

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

Québec
Montérégie



LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE »

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 « MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE »	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.....	14
<i>Tableau synthèse</i>	<i>16</i>
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 continuums 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 « Maladie pulmonaire obstructive chronique ».

DESCRIPTION DU CONTINUUM « MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE »

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une affection principalement causée par l'habitude de fumer, caractérisée par l'obstruction progressive et partiellement réversible des voies respiratoires, par des manifestations systémiques et des exacerbations qui augmentent en fréquence et en sévérité. Elle englobe principalement la bronchite chronique et l'emphysème.

La MPOC est la cinquième cause de décès en Montérégie avec un taux de mortalité de 36,8 par 100 000 de population. En 1998, les coûts directs et indirects des maladies respiratoires au Québec étaient de l'ordre de 1 919 M \$¹. Toujours en 1998, la prévalence déclarée des MPOC était de 2,3 %, ce qui représente une clientèle potentielle de 26,842 en 2004 pour la Montérégie².

On attribue au tabagisme 90 % des cas de MPOC. D'autres facteurs tels que la pollution atmosphérique et l'exposition à certaines substances irritantes en milieu de travail sont également mises en cause dans l'étiologie de cette maladie³.

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

¹ AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). Fardeau de la maladie – En ligne http://ebic-femc.phac-aspc.gc.ca/select_options.php?Lang=f&stream=cd

² INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé de 1998*, Montréal, MSSS, Collection la santé et le bien-être, 2000.

³ GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASES (GOLD). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report, Executive summary*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service National Institute of Health. National Heart Lung and Blood Institute, 2001.
ROULEAU, M., J. BOURBEAU, F. MALTAIS. « Le traitement des MPOC - Mise au point ». *Actualité médicale*, Supplément à visée éducative, 2002.

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 ▪ Activités de cessation tabagique ▪ 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) ▪ 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 « Maladie pulmonaire obstructive chronique » 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 clinique⁴, 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.

⁴ 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 « MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE »

Carte stratégique





À approfondir : Maladie pulmonaire obstructive chronique

- 14. Mesures pour améliorer la qualité de l'air extérieur
- 17. Groupes de support MPOC

A) PRÉVENIR⁵

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

1. 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.

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, sont prévues. Un concours national J'arrête, j'y gagne a lieu depuis plusieurs années. Cependant, des actions régionales et locales de renforcement sont nécessaires pour favoriser l'efficacité de ces campagnes.

2. L'intensification de la promotion des mesures favorisant une bonne qualité de l'air intérieur dans les milieux de vie (incluant le milieu de travail).

Les principaux contaminants de l'air intérieur sont la fumée de tabac dans l'environnement, les autres produits de combustion, certains contaminants biologiques (ex. : moisissures, insectes, acariens, poils), le radon et les composés organiques volatils. La sensibilisation de la population aux mesures visant à limiter l'exposition à ces contaminants est à réaliser. Des outils d'information visant à réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) et aux moisissures sont en élaboration en Montérégie.

Plusieurs substances sont aussi présentes dans le milieu de travail. Qu'elles soient d'origine animale, végétale, minérale ou chimique, sous forme de poudre, d'aérosol ou de gaz, inhalées ces substances peuvent avoir des effets sensibilisants, irritants et toxiques. Elles peuvent notamment causer de l'asthme professionnel, la plus fréquente des maladies respiratoires professionnelles dans les pays industrialisés. La qualité de l'air du milieu de travail est d'autant plus importante qu'il existe actuellement peu de valeurs limites établies pour les allergènes.

D'autre part, la protection des nourrissons et des jeunes enfants contre l'exposition aux acariens de la poussière domestique, aux coquerelles, aux phanères d'animaux et à la fumée de cigarette, peut réduire le risque. De l'information doit être transmise afin de contrôler autant que possible la présence

⁵ 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.

d'allergènes dans les milieux de vie grâce à un entretien régulier, à une bonne aération, à une réduction de l'humidité.

3. L'accessibilité aux services de cessation tabagique.

Des centres d'abandon du tabac sont implantés dans tous les territoires locaux (mission CLSC). Une formation minimale ou brève faisant partie du counselling antitabagique est disponible. Des programmes comprenant un volet de cessation de l'usage du tabac sont aussi implantés dans plusieurs territoires (programme d'éducation en prévention du tabagisme chez les jeunes en milieu, etc.).

4. L'intensification de la promotion des mesures favorisant une bonne 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.

B) GUÉRIR

Ce niveau d'intervention 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 :

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

Pour pallier le manque d'information, l'utilisation du dossier unique et d'un registre des patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique est fortement suggérée.

6. L'application des guides de pratique clinique.

Pour un contrôle optimal de la MPOC, il faut promouvoir, dans chaque CSSS, l'utilisation des guides de pratique clinique qui tiennent compte des plus récentes recommandations de la Société canadienne de thoracologie relativement au traitement de la MPOC (2003).

7. L'accessibilité aux médecins spécialistes.

Selon les recommandations de la Société canadienne de thoracologie, les omnipraticiens doivent pouvoir recourir aux services des médecins spécialistes lorsque le diagnostic est incertain, lorsque les symptômes sont graves ou disproportionnés, lorsque la fonction pulmonaire chute de façon excessive ou que les symptômes apparaissent avant l'âge de 40 ans.

8. La continuité par le médecin de famille en lien avec l'équipe multidisciplinaire et avec les soins à domicile.

La pratique veut que les patients atteints d'une MPOC soient suivis par une clinique ou un service de maintien à domicile et qu'il y ait une référence à des médecins spécialistes pour les cas sévères et récurrents d'exacerbation et avec morbidité complexe, pour les cas où il y a doute sur le diagnostic ou lorsque les symptômes apparaissent avant 40 ans.

9. L'accessibilité aux médecins de famille.

Les personnes présentant une MPOC n'ont pas toutes un médecin de famille, ce qui, en l'absence de suivi de traitement, augmente le taux de consultation à l'urgence de l'hôpital dans les moments d'exacerbation. De plus, le fait de ne pas avoir de médecin de famille entraîne une moins bonne observance au traitement. Il y aurait donc lieu d'instituer un mécanisme facilitant l'accessibilité à un médecin de famille.

10. L'accessibilité aux outils diagnostiques en 1^{ère} ligne.

Le dépistage de masse (tests des fonctions respiratoires) chez les fumeurs asymptomatiques n'est pas recommandé. Les experts recommandent cependant de faire un test de spirométrie pour établir le diagnostic précoce chez les individus à risque de MPOC. Ce test se fait généralement en cabinet, occasionnellement à l'urgence lors de période d'exacerbation. Le dépistage est à parfaire au niveau de la 1^{ère} ligne. Le processus de suivi est assuré par le médecin traitant.

Le diagnostic de MPOC doit être suspecté chez tout fumeur présentant une dyspnée d'effort, de la toux et des expectorations. La confirmation de l'obstruction pulmonaire par un test de spirométrie (mesures de capacité respiratoire) est essentielle au diagnostic. La disponibilité d'appareil de spirométrie est à documenter au niveau des cliniques et des CSSS et devrait être mis en place au niveau de la 1^{ère} ligne.

11. La coordination intra-hospitalière des services lors de la prise en charge de la clientèle et la continuité de services pour le retour à domicile ou dans les milieux de vie.

Pour les personnes ayant reçu des services de ventilation mécanique non invasive, il faut s'assurer de la coordination intrahospitalières lors de la prise en charge de cette clientèle ainsi que de la continuité des services lorsque le patient retourne chez lui ou dans les milieux de vie tels les centres d'hébergement, les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de types familial (RTF).

12. La disponibilité d'un programme de réadaptation pulmonaire.

Les programmes de réadaptation pulmonaire devraient être accessibles pour éviter l'incapacité progressive qui peut conduire à l'isolement social. Ils améliorent de façon significative la dyspnée, l'endurance à l'effort et la qualité de vie. De plus, la réadaptation réduit les jours d'hospitalisation et

les exacerbations, contribue à une meilleure utilisation des services de 1^{ère} ligne, abaisse de façon significative la mortalité et a un effet coût-bénéfice sur les soins de santé.

C) SOUTENIR

Les pistes d'action reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

13. L'accès à une équipe multidisciplinaire avec intervenant-pivot en 1^{ère} ligne, dans une perspective de responsabilisation du patient dans la prise en charge de sa maladie et de son traitement pour les clientèles modérées à sévères (client et famille).

La recherche scientifique a démontré que les personnes souffrant de MPOC se sentent davantage sécurisées et en meilleure santé lorsqu'elles participent à leur plan de traitement. La clé du succès passe par l'information, la participation et le soutien.

Des cliniques d'enseignement et de suivi pour la clientèle atteinte de MPOC reposant sur une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière, diététiste, pharmacien, psychologue, travailleur social, inhalothérapeute, physiothérapeute, Info-Santé) ayant une approche clinique favorisant l'autonomie du patient, devraient être présentes dans tous les CSSS. Des telles cliniques n'existent pas en ce moment. Cette pratique serait souhaitable, particulièrement pour les cas modérés et sévères. Pour bien fonctionner, des intervenants devront être formés afin qu'ils développent des habiletés pour le suivi, la prise en charge, l'enseignement à l'autogestion de la MPOC, la cessation de fumer, le soutien psychosocial et la réadaptation pulmonaire.

14. L'accessibilité aux services à domicile (ergothérapeute, inhalothérapeute, infirmière, etc.).

Les services à domicile sont à consolider (suivis à domicile post-hospitalisation, accès à des services de médecine de jour, accès à un traitement médicamenteux optimal, accès à de l'oxygénation ou de la ventilation non invasive).

15. L'accessibilité aux soins palliatifs.

Les personnes aux prises avec une MPOC devraient avoir accès à des soins de fin de vie. Ces services sont à développer dans chaque CSSS quel que soit le milieu de soins (CH, CLSC, CHSLD, OC, maisons de soins palliatifs).

16. L'application des guides de pratiques des soins de fin de vie spécifiques aux personnes atteintes de MPOC.

Les personnes atteintes de MPOC devraient avoir accès à des services de fin de vie, d'accompagnement, de soulagement de la douleur, d'oxygénothérapie, etc. Ces services gagneraient à être développés dans chaque CSSS quel que soit le milieu d'intervention (établissement ou domicile).

Les personnes atteintes de MPOC doivent aussi obtenir de l'information sur leur maladie, leur pronostic et les circonstances éventuelles de leur mort. Les médecins et les pneumologues ont besoin d'une meilleure formation pour les aider à cibler, parmi leurs patients atteints de MPOC, 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.

17. L'accessibilité à des groupes de support pour les personnes atteintes de MPOC.

Quelques groupes de support pour les personnes atteintes de MPOC existent en Montérégie. D'autres pourraient être développés avec le support du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM) qui ont des ressources pour aider à démarrer de tels groupes.

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 éthiques⁶? ■ 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 pertinence⁷ 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/expertise⁸ pour réaliser l'intervention?

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ 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 « Maladie pulmonaire obstructive chronique ».

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 « Maladie pulmonaire obstructive chronique »

Pistes de développement

Pistes de consolidation

	Pistes de développement	Pistes de consolidation
Impact à l'échelle de la population du continuum	5. Outils de partage d'information 10. Outils diagnostiques en 1 ^{ère} ligne 12. (Programme de réadaptation pulmonaire) 13. Équipes interdisciplinaires visant la responsabilisation	1. Interventions multistratégiques en prévention du tabagisme 2. Mesures favorisant la qualité de l'air intérieur dans les milieux de vie 6. Guides de pratique clinique 7. Accès aux médecins spécialistes 8. Continuité entre médecin de famille et autres 9. Accès à un médecin de famille 11. Continuité intrahôpital et retour à domicile 14. Accès à des services à domicile
l'échelle des groupes	15. Accès aux soins palliatifs 16. (Guides de pratique pour les soins palliatifs)	3. Services de cessation tabagique

() = 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

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). FARDEAU DE LA MALADIE – EN LIGNE http://ebic-femc.phac-aspc.gc.ca/select_options.php?Lang=f&stream=cd

Global initiative for chronic obstructive lung diseases (gold). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report, Executive summary. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service National Institute of Health. National Heart Lung and Blood Institute, 2001.

Institut de la statistique du québec. Enquête sociale et de santé de 1998, Montréal, MSSS, Collection la santé et le bien-être, 2000.

Rouleau, M., J. Bourbeau, F. Maltais. « Le traitement des MPOC - Mise au point ». Actualité médicale, Supplément à visés éducative, 2002.

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 RÉSEAU⁹

Danielle Andrée - CSSS du Haut-Saint-Laurent
Alain Bergeron - Hôpital Charles LeMoynes (Pharmacie)
Caroline Bois - Hôpital Charles LeMoynes
Suzanne Chiasson - CSSS Champlain
Claire Leduc - CSSS Richelieu-Yamaska
Nicole Payan - CSSS Richelieu-Yamaska

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

⁹ 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