

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

Québec
Montérégie



LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« DIABÈTE »

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 « DIABÈTE »	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	14
<i>Tableau synthèse</i>	16
CONCLUSION	17
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	18
LISTE DES COLLABORATEURS	19

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 « Diabète ».

DESCRIPTION DU CONTINUUM « DIABÈTE »

Le diabète est un trouble métabolique caractérisé par la présence d'une hyperglycémie attribuable à un défaut de la sécrétion de l'insuline et/ou de l'action de l'insuline. L'hyperglycémie chronique liée au diabète est associée à d'importantes séquelles à long terme, particulièrement à des lésions, des anomalies et une insuffisance de divers organes, surtout les reins, les yeux, les nerfs, le cœur et les vaisseaux sanguins¹. On distingue trois types de diabète : le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète de grossesse.

L'incidence du diabète est de 2,6 cas/1 000 chez les 12 ans et plus au Canada². Si ce taux est appliqué à la Montérégie, 5 763 nouveaux cas diabétiques seraient ajoutés en 2004. La prévalence de diabète est de 7% au Québec (3 % chez les adultes de 35 à 65 ans et 10 % chez les personnes de plus de 65 ans)³. De la population diabétique, 90 % sont de type 2 donc, pourrait être évitable. La progression du taux de diabète suit la même courbe que l'augmentation de l'obésité.

La clientèle desservie par les CLSC de la Montérégie se chiffrait à 6 275 en 2001-2002. Au cours de l'année 1997-1998, le nombre d'hospitalisations associé au diabète représente 0,7 % de l'ensemble des hospitalisations, pour un taux brut, selon l'âge, de 84,7 hospitalisations par 100 000. La durée moyenne de séjour pour une hospitalisation liée au diabète est de 6,1 jours en 2000-2001⁴. De plus, on sait que même s'il n'en constitue pas la cause principale d'hospitalisation, le diabète est une condition associée présente chez un grand nombre de patients hospitalisés.

En ce qui concerne les indicateurs de santé, le taux ajusté de mortalité (1994-1998) est de 19,3 par 100 000 de population. Le taux moyen d'années de vie perdues en raison d'un décès causé par le diabète est de 0,8 année par 1 000 personnes en Montérégie⁵. Les complications les plus fréquentes de cette maladie sont les rétinopathies (première cause de cécité chez les adultes), les néphropathies (40 % des insuffisances rénales et première cause de dialyse), les neuropathies et les maladies cardiovasculaires (environ 80 % des diabétiques décèdent de maladies cardiovasculaires). Le diabète serait responsable de 25 % des chirurgies cardiaques et de 50 % des amputations d'origine non traumatique⁶.

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

1 « Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada », Canadian Journal of Diabetes, Vol 27, supp. 2, Dec. 2003.

2 Santé Canada. Le diabète au Canada : Statistiques nationales et possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte, Ottawa, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, 1999

3 Aucoin, Léonard, Véronique Allaire, Annie-Ève Gratton et autres. « Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois », PRIISME Info, édition spéciale, mars 2005.

4 Med-Écho. CD Explorateur, DRG 2000-2001.

5 Choinière, R. D. Saint-Laurent, M. Beauré. « Surveillance de la morbidité au Québec 1977-1998 », Collection analyses et surveillance, no 14, mars 2001.

6 Diabète Québec. Vivre avec le diabète, Montréal, site http://www.diabete.qc.ca/html/vivre_avec_diabete/monde/html/portrait.html

Typologie des services

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information et sensibilisation, intensification et soutien aux campagnes sociétales visant de saines habitudes de vie ▪ Interventions multistratégiques de promotion et prévention ▪ Interventions médicales préventives ▪ Promotion de l'allaitement maternel ▪ Mobilisation des réseaux de l'intersectoriel ▪ Dépistage chez les 40 ans et plus ou selon facteurs de risque 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions médicales (accès aux médecins de famille) ▪ Counselling nutritionnel intensif (accès aux nutritionnistes) ▪ Services d'urgence et d'hospitalisation ▪ Suivi systématique multidisciplinaire avec clinique d'enseignement dans la communauté ▪ Services médicaux et diagnostiques spécialisés (accès aux spécialistes) ▪ Dépistage des complications et des conditions comorbides ▪ Gestion des grossesses à risque élevé ▪ Services pharmaceutiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions médicales (accès aux médecins de famille) ▪ Counselling nutritionnel intensif (accès aux nutritionnistes) ▪ Services diagnostiques pour le suivi des complications et des conditions comorbides ▪ Info-Santé ▪ Suivi systématique multidisciplinaire ▪ Services d'adaptation et de réadaptation ▪ Services pharmaceutiques

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 « Diabète » 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 clinique⁷, et 2) les trois dimensions des continuums, soit PRÉVENIR – GUÉRIR –SOUTENIR.

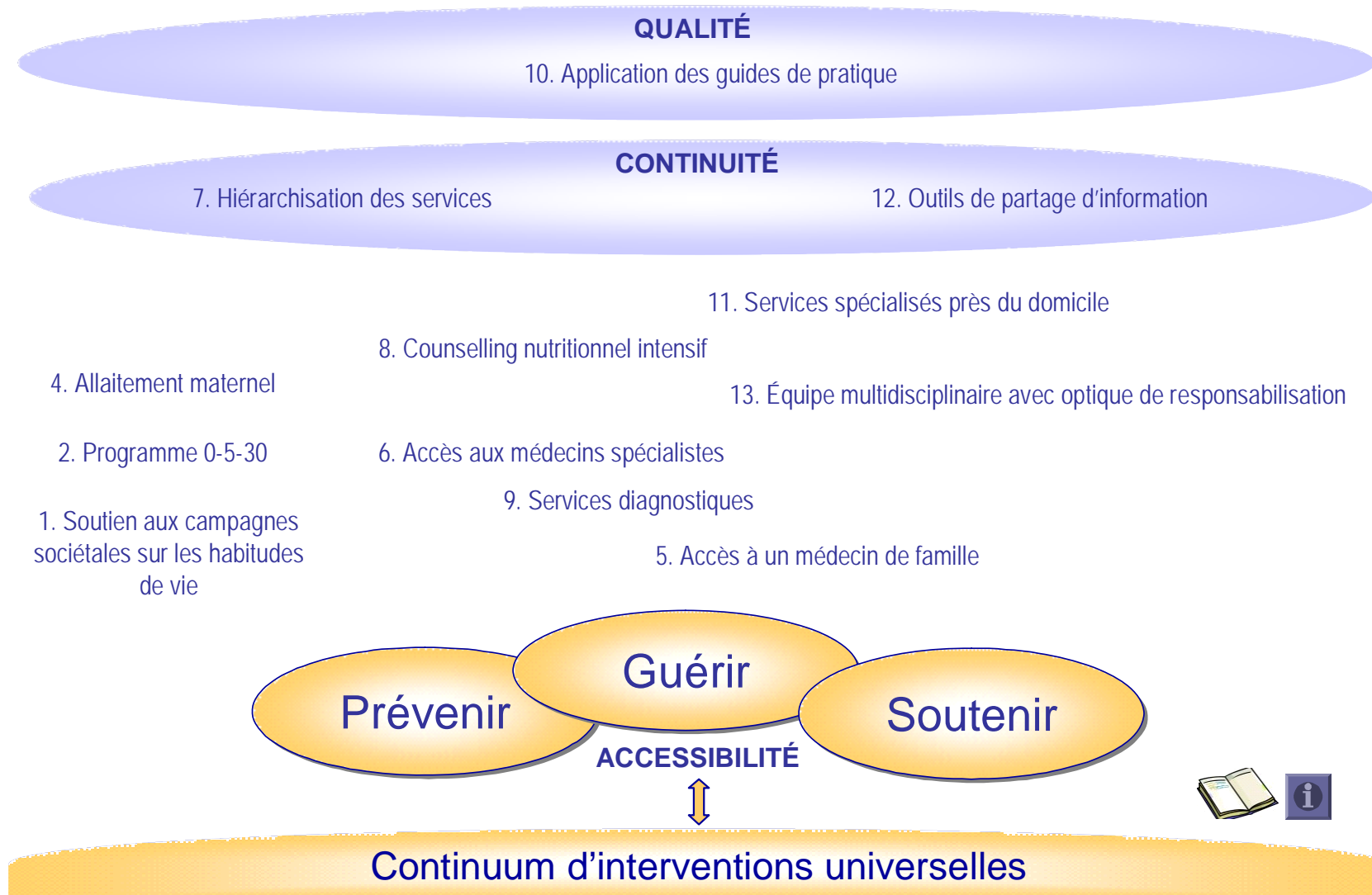
La description de chacune des pistes d'action est ensuite présentée en fonction des trois grands niveaux d'intervention. Pour éviter les répétitions, les pistes qui relèvent de plusieurs niveaux d'intervention ont été classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes 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.

⁷ 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 « DIABÈTE »

Carte stratégique





À approfondir : Déficience physique

6. Efficience du dépistage

A) PRÉVENIR⁸

Aucun facteur de risque modifiable n'a été identifié pour le diabète de type 1⁹. Par contre, l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 suit celle de l'obésité. La prévention du diabète de type 2 passe donc par la prévention de l'obésité et demande une approche intégrée, multidisciplinaire et intersectorielle.

1. L'intensification du soutien aux campagnes sociétales de promotion de saines habitudes de vie (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 l'activité physique et l'alimentation sont en cours. Cependant des actions régionales et locales de renforcement sont nécessaires pour favoriser l'efficacité de ces campagnes.

2. L'implantation d'un programme intégré, multistratégique et intersectoriel de type 0-5-30 combinaison prévention¹⁰.

Plusieurs actions se réalisent actuellement afin de favoriser la mise en place d'environnements favorisant l'activité physique. D'autres actions visant l'amélioration de la sécurité alimentaire et des politiques alimentaires sont en cours d'élaboration. Un programme intégrateur et multistratégique (programme 0-5-30 Combinaison Prévention) est actuellement en développement.

3. L'amélioration de l'efficacité du dépistage en ciblant mieux les personnes à risque.

Le dépistage des patients avec des facteurs de risque du diabète devrait se faire, selon les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète¹¹, aux 3 ans chez les patients de 40 ans et plus, et

⁸ 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.

⁹ Metzler, S. et autres. « Clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada », Canadian Medical Association Journal, 159 (Suppl. 8), 1998, p. 1-29.

¹⁰ À noter que cette piste d'action se retrouve également dans le continuum d'intervention « Maladies cardiovasculaires », dans le continuum d'intervention « Lutte contre le cancer » ainsi que dans le continuum « Interventions universelles ».

¹¹ Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. « Lignes directrices de pratique clinique 2003 », Canadian Journal of Diabetes, vol. 27, suppl. 2, décembre 2003.

plus tôt chez ceux qui ont des facteurs de risque. Cependant, cette question ne fait pas l'unanimité dans la communauté scientifique. Régionalement, l'avis de la directrice de santé publique est de s'en tenir aux normes du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs qui en fait une recommandation de niveau C (preuves insuffisantes pour inclure ou exclure l'examen médical périodique) et de s'en remettre au jugement clinique des intervenants concernant le dépistage des personnes à risque.

4. L'accessibilité aux interventions favorisant l'allaitement maternel (Initiative des amis des bébés (IAB) et counselling).

On dispose de preuves de plus en plus étayées indiquant que la réduction du risque d'obésité pourrait être directement liée à la durée de l'allaitement maternel « exclusif ». Un programme régional de promotion de l'allaitement maternel, est implanté dans tous les CSSS. Une majorité d'établissements prévoient être certifiés « Amis des bébés » d'ici 2007.

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'accessibilité aux médecins de famille.

L'accueil se fait par le biais des médecins en cabinet privé, groupe de médecine familiale (GMF), CLSC ou à l'urgence. L'accès aux services médicaux est cependant à améliorer considérant qu'il y a des patients sans médecin de famille dans les territoires de CSSS.

6. L'accessibilité aux médecins spécialistes.

La référence se fait, au besoin, à des médecins spécialistes pour la prise en charge des cas complexes et sévères et pour le dépistage des complications. Dans la mesure où la prise en charge médicale de 1^{ère} ligne est adéquate et suffisante, la référence aux médecins spécialistes devrait être facilitée lorsque requis.

7. La clarification de la hiérarchisation des services.

Pour le traitement et l'intervention, le suivi systématique de tout patient diagnostiqué diabétique par le médecin de famille est souhaitable.

Des arrimages sont à faire entre la 1^{ère} ligne et la 2^e ligne.

8. L'accessibilité au counselling nutritionnel intensif par des nutritionnistes.

Le counselling nutritionnel intensif est efficace pour faciliter la réduction de poids chez les personnes qui présentent des maladies associées à cette condition (hypertension, maladies cardiovasculaires, diabète, dyslipidémie, etc.). Quant au counselling alimentaire de faible et moyenne intensité et au counselling sur l'activité physique, ils n'ont pas été clairement démontrés efficaces à ce jour.

9. L'accessibilité aux services diagnostiques pour l'identification des comorbidités et des complications.

Le dépistage des conditions comorbides (HTA, dyslipidémie, obésité) et des complications ophtalmiques, rénales, neurologiques est important parce qu'elles ont des conséquences sur l'évolution de la maladie.

Les délais d'accès à l'imagerie médicale (échocardiographique, médecine nucléaire, etc.) sont à améliorer pour l'identification des comorbidités et des complications.

10. L'application des guides de pratique clinique par tous les intervenants.

Afin d'améliorer la qualité des services, il faudrait promouvoir, à l'intérieur des CSSS et du Département régional de médecine générale, le développement des meilleures pratiques selon les consensus établis. De plus, les patients devraient être suivis par les omnipraticiens en 1^{ère} ligne (en cabinet privé, dans les GMF ou en CLSC) selon les recommandations des groupes d'experts.

11. L'accessibilité à des services spécialisés près du domicile.

Les services de dialyse rénale, requis lors de l'apparition de l'insuffisance rénale sévère, et les services dévolus aux personnes à basse vision ou non-voyantes devraient être accessibles le plus près possible du domicile des patients.

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

L'utilisation du dossier unique et d'un registre des patients diabétiques (tel qu'utilisé dans le programme PRIISME, par exemple) semble un moyen utile pour faciliter une continuité dans la prise en charge et le suivi des patients.

C) SOUTENIR

La piste d'action suivante est reliée à la fois au niveau d'intervention GUÉRIR et SOUTENIR.

13. L'accès, en 1ère ligne, via un intervenant pivot à une équipe multidisciplinaire dans une perspective de responsabilisation du patient dans la prise en charge de sa maladie et de son traitement.

Des cliniques d'enseignement sur le diabète reposant sur une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière, diététiste, pharmacien, psychologue, travailleur social) avec une approche clinique favorisant l'autonomie de la clientèle devraient être présentes dans tous les CSSS. Ces cliniques améliorent le contrôle du diabète chez les patients.

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 éthiques¹²? ■ 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 pertinence¹³ 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/expertise¹⁴ pour réaliser l'intervention?

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ 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 « Diabète ».

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 « Diabète »**

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"> 5. Accès à un médecin de famille 6. Accès aux médecins spécialistes 13. (Équipe multidisciplinaire avec optique de responsabilisation) 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Soutien aux campagnes sociétales sur les habitudes de vie 9. Services diagnostiques 10. Application des guides de pratique
Impact à l'échelle des groupes cibles	<ul style="list-style-type: none"> 2. Programme 0-5-30 8. (Counselling nutritionnel intensif) 12. Outils de partage d'information 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Allaitement maternel 7. Hiérarchisation des services 11. Accès aux services spécialisés près du domicile

() = 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

ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE POUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DU DIABÈTE AU CANADA. « LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE CLINIQUE 2003 », CANADIAN JOURNAL OF DIABETES, VOL. 27, SUPP. 2, DÉCEMBRE 2003.

AUCOIN, LÉONARD, VÉRONIQUE ALLAIRE, ANNIE-ÈVE GRATTON ET AUTRES. « LES MALADIES CHRONIQUES ET LA MODERNISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS », PRIISME INFO, ÉDITION SPÉCIALE, MARS 2005.

CHOINIÈRE, R., D. SAINT-LAURENT, M. BEAUPRÉ. « SURVEILLANCE DE LA MORBIDITÉ AU QUÉBEC 1977-1998 », COLLECTION ANALYSES ET SURVEILLANCE, NO 14, MARS 2001.

DIABÈTE QUÉBEC. VIVRE AVEC LE DIABÈTE, MONTRÉAL, DIABÈTE QUÉBEC, SITE [HTTP://WWW.DIABETE.QC.CA/HTML/VIVRE_AVEC_DIABETE/MONDE/HTML/PORTRAIT.HTML](http://www.diabete.qc.ca/html/vivre_avec_diabete/monde/html/portrait.html)

MED-ECHO, CD EXPLORATEUR, DRG 2000-2001.

METZLER, S. ET AUTRES. « CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF DIABETES IN CANADA », CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL, 159 (SUPPL. 8), 1998, P. 1-29.

SANTÉ CANADA. LE DIABÈTE AU CANADA : STATISTIQUES NATIONALES ET POSSIBILITÉS D'ACCROÎTRE LA SURVEILLANCE, LA PRÉVENTION ET LA LUTTE, OTTAWA, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ, SANTÉ CANADA, 1999.

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 RÉSEAU¹⁵

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

¹⁵ 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