

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

Québec
Montérégie



LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« MALADIES CARDIOVASCULAIRES »

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 CARDIOVASCULAIRES ».....	5
<i>Typologie des services</i>	<i>6</i>
DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION	7
<i>Carte stratégique</i>	<i>8</i>
ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION.....	12
<i>Tableau synthèse</i>	<i>17</i>
CONCLUSION	18
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	19
LISTE DES COLLABORATEURS	20

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 cardiovasculaires ».

DESCRIPTION DU CONTINUUM « MALADIES CARDIOVASCULAIRES »

Les maladies cardiovasculaires (MCV) qui incluent les maladies cardiaques, les maladies vasculaires dont l'hypertension, de même que les maladies cérébrovasculaires, arrivent au premier rang des coûts associés à la maladie. Au Québec, en 1998, le coût total des maladies cardiovasculaires était de l'ordre de 4,6 milliards de dollars, soit 13 % de l'ensemble des dépenses consacrées à la maladie¹.

Selon un consensus d'experts de la Direction de santé publique de la Montérégie (avril 2005), la prévalence, dans la population générale, des maladies cardiovasculaires telles que définies précédemment, est estimée de 25 %, ce qui représente 335 529 cas probables en Montérégie pour l'année 2004. La prévalence augmente avec l'âge à partir de 45 ans. Les hommes sont plus atteints que les femmes.

On sait que la plupart des maladies cardiovasculaires découlent des effets de plusieurs facteurs de risque. Les facteurs de risque non modifiables sont l'âge, le sexe et l'hérédité alors que les facteurs de risque modifiables sont l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hypertrophie ventriculaire gauche, le tabagisme, la sédentarité, la dyslipidémie, les mauvaises habitudes alimentaires, le diabète sucré et le stress.

En ce qui concerne les indicateurs de santé, le taux de mortalité par MCV (1994-1998) pour la Montérégie est de 268,8 par 100 000 de population. Le taux de mortalité est plus élevé chez les hommes et chez les groupes de personnes plus âgées². Le taux moyen d'années de vie perdues en raison d'un décès causé par MCV est de 11,1 années par 1 000 personnes en Montérégie.

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

¹ SANTÉ CANADA. *Le fardeau économique de la maladie au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2002.

² SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE. *Conférence consensuelle sur l'évaluation et le traitement des cardiopathies ischémiques chroniques*, Ottawa, Société canadienne de cardiologie, 1997.

Typologie des services

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information et sensibilisation ▪ Interventions multistratégiques de promotion et de prévention du tabagisme ▪ Interventions médicales préventives ▪ Pratiques cliniques préventives ▪ Services d'immunisation (influenza, pneumocoque) ▪ Promotion de la qualité de l'air intérieur et extérieur ▪ Promotion de la qualité de l'air dans l'environnement de travail ▪ Mobilisation des réseaux de l'intersectoriel ▪ Recherche de cas et interventions précoces 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostic, traitement et suivi (médecins de famille) ▪ Activités de cessation tabagique ▪ Services médicaux et diagnostiques spécialisés (accès) ▪ Suivi systématique multidisciplinaire (cas modérés et sévères) ▪ Clinique d'enseignement et de suivi de clientèle ▪ Diagnostic des conditions comorbides ▪ Services d'urgence et d'hospitalisation ▪ Services pharmaceutiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Info-Santé ▪ Services psychosociaux auprès de la personne et de ses proches ▪ Soutien d'ordre pratique et psychosocial ▪ Clinique d'enseignement et de suivi de clientèle ▪ Suivi intégré par une équipe multidisciplinaire (clientèle atteinte de façon modérée et sévère) ▪ Services d'adaptation et de réadaptation ▪ Services pharmaceutiques ▪ Services de soins de fin de vie

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 cardiovasculaires » 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 clinique³, 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.

³ 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 CARDIOVASCULAIRES »

Carte stratégique



A) PRÉVENIR⁴

Les pistes d'action au niveau de la prévention directement en lien avec ce continuum sont :

1. L'implantation d'un programme intégré, multistratégique et intersectoriel de type 0-5-30 Combinaison prévention⁵.

Un programme intégrateur et multistratégique, le Programme 0-5-30 combinaison prévention, est actuellement en développement. Il vise à agir tant sur le tabagisme que sur la qualité de l'alimentation et la pratique régulière d'activités physiques, et ce, dans différents milieux de vie.

2. La qualité des interventions multistratégiques de prévention du tabagisme.

La réduction du tabagisme dépend d'interventions à multiples facettes pour prévenir l'initiation au tabagisme chez les jeunes (milieu scolaire), aider les fumeurs à cesser et soutenir les non-fumeurs dans leurs démarches pour obtenir un environnement sans fumée.

3. L'intensification du soutien aux campagnes sociétales de promotion de saines habitudes de vie (cessation du tabagisme, saine alimentation et activité physique).

Afin d'agir sur la norme sociale ainsi que sur les connaissances et attitudes des personnes, des campagnes nationales de promotion visant l'adoption de saines habitudes de vie dont le non-tabagisme, l'activité physique et la saine alimentation sont en cours. Des actions régionales et locales de renforcement sont nécessaires pour favoriser l'efficacité de ces campagnes.

Concernant le non-tabagisme plus spécifiquement, un concours national J'arrête, j'y gagne a lieu depuis 5 ans. Dans le cadre du concours, plusieurs activités se réalisent dans différents milieux de vie, dont les écoles et les entreprises. Un défi national sur le même modèle, le Défi 5/30 visant la consommation de cinq fruits et légumes par jour et la pratique de 30 minutes d'activités physique par jour, a été lancé en 2005 et devrait se renouveler au cours des prochaines années.

⁴ 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.

⁵ À noter que cette piste d'action se retrouve également dans les continuums d'intervention « Diabète » et « Lutte contre le cancer » ainsi que dans le continuum « Interventions universelles ».

4. La systématisation de l'identification des facteurs de risque (questionnaire, examen physique, tests complémentaires) en vue de leur stratification.

L'identification des facteurs de risque de MCV devrait faire partie du questionnaire médical et du dossier afin d'agir précocement sur ces facteurs de risque (ex : HTA, dyslipidémie, diabète, etc.).

5. L'intensification de la promotion d'un environnement sans fumée.

Des problèmes de santé peuvent être causés par la fumée secondaire de tabac. Une loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics est en processus d'application au Québec. Beaucoup de travail de promotion reste à faire pour atteindre l'objectif visé.

6. L'amélioration de l'application des pratiques cliniques préventives dont l'efficacité est reconnue.

L'application des pratiques cliniques préventives dont l'efficacité est démontrée, en particulier la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'hypertension artérielle, le counselling alimentaire, l'arrêt tabagique et la pratique régulière de l'activité physique devrait être systématisée.

7. L'accessibilité aux services de cessation tabagique.

Des centres d'abandon du tabac sont implantés dans tous les CLSC. Une formation sur l'intervention minimale ou brève en counselling antitabagique est disponible.

Des programmes comprenant un volet de cessation du tabac sont aussi actuellement implantés dans plusieurs territoires (programmes d'éducation en prévention du tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire, par exemple, Gang allumée).

De plus, dans le cadre d'École en santé, l'adoption de saines habitudes de vie est visée. Cette approche amorce actuellement son implantation en Montérégie.

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 :

8. La clarification de la hiérarchisation des services.

Afin d'utiliser les ressources médicales de façon optimale, les omnipraticiens devraient assurer le suivi régulier des patients et les référer aux spécialistes lorsque requis.

9. L'amélioration de la continuité des services à l'aide d'outils de partage d'information.

Il serait souhaitable que le dossier puisse suivre le patient afin d'éviter la répétition d'actes médicaux et assurer une qualité de prise en charge. Un dossier informatique est à promouvoir pour un meilleur partage d'informations interétablissements.

10. L'intensification des mesures de promotion de la qualité de l'air extérieur.

Les épisodes de niveau élevé de pollution atmosphérique, souvent appelés épisodes de smog, sont associés à une augmentation de la morbidité et de la mortalité reliée aux maladies cardiorespiratoires. Afin de réduire les risques de complications chez les populations vulnérables, le Programme Info-smog a débuté il y a quelques années avec l'objectif de limiter leur niveau d'exposition lors d'épisodes de smog. Les avis d'Environnement Canada sur les épisodes de smog sont transmis, depuis 2002, à certains CLSC. De plus, différentes sources d'émissions atmosphériques industrielles pouvant présenter un risque pour la santé des personnes exposées font l'objet d'interventions de la part des équipes de la Direction de santé publique.

11. L'application des guides de pratique de traitement.

Afin d'améliorer la qualité des services, il faudrait promouvoir à l'intérieur des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et du Département régional de médecine générale, le développement des meilleures pratiques selon les consensus établis en insistant sur le traitement des facteurs de risque

(HTA, tabagisme, diabète, dyslipidémie, obésité). De plus, les patients devraient être suivis par les omnipraticiens dans les cabinets privés, dans les groupes de médecine familiale (GMF) ou en CLSC selon les recommandations des groupes d'experts.

12. L'amélioration des délais de réponse des services ambulanciers.
13. L'accessibilité rapide aux services spécialisés (diagnostic et traitement).

Les interventions précoces déterminent souvent l'issue de la maladie, puisque des interventions rapides permettent d'éviter l'infarctus (recanalisation en hémodynamie chez les patients qui se présentent dans les premières heures d'un infarctus) et les AVC (lyse du caillot par médicament pour un patient qui se présente avec AVC thrombotique, dans les premières heures). C'est donc dire toute l'importance d'avoir accès rapidement à des services ambulanciers ainsi qu'à des plateaux techniques de soins spécialisés (médecins spécialistes, trombolyse, coronarographie, dilatation coronarienne et angioplastie).

14. L'accessibilité aux médecins de famille.

L'accessibilité aux médecins de famille est actuellement déficiente. Des mécanismes de référence sont à mettre en place pour faciliter la prise en charge rapide et le suivi des patients atteints ou à risque de maladies cardiovasculaires.

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 :

15. La disponibilité de services intégrés pour les insuffisants cardiaques.

Il serait souhaitable de développer ou de consolider dans chaque CSSS, des programmes de suivi et de services intégrés pour les insuffisants cardiaques les plus à risque.

16. La disponibilité d'un programme d'enseignement et de réadaptation cardiaque par une équipe multidisciplinaire et un intervenant-pivot.

Le programme d'enseignement et de réadaptation est formé d'un ensemble de services à long terme, ayant pour but de limiter les effets physiologiques et psychologiques de la maladie cardiaque, de diminuer le risque de mort subite ou d'un deuxième infarctus, de contrôler les symptômes cardiaques, de stabiliser ou de faire régresser l'athérosclérose et d'améliorer l'état psychosocial et professionnel de certains patients. Il comprend l'évaluation médicale, la pratique d'activités physiques prescrites, la modification des facteurs de risque, l'éducation et le counselling⁶. La réadaptation cardiaque réduit la mortalité et la morbidité des MCV de façon efficiente⁷. Il serait donc souhaitable de développer ou de consolider dans chaque CSSS, des programmes d'enseignement et de réadaptation cardiaque reposant sur une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière, diététiste, pharmacien, psychologue, travailleur social, inhalothérapeute, physiothérapeute) et un intervenant-pivot avec une approche clinique favorisant l'autonomie du patient, en lien avec le médecin de famille.

17. L'application des guides de pratique des soins de fin de vie.

Les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires doivent avoir accès à des soins de fin de vie si nécessaire (accompagnement, soutien psychologique au patient et à la famille, soulagement de la douleur, etc.) Ces services sont à développer, dans chaque territoire local, quel que soit le milieu d'intervention (établissement ou domicile).

18. L'accessibilité aux soins palliatifs (pour insuffisants cardiaques).

Les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires doivent avoir accès, si nécessaire, à des services de fin de vie. Ces services sont à développer dans chaque territoire local, quel que soit le milieu de soins (CH, CLSC, CHSLD, organismes communautaires, maisons de soins palliatifs).

La référence et le transfert du patient hospitalisé vers les soins de fin de vie doivent se planifier entre les intervenants des différents sites ou milieux. Les intervenants de soins de fin de vie doivent être

⁶ U.S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SCIENCES. « Cardiac Rehabilitation, Clinical practice Guideline, number 17 », Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, National heart, Lung and Blood Institute, *AHCP*R, Publication no. 96-0672, october 1995.

⁷ U.S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SCIENCES. « Cardiac Rehabilitation, Clinical practice Guideline, number 17 », Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, National heart, Lung and Blood Institute, *AHCP*R, Publication no. 96-0672, october 1995.

formés et aptes à répondre à toutes les situations de traitement et de soutien du patient et de la famille.

Les médecins et les professionnels ont besoin d'une meilleure formation pour les aider à cibler, parmi leurs patients atteints de MCV, ceux qui risquent davantage de mourir dans un avenir rapproché et qui, par conséquent, bénéficieraient le plus de discussions opportunes sur les enjeux de fin de vie.

Une formation devrait être disponible pour outiller les médecins et tous les professionnels aux questions de fin de vie éventuellement soulevés par leurs patients ou leurs proches.

19. L'amélioration des services de soutien à domicile (pour insuffisants cardiaques).

Afin d'assurer un soutien d'ordre pratique ou psychosocial aux personnes avec une insuffisance cardiaque, des services à domicile devraient être développés en lien avec les organismes communautaires et les associations qui ont développé des expertises et des réseaux de soutien avec cette clientèle.

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 éthiques⁸? ■ 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 pertinence⁹ 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/expertise¹⁰ pour réaliser l'intervention?

⁸ 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.

⁹ 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.

¹⁰ 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 cardiovasculaires ».

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 montréalaise 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 cardiovasculaires »

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"> 1. Programme 0-5-30 8. Hiérarchisation des services 9. (Outils de partage d'information) 10. (Mesures pour la qualité de l'air extérieur) 	<ul style="list-style-type: none"> 2. Interventions multistratégiques en prévention du tabagisme 3. Soutien aux campagnes sociétales sur les habitudes de vie 4. Identification des facteurs de risque 5. Promotion d'un environnement sans fumée 6. PCP reconnues 11. Guides de pratique pour le traitement 14. Accès à un médecin de famille
Impact à l'échelle des groupes cibles	<ul style="list-style-type: none"> 15. Services intégrés pour insuffisants cardiaques 17. (Guides de pratique pour soins palliatifs) 18. (Accès aux soins palliatifs) 	<ul style="list-style-type: none"> 6. Services de cessation tabagique 12. Amélioration des délais de réponse des services ambulanciers 13. Accès rapide aux services spécialisés 16. (Programme d'enseignement et de réadaptation) 19. Services de soutien à domicile pour insuffisants cardiaques

() = 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

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé de 1998*, Montréal, MSSS, Collection la santé et le bien-être, 2000.

SANTÉ CANADA. *Le fardeau économique de la maladie au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2002.

SAUVAGEAU, Yves. *Le portrait de santé : La Montérégie et ses territoires de CLSC*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux Montérégie, 2003.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE. *Conférence consensuelle sur l'évaluation et le traitement des cardiopathies ischémiques chroniques*, Ottawa, Société canadienne de cardiologie, 1997.

U.S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SCIENCES. « Cardiac Rehabilitation, Clinical Practice Guideline : number 17 », Washington, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, National Heart, Lung and Blood Institute, *AHCPR*, Publication no. 96-0672, october 1995.

LISTE DES COLLABORATEURS

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE TRAVAIL DE L'AGENCE

Lise Bourdages, pilote
Huguette Bélanger
Stéphane Groulx
Alain Messier
Hung Nguyen
Carmen Rouleau

EXPERTS EN PROVENANCE DU RÉSEAU¹¹

Hélène Bessette - CSSS Haut-Richelieu/Rouville
Louise Gagnon - Hôpital Charles LeMoine
Roxane Guindon- Fondation des maladies du coeur
Pascal Larocque - CSSS du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais
Patricia Reid - CSSS du Haut-Saint-Laurent

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

¹¹ 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