

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

Québec
Montérégie



LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« ASTHME »

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 « ASTHME »	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	15
<i>Tableau synthèse</i>	17
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 montréalaise 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 « Asthme ».

DESCRIPTION DU CONTINUUM « ASTHME »

L'asthme est une affection réversible caractérisée par des symptômes paroxystiques ou persistants comme la dyspnée, l'oppression thoracique, la respiration sifflante, la production de mucus et la toux, associés à une obstruction bronchique variable et à une hypersensibilité des voies aériennes à divers stimuli endogènes ou exogènes¹. L'inflammation et ses effets sur la structure des voies aériennes semblent les principaux mécanismes qui provoquent l'apparition et la persistance de l'asthme.

Selon Statistiques Canada², 8,4 % de la population âgée de 12 ans et plus aurait reçu un diagnostic d'asthme (2000-2001) et au moins 12 % des enfants canadiens souffrirait d'asthme³.

Parmi les facteurs de risque, on retrouve des facteurs prédisposants (tels le sexe - plus de garçons que de filles sont asthmatiques, l'atopie, les antécédents familiaux asthmatiques), des facteurs étiologiques (les allergènes intérieurs et extérieurs, les agents présents en milieu de travail, les polluants intérieurs et extérieurs), des facteurs favorisants (les infections respiratoires d'origine virale, les polluants intérieurs, le tabagisme), et des facteurs déclencheurs (les gripes et infections pulmonaires, la pratique de l'activité physique, les polluants intérieurs et extérieurs et le stress). Le tabagisme est, à la fois, un facteur prédisposant et déclencheur.

L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant. Responsable d'environ le quart des absences scolaires, l'asthme peut restreindre considérablement le mode de vie des personnes qui en sont affectées. L'asthme a aussi des conséquences importantes sur l'utilisation des ressources. En effet, selon l'Institut de la statistique du Québec, pour l'année 1998, 24,4 % des asthmatiques auraient consultés un médecin au cours d'une période de deux semaines; 15,2 % auraient été hospitalisés une fois au cours d'une période de 12 mois alors que 41 % auraient été hospitalisés deux fois et plus au cours de la même période; et le nombre annuel moyen de journées d'incapacité était de 36⁴.

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

¹ RÉSEAU CANADIEN POUR LE TRAITEMENT DE L'ASTHME. *Conférence canadienne de consensus sur l'asthme 2003*.

² STATISTICS CANADA, *CANSIM, Tables 104-0001 et 105-0001*, Catalogue no. 82-221-XIE.

³ STATISTICS CANADA, *National Population Health Survey, 1996-1997*.

⁴ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé de 1998*, Collection la santé et le bien-être, Montréal, MSSS, 2000.

Typologie des services

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information et sensibilisation ▪ Promotion de l'allaitement maternel ▪ Counselling aux futurs parents (tabac) ▪ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions médicales (médecins de famille) ▪ Centres d'enseignement sur l'asthme ▪ Activités de cessation tabagique ▪ Services médicaux et diagnostiques spécialisés ▪ 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 ▪ Centres d'enseignement sur l'asthme ▪ Soutien d'ordre pratique et psychosocial ▪ Services pharmaceutiques ▪ Promotion de l'exercice

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 « Asthme » 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 clinique⁵, et 2) les trois dimensions des continnum, 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.

⁵ 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 « ASTHME »

Carte stratégique

QUALITÉ

9. Application des guides de pratique clinique

CONTINUITÉ

7. Hiérarchisation des services

8. Outils de partage d'information

5. Allaitement maternel

4. Prévention du tabagisme
chez les futurs parents

3. Mesures favorisant la qualité de
l'air intérieur dans les milieux de vie

2. Promotion d'un
environnement sans fumée

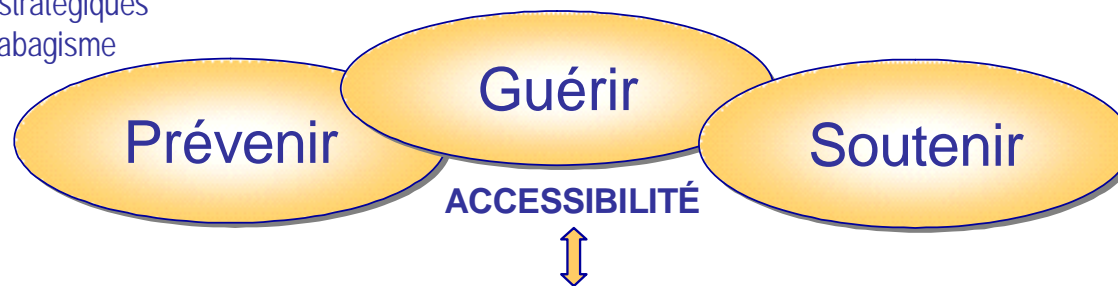
1. Interventions multistratégiques
en prévention du tabagisme

12. Centre d'enseignement
sur l'asthme

11. Outils diagnostiques en première ligne

10. Accès à un médecin de famille

13. Services de soutien
psychosocial





À approfondir : Asthme

6. Mesures d'amélioration de la qualité de l'air extérieur

A) PRÉVENIR⁶

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 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.

3. 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

⁶ 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.

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

4. L'accessibilité aux mesures d'identification des futurs parents qui fument, au counselling approprié et aux services de cessation.

L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement durant l'enfance augmente le risque de développer des maladies respiratoires chroniques, de l'asthme et des allergies. Le tabagisme maternel et parental a des effets sur le développement du système respiratoire de l'enfant et pourrait jouer un rôle dans l'insuffisance respiratoire à l'âge adulte.

Des outils d'information visant à réduire l'exposition des enfants à la FTE sont disponibles en Montérégie et ont été diffusés notamment dans les centres de la petite enfance (CPE). De plus, dans le cadre des Services intégrés en petite enfance auprès des clientèles vulnérables, l'intervenant doit intégrer un volet visant l'adoption de saines habitudes de vie par la mère et le père du bébé à naître ou du jeune enfant, notamment des actions visant la diminution de la consommation de tabac. Ce volet reste à consolider.

5. L'accessibilité aux interventions favorisant l'allaitement maternel (Initiative ami des bébés (IAB)).

L'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 4 mois réduirait le risque d'apparition de l'asthme. En fait, il semble que ce soit l'âge auquel on ajoute d'autres aliments, quels qu'ils soient, au lait maternel, qui interfère dans le mécanisme de protection attribué à l'allaitement exclusif, plutôt que la durée totale de l'allaitement. Une stratégie démontrée efficace pour augmenter l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel est l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB), développée par l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF. Au Canada, l'Initiative est élargie pour inclure, en plus des services de maternité, les établissements de santé œuvrant dans la communauté (CLSC et maisons de naissance) qui jouent un rôle dans l'encouragement et le soutien à l'allaitement. L'IHAB devient donc l'Initiative des amis des bébés (IAB).

6. 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

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 :

7. 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 souffrant d'asthme et les référer aux spécialistes lorsque requis.

8. 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'asthme est fortement suggérée.

9. L'application des guides de pratique clinique.

Pour un contrôle optimal de l'asthme, il faut promouvoir, dans chaque centre de santé et de services sociaux (CSSS), l'utilisation des guides de pratique clinique qui tiennent compte de la mise à jour des recommandations de prise en charge de l'asthme chez l'adulte (2003).

10. L'accessibilité aux médecins de famille.

Les personnes asthmatiques 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.

11. L'accessibilité aux outils diagnostics en 1^{ère} ligne.

Le diagnostic précoce se fait généralement dans le cadre de soins primaires, de la consultation pédiatrique ou de l'examen périodique. Il existe certaines difficultés au niveau du diagnostic différentiel entre l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez l'adulte. Le diagnostic de l'asthme est à confirmer au moyen de mesures objectives de l'obstruction bronchique tout comme la MPOC.

C) SOUTENIR

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

12. L'accessibilité aux centres d'enseignement sur l'asthme.

Des centres d'enseignement sur l'asthme (CEA) devraient être présents dans chaque CSSS et facilement accessibles à toutes les personnes asthmatiques et leur famille. En ce moment, ces centres sont présents dans tous les territoires mais leur fonctionnement n'est pas optimal partout et ce, pour

diverses raisons (insuffisance de fonds pour attribuer les heures d'enseignement, manque de ressources humaines et insuffisance de références par les médecins).

13. L'accessibilité aux services de soutien psychosocial pour les groupes vulnérables et leurs proches.

Des services psychosociaux devraient être accessibles aux patients atteints d'asthme et à leur famille, au besoin. Des organismes offrent déjà des services d'information téléphonique ou sur le Web. Des liens sont à établir avec les organismes communautaires et les associations, telles l'Association pulmonaire du Québec et le Réseau québécois pour l'asthme et la MPOC.

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 éthiques⁷? ▪ 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 pertinence⁸ 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/expertise⁹ pour réaliser l'intervention?

⁷ 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.

⁸ 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.

⁹ 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 « Asthme ».

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 « Asthme »

Pistes de développement

Pistes de consolidation

Impact à l'échelle de la population du continuum	<ul style="list-style-type: none"> 8. Outils de partage d'information 11. Outils diagnostiques en première ligne 12. Accès aux centres d'enseignement sur l'asthme 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Interventions multistratégiques en prévention du tabagisme 2. Promotion d'un environnement sans fumée 3. Mesures favorisant la qualité de l'air intérieur dans les milieux de vie 7. Hiérarchisation des services 9. Application des guides de pratique clinique 10. Accès à un médecin de famille
Impact à l'échelle des groupes cibles	<ul style="list-style-type: none"> 4. Prévention du tabagisme chez les futurs parents 13. (Services de soutien psychosocial) 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Allaitement maternel

() = 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

GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA LUTTE CONTRE L'ASTHME. *Prévention et prise en charge de l'asthme au Canada : Un défi de taille maintenant et à l'avenir*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2000.

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

RÉSEAU CANADIEN POUR LE TRAITEMENT DE L'ASTHME. *Conférence canadienne de consensus sur l'asthme 2003*.

STATISTICS CANADA. *CANSIM*, Tables 104-0001 et 105-0001, Catalogue no. 82-221-XIE.

STATISTICS CANADA, *National Population Health Survey 1996-1997*.

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 RÉSEAU¹⁰

Madeleine Albert - CSSS Haut-Richelieu/Rouville
Lise Beaudoin - Réseau Québec Asthme MPOC
Anne Bélanger - CSS Haut-Richelieu/Rouville
Louis-Philippe Boulet - Hôpital Laval
Lucille Delorme - CSSS Richelieu-Yamaska
Hélène Girard - CSSS Richelieu-Yamaska
Francine Nolet - CSSS Richelieu-Yamaska
Georgette Paquette - CSSS du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais

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

¹⁰ 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