessibilité à la méthadone est une autre mesure efficace pour limiter la transmission des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les utilisateurs de drogues par injection dépendants aux opiacés. Cependant, aucun des deux centres de détention provinciaux situés en Montérégie n'est en mesure d'initier la méthadone au moment de l'incarcération. Un des ces centres de détention est en mesure de prescrire la méthadone à un détenu si celui-ci était déjà inscrit à un programme de maintien à la méthadone avant son incarcération. L'accessibilité à ces services repose souvent sur la collaboration du médecin en place.

À cause du caractère illicite du tatouage en centre de détention, les détenus doivent utiliser des instruments artisanaux. De plus, la stérilisation du matériel nécessaire est difficile, voire impossible. Les détenus devraient avoir accès à l'information sur les risques liés à cette pratique.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) offre un programme de formation (Stratégies de réduction des méfaits liées à l'usage des drogues en milieu correctionnel) qui s'adresse aux gestionnaires et aux intervenants des centres de détention afin de les sensibiliser aux risques liés aux

² La plupart des actions du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et des Plans d'action locaux ciblent l'ensemble de la population et agissent sur un ensemble de problèmes de santé et de bien-être. Pour cette raison, elles se retrouvent dans le continuum « Interventions universelles ». Nous vous référons à ce continuum afin de compléter l'information que vous retrouvez dans le présent continuum.

maladies transmissibles dans leur milieu et les inciter à mettre en place des mesures de réduction des méfaits. Ce programme semble donner des résultats prometteurs dans les milieux où il a été appliqué jusqu'à maintenant. Les deux centres de détention de la Montérégie devraient avoir accès à ce programme.

Enfin, une présence accrue d'un travailleur en milieu de détention est nécessaire pour soutenir les milieux de détention dans l'application de ces mesures et informer d'avantage les détenus sur les risques liés au mode de consommation par injection et au tatouage.

3. L'application des procédures recommandées dans le cadre du programme d'accessibilité au matériel d'injection stérile.

Le partage de matériel d'injection contaminé est un mode de transmission hautement efficace pour la transmission du VHC et du VIH parmi les UDI. Les seringues stériles sont déjà disponibles sur tout le territoire de la Montérégie. En plus des seringues, il convient de rendre accessible aussi le matériel nécessaire à la préparation de la drogue (stéricup, ampoule d'eau) pour prévenir la transmission du VHC et du VIH. Ce nouveau matériel a été ajouté récemment dans les trousse destinées aux UDI et est disponible en Montérégie via le programme d'accessibilité au matériel d'injection.

4. L'accessibilité aux services de réadaptation et de désintoxication pour les personnes polytoxicomanes.

Au Québec, la majorité des UDI sont des cocaïnomanes. L'accès aux services d'adaptation sociale et de réadaptation pour les cocaïnomanes est encore limité en Montérégie. De plus, l'accès à de tels services dans les deux centres de détention de la Montérégie est inexistant. Les détenus sont donc contraints à attendre leur libération pour entreprendre un traitement. L'accès accru aux services de désintoxication et de réadaptation des personnes toxicomanes peut avoir un impact sur la transmission du VIH et de l'hépatite C.

5. La disponibilité de programme de prévention spécifique aux femmes en difficulté.

Parmi les cas de sida déclarés au Québec au 30 juin 2004, on note une augmentation constante de la proportion de cas déclarés chez les femmes UDI, passant de 8,5 % en 1979-1992 à 33,3 % en 2002-2004. D'autre part, alors que la proportion des femmes infectées par contact hétérosexuel avait diminuée régulièrement entre 1979 et 2001, passant de 27,3 % à 10 %, elle a augmenté à 16,7 % entre 2002 et 2004.

Les femmes toxicomanes, les travailleuses du sexe et les femmes victimes de violence sont particulièrement vulnérables aux maladies transmissibles. Un programme prometteur visant les travailleuses du sexe, CAT Women, a été implanté avec succès dans certaines régions du Québec. En Montérégie, l'organisme Émiss-ère a mis en place le programme Les femmes et leur santé sexuelle visant les femmes victimes de violence. Ce programme fait actuellement l'objet d'une évaluation dont les résultats préliminaires semblent prometteurs.

B) GUÉRIR

Le niveau d'intervention GUÉRIR comprend les services reliés à l'accueil des clientèles, au dépistage, à l'évaluation et à l'établissement du diagnostic, ainsi qu'au traitement ou à l'intervention psychosociale. Les pistes d'action plus spécifiquement reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

6. L'accessibilité aux services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP).
--

Les experts estiment que 80 à 85 % des UDI seraient infectés par le VHC et qu'un grand nombre d'entre eux ne connaissent pas leur état. Devant de tels chiffres, on peut comprendre l'importance du dépistage. Les personnes à risque de contracter l'hépatite C ou le VIH doivent avoir accès à un test de dépistage pour bénéficier, si elles sont infectées, d'un counseling adéquat sur la maladie et sur les mesures à prendre pour en ralentir l'évolution. De plus, les personnes infectées par le VHC peuvent bénéficier gratuitement de la vaccination contre les hépatites A et B. Pour les personnes non infectées, le counseling permet de renforcer l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires.

Un des mandats des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP) est d'offrir le dépistage de ces infections, incluant le dépistage du VHC et du VIH. Les intervenants des SIDEP ont développé une expertise spécifique pour intervenir auprès des personnes vulnérables à l'hépatite C et au VIH en regard de la prévention (counseling préventif, immunisation, etc.), du dépistage des ITSS et de l'orientation vers des ressources appropriées selon les besoins (ressources médicales, psychosociales ou de réadaptation).

Actuellement, les SIDEP offrent des services dans une dizaine d'organismes communautaires qui hébergent des clientèles polytoxicomanes et itinérantes et à certains clients du Virage. Dans certains territoires, en raison notamment de l'augmentation de la clientèle et de la lourdeur des problématiques rencontrées, les besoins dépassent la capacité des SIDEP à y répondre.

D'autre part, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes constituent toujours le groupe qui est le plus touché par le VIH. En Montérégie, les milieux de socialisation gais sont peu nombreux ou difficiles d'accès, ce qui augmente la difficulté à rejoindre ces hommes. De plus, les hommes qui ont des relations bisexuelles s'identifient peu aux messages qui s'adressent à la communauté gaie. Les hommes homosexuels et bisexuels constituent aussi une clientèle ciblée par les SIDEP. Des services mieux adaptés et le développement de certaines habiletés sont nécessaires pour rejoindre davantage ces clientèles vulnérables.

L'offre de service des SIDEP doit donc être revue. Les SIDEP devraient accroître leur présence dans les milieux de vie où ils sont déjà implantés et développer des services dans d'autres milieux de vie. Les mécanismes de référence vers les autres ressources, en particulier les ressources médicales, doivent aussi être améliorés.

7. L'accessibilité aux médecins de 1^{ère} ligne pour le suivi des personnes infectées par le VIH et l'hépatite C.

Les infirmières des SIDEP sont aptes à faire le dépistage de l'hépatite C et du VIH et à offrir le counselling nécessaire et la vaccination. Les personnes infectées par le VIH devraient être référées à un médecin pour l'évaluation de leur état de santé et de la pertinence qu'elles entreprennent une trithérapie. Cependant, l'accessibilité aux médecins de 1^{ère} ligne étant limitée, il est difficile d'établir un mécanisme de référence pour le suivi des cas positifs.

D'autre part, tous les cas d'hépatite C devraient faire l'objet d'une évaluation de base afin de déterminer la présence d'une maladie chronique du foie. Des contrôles périodiques sont aussi nécessaires. Cette évaluation de base et les contrôles périodiques devraient être assurés par les médecins de 1^{ère} ligne. Nous savons cependant que les personnes UDI consultent peu les ressources du réseau. De plus, il est admis que ces patients constituent une clientèle lourde en raison des nombreuses problématiques qu'elles cumulent (problèmes psychosociaux, judiciaires, consommation, faible observance du traitement, etc.). Il est donc probable qu'une partie de ces patients n'obtiennent pas les services d'évaluation de base.

8. L'accessibilité aux tests diagnostics.

Les omnipraticiens qui suivent des patients atteints de VIH devraient avoir accès plus facilement aux tests diagnostics.

9. La continuité, collaboration et coordination entre les ressources médicales concernées (corridors de références intra-CSSS et extra-CSSS, réseautage, formation, soutien professionnel).

Les omnipraticiens qui suivent des patients atteints du VIH devraient avoir accès aux ressources spécialisées en Montérégie, à de la formation continue (mise à jour fréquente et de courte durée), et des efforts devraient être consentis afin de développer les liens, faciliter le réseautage entre les différentes ressources médicales concernées et améliorer les mécanismes de référence vers les ressources spécialisées.

Un plus grand nombre de médecins de 1^{ère} ligne doivent être en mesure d'offrir le suivi de base aux patients atteints d'hépatite C et du VIH. Un soutien par des ressources psychosociales en nombre suffisant est une mesure à privilégier afin d'alléger le fardeau des médecins de 1^{ère} ligne, particulièrement pour les clientèles les plus désorganisées.

10. La disponibilité d'une équipe multidisciplinaire (incluant le volet psychosocial) spécialisée dans le traitement et le suivi des personnes infectées (clinique régionale spécialisée, équipe mobile, etc.) en soutien aux omnipraticiens et aux médecins spécialistes.

Lorsqu'une atteinte hépatique est diagnostiquée chez un patient infecté par le VHC, celui-ci doit faire l'objet d'une investigation plus poussée (ex. : biopsie hépatique) afin de déterminer la sévérité de la maladie et la pertinence d'un traitement. On sait qu'entre 20 et 50 % des patients atteints d'une hépatite chronique vont évoluer vers la cirrhose et qu'entre 1 et 4 % des personnes atteintes d'une cirrhose développeront un cancer du foie à chaque année. Ces cas relèvent davantage des soins spécialisés.

En Montérégie, les spécialistes impliqués dans le traitement de l'hépatite C sont les gastro-entérologues et les infectiologues. Or, ces spécialistes ont de plus en plus de difficulté à suffire à la tâche puisque leurs patients constituent une clientèle plus lourde (surtout en présence d'une co-infection VIH/VHC).

Les personnes vivant avec le VIH, pour leur part, doivent avoir accès à des soins et des services de qualité et à un traitement optimal. La Montérégie ne possédant pas un réseau de cliniques privées spécialisées pour soutenir l'évaluation et le suivi des personnes infectées, la prise en charge de ces personnes est assumée en presque totalité par les microbiologistes infectiologues.

Il y a donc lieu de prévoir une organisation de services adéquate afin de limiter la proportion des patients infectés par le VHC qui pourraient développer une cirrhose du foie et nécessiter une greffe, et la proportion des personnes vivant avec le VIH qui développeront des symptômes ou qui évolueront vers le sida. La mise en place d'équipes multidisciplinaires spécialisées dans le traitement et le suivi de ces patients (incluant des ressources psychosociales) pourrait répondre à ce besoin.

C) SOUTENIR

De façon générale, le niveau d'intervention SOUTENIR comprend les services de soutien d'ordre pratique ou psychosocial, les services d'adaptation et de réadaptation ainsi que les soins palliatifs et de fin de vie. Les pistes d'action reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

11. L'accessibilité aux travailleurs de proximité pour les personnes atteintes du VHC (soutien, références, accompagnement, etc.) dans les milieux de vie.

Les personnes atteintes de l'hépatite C, particulièrement les toxicomanes, les ex-toxicomanes et les personnes atteintes de maladies mentales, ont généralement besoin d'un soutien psychosocial pour les aider à maintenir l'observance au traitement, à se présenter à leur rendez-vous, à maintenir l'abstinence et ainsi augmenter leur chance d'avoir une évolution favorable.

12. L'accessibilité aux services de soutien, références, accompagnement, pour les personnes atteintes du VIH.

Dans le cas des personnes vivant avec le VIH, une observance presque absolue au traitement est nécessaire pour en assurer l'efficacité des multithérapies et diminuer l'apparition de résistance. Ces patients doivent être soutenus dans leurs efforts par des ressources psychosociales en nombre suffisant.

13. L'accessibilité aux services de soutien pour les établissements et les organismes qui hébergent des personnes atteintes du VIH et du sida, incluant les soins palliatifs.

Les personnes vivant avec le VIH ou atteintes du sida ont de plus en plus besoin de ressources de répit, de soutien, d'accompagnement et d'hébergement temporaire³. Ces services devraient favoriser l'acquisition d'une certaine autonomie (apprendre à gérer la prise de médicament, à s'alimenter correctement, etc.), de manière à faciliter le retour à la vie active dans la communauté. Les différentes ressources qui hébergent des personnes aux prises avec des problématiques très différentes (itinérance, santé mentale, toxicomanie) devraient avoir accès à des ressources spécialisées pour les aider à gérer les besoins des personnes vivant avec le VIH qu'ils hébergent. Actuellement, l'organisme Émiss-ère offre, en partie, ce soutien aux organismes qui en expriment le besoin.

14. L'accessibilité aux soins palliatifs en hébergement et au domicile.

Les personnes atteintes du sida en phase terminale doivent avoir accès aux services existants en soins palliatifs. Il est possible que les ressources humaines œuvrant dans les milieux de soins prolongés aient besoin de formation et de soutien. L'organisme Émiss-ère peut offrir ce soutien au besoin.

³ Les services d'hébergement des personnes vivant avec le VIH et le sida ont fait l'objet d'une étude en 2002. Les recommandations quant aux besoins qui concernent l'organisation de ces services sont décrites dans le rapport déposé par Janie Houle intitulé *Étude des besoins d'hébergement des personnes atteintes du VIH/sida et portrait des ressources en Montérégie*, Longueuil, RRSS de la Montérégie, avril 2002.

ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION

Pour apprécier le potentiel d'impact populationnel de chacune des pistes d'action, les groupes de travail ont été rencontrés lors de séances au cours desquelles les membres devaient faire consensus sur les valeurs à attribuer à chacune des pistes d'action du continuum. Le tableau suivant présente les 18 éléments du questionnaire qui constituait la base de cet exercice.

LES QUATRE GRANDES VARIABLES DE L'ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT

<i>Variables</i>	<i>Éléments</i>
1. <u>Les besoins</u> concernés par l'intervention proposée par la piste.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quelle est la prévalence de la condition visée? ■ Quelle est l'évolution prévisible de cette prévalence? ■ Quel est l'état de santé et de bien-être des personnes présentant la condition? ■ Quels sont les coûts sociaux associés à la condition?
2. <u>La puissance de l'intervention</u> proposée par la piste. La puissance de l'intervention cherche à identifier le potentiel d'une action à agir favorablement sur l'état de santé et de bien-être des personnes présentant la condition.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quel est l'effet théorique de l'action ou des correctifs proposés par la piste? ■ Quelle est la qualité de la preuve de cet effet? ■ L'action ou les correctifs proposés sont-ils éthiques⁴? ■ Quel est le degré de conformité de l'action ou des correctifs proposés avec les orientations existantes?
3. <u>L'état du déploiement actuel</u> de l'intervention proposée par la piste. Cette variable s'intéresse à la situation réelle de la mise en œuvre de l'intervention proposée.	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'intervention proposée est-elle disponible en Montérégie? ■ Dans quelle mesure rejoint-elle la clientèle? ■ Quel est le degré actuel de collaboration-coordination de l'ensemble des intervenants concernés par cette intervention? ■ Le cheminement du client en rapport avec cette intervention est-il fluide? ■ Quel niveau de qualité technique cette intervention atteint-elle actuellement? ■ Quel est le degré de pertinence⁵ de sa réalisation?
4. <u>La disponibilité des ressources</u> requises pour déployer l'intervention proposée par la piste. Cette variable cherche à traduire la disponibilité des moyens nécessaires pour produire l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quel est le degré de disponibilité des ressources financières? ■ Des ressources humaines? ■ Du réseautage et des éléments structurants de coordination nécessaires à la réalisation de l'intervention? ■ Du savoir-faire/expertise⁶ pour réaliser l'intervention?

⁴ La forme donnée à cet élément dans le questionnaire l'a rendu non discriminant. En conséquence, le conserver dans l'analyse ne modifie pas les résultats. Des mesures correctives sont toutefois en élaboration afin d'attribuer à cet élément une réelle capacité de mesure et de discrimination.

⁵ Dans le cadre du présent exercice, le terme « pertinence » revêt la signification suivante : réalisation de la bonne intervention, au bon moment et auprès de la bonne personne, de sorte que toute sur ou sous-utilisation de services s'en trouve évitée.

⁶ Cet élément fait ici strictement référence à l'existence d'un savoir-faire disponible et non à la disponibilité des ressources humaines compétentes pour pratiquer l'intervention.

Le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact de la page suivante résume la disposition des pistes d'action qui découle de leur analyse à l'aide des quatre grandes variables. Cette façon d'organiser les pistes d'action rend explicite leur positionnement relatif en matière d'impact potentiel auprès de la population. Les pistes d'action présentées en rouge sont des pistes pour lesquelles l'analyse a révélé, d'un point de vue régional, une difficulté au niveau de la disponibilité des ressources pour leur déploiement.

Toutes les pistes figurant au tableau synthèse ont avant tout franchi le seuil critère de la variable « puissance de l'intervention ». Chaque piste se positionne ensuite selon le score qu'elle a obtenu par rapport à la moyenne à l'aide de parenthèses, les pistes dont le déploiement apparaît contraint par la disponibilité de ressources.

Les quatre quadrants du tableau synthèse correspondent à la combinaison des variables « besoins » et « état du déploiement ». Ainsi organisée, l'information contenue dans le tableau facilite la composition d'un portefeuille équilibré d'interventions. Une piste pour laquelle les besoins s'avèrent supérieurs à la moyenne du continuum et dont le niveau de déploiement est inférieur à la moyenne offre un gain potentiel plus important qu'une piste pour laquelle, par exemple, les besoins s'avèrent inférieurs à la moyenne et dont le déploiement actuel est supérieur. Aussi, la première apparaîtra au quadrant « Impact à l'échelle de la population du continuum – Pistes de développement », tandis que la seconde figurera au quadrant « Impact à l'échelle de groupes-cibles – Pistes de consolidation ». Le tableau de la page suivante présente le tableau synthèse du continuum « Maladies transmissibles - VIH-VHC ».

Dans ce premier exercice, seules les zones d'amélioration potentielle, formulées en pistes d'action, ont été considérées. De nombreuses interventions, essentielles au bon fonctionnement d'un continuum, sont passées sous silence, parce qu'elles n'ont pas révélé d'écart entre les besoins et l'offre de service. Ces interventions doivent donc être maintenues et ne devraient pas être mises de côté au profit d'une piste d'action prometteuse. Par ailleurs, les pistes d'action dont la puissance de l'intervention n'a pas atteint le seuil défini lors de l'analyse ne se retrouvent pas dans le tableau synthèse : ces pistes sont à approfondir. Rappelons enfin que l'analyse est basée sur notre perception de la situation régionale montérégienne et que cette analyse doit être validée au niveau local.

Ces informations en main, il devient plus aisé de relever le défi qui consiste à composer un portefeuille équilibré d'interventions qui est le plus adapté possible à l'ensemble des besoins de la population visée. Ce portefeuille équilibré d'interventions devrait, par exemple tenir compte du fait que certaines pistes d'action sont déjà bien engagées dans les milieux locaux, que d'autres le sont moins et que d'autres encore requièrent l'ajout de ressources. En somme, le tableau synthèse invite les décideurs à identifier les pistes à privilégier pour répondre à l'ensemble des besoins de la population visée par le continuum, en tenant compte de la capacité ou de l'opportunité de déployer les ressources nécessaires à l'actualisation des interventions requises.

Tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact des pistes d'action pour le continuum d'intervention « Maladies transmissibles - VIH-VHC »

Pistes de développement

Pistes de consolidation

	Pistes de développement	Pistes de consolidation
Impact à l'échelle de la population du continuum	<ul style="list-style-type: none"> 7. Accès aux médecins de 1ère ligne pour le suivi 9. Coordination-collaboration entre les ressources médicales concernées 10. Équipe multidisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Accès aux condoms pour les clientèles vulnérables 6. Accès SIDEP 8. Accès aux tests diagnostics 12. Accès aux services de soutien, références, accompagnement pour personnes atteintes 13. Services de soutien aux établissements et organismes d'hébergement
Impact à l'échelle des groupes cibles	<ul style="list-style-type: none"> 2. Application des mesures de réduction des méfaits dans les centres de détention 11. Accès aux travailleurs de proximité 14. Soins palliatifs 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Application des procédures par le programme d'accès au matériel d'injection stérile 4. Services de réadaptation et de désintoxication pour personnes polytoxicomanes

() = contraintes liées à la disponibilité des ressources

CONCLUSION

La démarche pour l'élaboration d'outils d'aide à la décision, entreprise par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie en juin 2004, s'inscrit dans le courant actuel qui préconise un recours accru à des données probantes dans le processus de prise de décision dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Cette occasion unique de mobilisation des expertises de l'Agence a permis de développer des outils qui offrent une vue d'ensemble des pistes d'action à partir desquelles les décideurs seront en mesure de composer un portefeuille équilibré d'interventions fondées sur des données probantes, dans l'optique de répondre de manière équitable, et avec un maximum d'impact, à la diversité des besoins de la population de leur territoire.

Il reste cependant encore beaucoup de travail à faire, que ce soit au niveau de la mise en place de modalités concrètes de coordination pour la mise en œuvre des pistes d'action, du développement d'outils ou du raffinement de la méthodologie. Et pour mener à bien ce travail, l'Agence souhaite maintenir un dialogue continu avec ses partenaires, de façon à assurer un partage d'informations valides et pertinentes dans l'optique d'apprécier plus justement la performance du système de santé ainsi que son impact sur la santé et le bien-être de la population montérégienne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

HOULE, JANIE. ÉTUDE DES BESOINS D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES ATTEINTES DU VIH/SIDA ET PORTRAIT DES RESSOURCES EN MONTÉRÉGIE, LONGUEUIL, RRSSS DE LA MONTÉRÉGIE, AVRIL 2002.

LISTE DES COLLABORATEURS

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE TRAVAIL DE L'AGENCE

France Janelle, pilote
Constance Le Bel
Andrée Perreault
Marie St-Amour

EXPERTS EN PROVENANCE DU RÉSEAU⁷

Maryse Brochu - CSSS Richelieu-Yamaska
Laurent Delorme - Hôpital Charles LeMoyne
Pierret Fournier - CSSS Richelieu-Yamaska
Charles Frenette - Hôpital Charles LeMoyne
Sylvain Gauthier - Emiss-Ère
Gaétan Lavoie - CSSS du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais
Julie Loslier - UMF Charles LeMoyne
Nathalie Lussier - Hôpital Charles LeMoyne
Caroline Roy - Emiss-Ère
Patrice Vigeant - CSSS du Suroît

MEMBRES DU COMITÉ DE COORDINATION SUR LES CONTINUUMS

De septembre 2004 à avril 2005, les travaux sur les continuums ont été menés au sein de l'Agence sous la coordination du Comité de coordination sur les continuums formé de représentants des directions de la Planification et des Affaires publiques (DPAP), de la Santé publique (DSP), de la Direction exécutive de la gestion du réseau (DEGR).

Johanne Fournier, DPAP, responsable du comité de coordination

Jocelyne Audet, DEGR
Diane Bélanger, DEGR
Paul Berger, DSP
Catherine Bertrand, DEGR
Ginette Lafontaine, DSP
Aimé Lebeau, DSP

⁷ Personnes consultées lors du colloque régional tenu le 25 novembre 2004.

ÉQUIPE RESPONSABLE DE LA MÉTHODOLOGIE (OUTILS ET DÉMARCHE) SOUS LA COORDINATION SCIENTIFIQUE DE DENIS A. ROY, DIRECTEUR DE LA DGIC

Sylvie Cantin, DPAP
Liliane Foisy, DPAP
Mylène Kosseim, DPAP
Marc Lavoie, DSP

COLLABORATION À LA CONCEPTION, RÉDACTION ET PRODUCTION DES DOCUMENTS

Nicole Lemire, DPAP

COLLABORATION À LA VALIDATION DE CONTENU

Monique Benoit, DPAP

COLLABORATION À LA MISE EN FORME

France Salois, DPAP
Madeleine Pierre, DPAP

COLLABORATION À LA MISE EN LIGNE DE LA BASE DE CONNAISSANCES

Cheickh Youcefi, DPAP
Mohamed Jamali, DAFIT
Vanneth Ngan, DPAP
Catherine Houtekier, DPAP
François Simard, DPAP