

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

Québec
Montérégie



LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« INTERVENTIONS UNIVERSELLES »

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 « INTERVENTIONS UNIVERSELLES »	5
<i>Typologie des services</i>	7
DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION	8
<i>Carte stratégique</i>	9
ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION	23
<i>Tableau synthèse</i>	27
CONCLUSION	28
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29
LISTE DES COLLABORATEURS	30

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 « Interventions universelles ».

DESCRIPTION DU CONTINUUM « INTERVENTIONS UNIVERSELLES »

Les Interventions universelles sont des infections qui sont contractées lors d'un épisode de soins, que ce soit en externe ou lors d'un séjour dans un établissement de soins. Elles peuvent être reliées à une intervention médicale, telle que les infections de plaies chirurgicales, les infections urinaires associées à la présence d'une sonde, et secondaires à la prise d'antibiotiques. Il peut aussi s'agir d'infections reliées au partage d'un même environnement avec des personnes malades et le personnel soignant. Les microbes responsables de ces infections peuvent être sensibles ou résistants à un ou plusieurs antibiotiques. On parle de bactéries multirésistantes dans le cas où celles-ci sont résistantes à plusieurs antibiotiques.

Les Interventions universelles constituent une cause majeure de complications lors d'un épisode de soins avec comme impact, une augmentation de la morbidité et de la mortalité, une prolongation de l'hospitalisation et une majoration importante des coûts de santé. Le taux d'Interventions universelles est estimé à environ cinq cas pour 100 admissions hospitalières. La prévention et le contrôle des Interventions universelles sont une responsabilité d'établissement de soins. De plus, les nouvelles dispositions législatives accroissent la responsabilité de ces derniers, face à la gestion des risques dans un processus d'amélioration de la qualité des soins.

La Direction de santé publique se préoccupe de certaines Interventions universelles qui peuvent avoir un impact dans la communauté. C'est le cas des infections à bactéries multirésistantes et des infections qui n'ont pas le profil attendu en terme de nombre ou de sévérité, comme actuellement la diarrhée associée à l'infection à *Clostridium difficile* (DACD). Ces dernières années, l'apparition et la transmission des Interventions universelles dues aux bactéries multirésistantes, dont le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), et les entérocoques résistant à la vancomycine (ERV), posent des difficultés dans le contexte des soins ambulatoires.

La population à risque est composée de la clientèle admise en établissement de soins (CH, CHSLD). Les facteurs de risque pour acquérir ce genre d'infection suite à un séjour dans un établissement de soins sont : patients âgés de plus de 65 ans, la présence de maladies chroniques sous-jacentes (diabète, maladies vasculaires périphériques, problèmes de santé requérant la dialyse), une hospitalisation prolongée, surtout le fait d'avoir été hébergé dans la même chambre qu'un patient porteur de ce type d'infection et l'utilisation d'antibiotiques de façon prolongée. Selon le bilan du programme canadien de surveillance des Interventions universelles à SARM, 63 % des patients avaient plus de 65 ans. Dans la majorité des cas (72 %) l'infection à SARM avait été contractée dans un hôpital, comparativement à 7 % dans un établissement de soins de longue durée et 8 % dans la collectivité. Dans 13 % des cas, la source d'infection à SARM ne pouvait être déterminée. De plus, un lien épidémiologique (ex. : voisin de chambre) entre le cas index et un autre patient dans l'hôpital touché par le SARM a été établi pour un peu plus de la moitié des cas (52 %)1.

¹ SIMOR, A., E. BRYCE, M. LOEB et autres. « Surveillance de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline dans les hôpitaux canadiens? Bilan du programme canadien de surveillance des Interventions universelles », *RMTC*, 2005, vol. 31, no 3, p. 33-40.

La colonisation par le SARM ou l'ERV est définie comme la présence de ces bactéries (SARM ou ERV) chez une personne sans signe clinique, ni symptôme d'infection. On dira alors que la personne est colonisée ou porteuse de bactéries multirésistantes (SARM ou ERV). Lorsque cette personne développe une infection à bactéries multirésistantes qui nécessite un traitement antibiotique approprié, les répercussions cliniques pour la clientèle affectée sont considérables. De façon générale, l'incidence des infections varie selon l'intensité des soins reçus. Ainsi, de 20 à 60 % des patients hospitalisés et colonisés ou porteurs de SARM présenteront une infection à cette bactérie, comparativement à 5 % des patients colonisés par le SARM recevant des soins en CHSLD. Les Interventions universelles à SARM engendrent des problématiques majeures de santé. Le taux de mortalité, suite à une infection à SARM, est supérieur à celui d'une infection par un staphylocoque sensible aux antibiotiques, le tiers de ces infections (pneumonie, bactériémie) étant potentiellement létales. De plus, le traitement s'avère plus complexe en raison du choix thérapeutique limité souvent plus toxique et moins efficace. Dans certains cas, l'infection à SARM peut également entraîner une morbidité et des séquelles importantes. Au Canada, on estime le coût additionnel généré par un patient colonisé (frais relatifs surtout aux mesures d'isolement) à 1 360 \$ par séjour hospitalier; le coût attribuable au traitement d'une infection par le SARM est estimé à 14 360 \$ avec une prolongation de la durée d'hospitalisation de 14 jours. S'il s'agit d'une bactériémie, ce coût est estimé à 28 000 \$. Quant aux infections chirurgicales, le coût des soins triple lorsqu'il s'agit d'une infection causée par le SARM².

Puisque les cas peuvent demeurer porteurs de ces bactéries pendant quelques années, il est essentiel d'assurer une continuité au regard du patient affecté par cette condition lors de son cheminement dans le continuum de soins requis (soins aigus en CH, soins en milieux d'hébergement CHSLD et soins ambulatoires ou à domicile par le CLSC) afin d'offrir les différents services ou interventions reconnus efficaces au cours de l'évolution de cette condition (PRÉVENIR – GUÉRIR - SOUTENIR). Il sera d'autant plus important de tenir compte de cette réalité dans un contexte de transformation du réseau, qui intégrera maintenant les différents niveaux de soins en établissement et dans la communauté au sein des nouveaux centres de santé et de services sociaux (CSSS). Sur le plan local, des arrimages doivent se faire entre les différents partenaires du réseau de la santé impliquant, à la fois, les ressources institutionnelles, non institutionnelles, communautaires ou privées afin que ces dernières puissent mettre en place les mesures de prévention appropriées pour éviter la propagation de ces infections dans leurs milieux.

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

² SIMOR, A., T. KIM, P.L. OH (2001). « The Economic Impact of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus in Canadian Hospitals Infection Control and Hospital », *Epidemiology*, 2001, vol. 22, no 2, p.99-104.

Typologie des services

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance locale (en CH et CHSLD) ▪ Surveillance régionale (Vigie à la Direction de santé publique) ▪ Programme intégré de prévention des Interventions universelles : CH, CHSLD, CLSC ▪ Services professionnels en prévention des infections (PPI) ▪ Interventions médicales préventives (utilisation judicieuse des antibiotiques) ▪ Services de laboratoire - dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mécanismes de signalement (continuité entre les milieux de soins) ▪ Interventions médicales de 1^{ère} ligne ▪ Interventions médicales spécialisées ▪ Services de laboratoire - diagnostic ▪ Traitement des infections 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesures de soutien d'ordre pratique ou psychosocial aux personnes porteuses et à leurs proches ▪ Services d'adaptation et de réadaptation ▪ Soins palliatifs et de fin de vie ▪ Formation aux intervenants des différents milieux 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 « Interventions universelles » selon deux axes d'analyse : 1) les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, tels qu'énoncés par le MSSS dans son cadre de référence sur le projet clinique³, et 2) les trois dimensions des continuums, soit PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR.

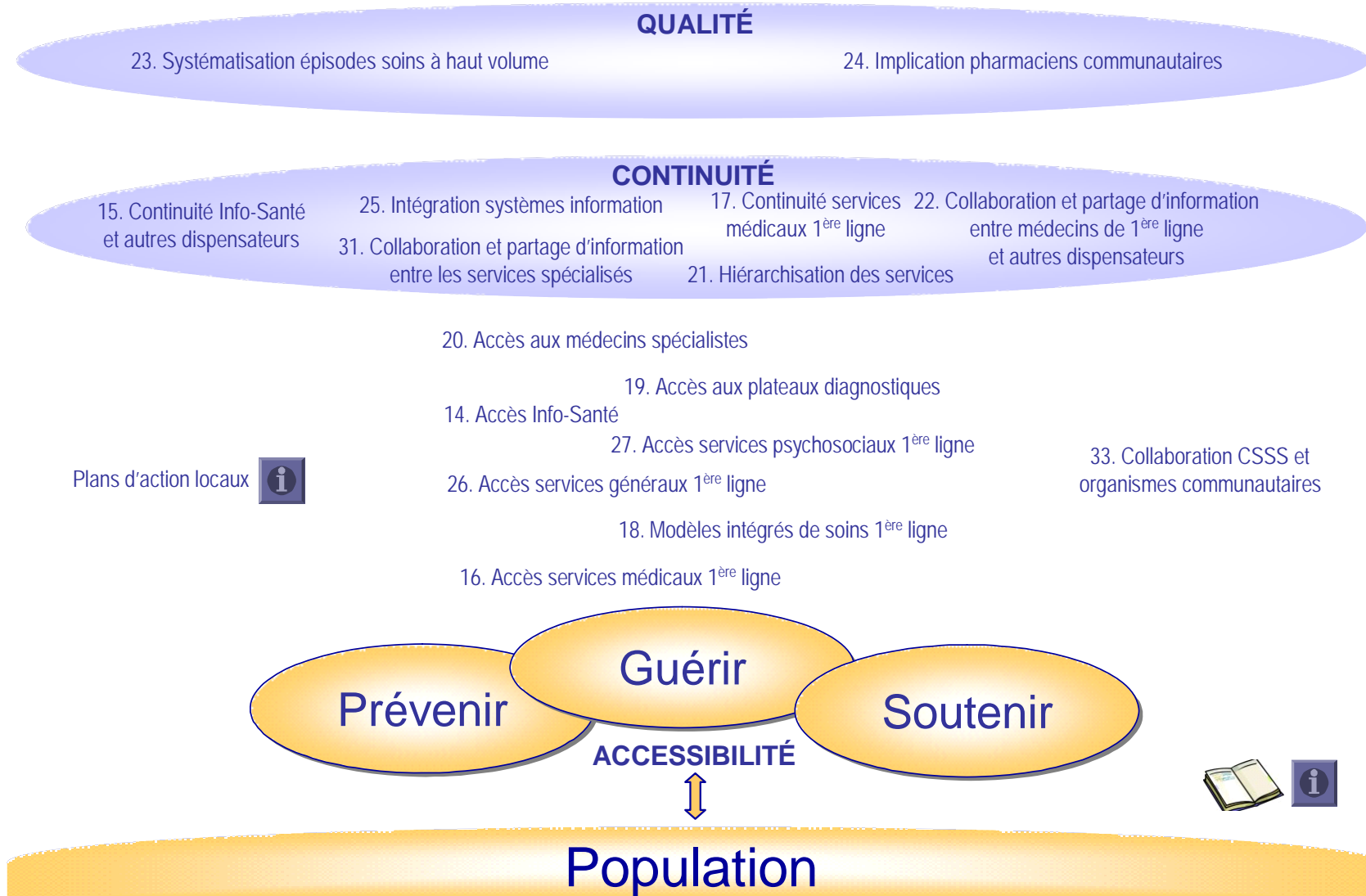
La description de chacune des pistes d'action est ensuite présentée en fonction des trois grands niveaux d'intervention. Pour éviter les répétitions, les pistes qui relèvent de plusieurs niveaux d'intervention ont été classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes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

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

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, Direction des communications, MSSS, Octobre 2004, 75 p.

CONTINUUM D'INTERVENTION « INTERVENTIONS UNIVERSELLES »

Carte stratégique





Plans d'action locaux

1. Application des plans d'action locaux de santé publique
2. Soutien campagnes sociétales
3. Développement des communautés
4. Pratiques cliniques préventives
5. Combinaison 0-5-30
6. Protection contre les risques biologiques, physiques et chimiques
7. Programme multistratégique - prévention trauma
8. Programme multistratégique - prévention des ITSS
9. Vaccination
10. École en santé
11. Protocoles postexposition accidentelle aux ITSS
12. Santé buccodentaire
13. Allaitement maternel



À approfondir : Interventions universelles

28. Guide de pratiques dans le domaine psychosocial
29. Utilisation appropriée de la porte d'entrée aux services de 1^{ère} ligne
30. Processus de mise en priorité
32. Collaboration avec acteurs intersectoriels

A) PRÉVENIR

La plupart des actions du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et des Plans d'action locaux ciblent la population montérégienne et agissent sur un ensemble de problèmes de santé et de bien-être. C'est pour cette raison qu'elles se retrouvent dans le continuum « Interventions universelles ».

1. L'application des plans d'action locaux de santé publique.

Dans le cadre du Programme national de santé publique, des objectifs sociosanitaires ont été fixés et les activités de santé publique ayant un fort potentiel d'améliorer l'état de santé de la population ont été identifiées. Ces activités ont été retenues en fonction de l'importance des problèmes qu'elles visent à atténuer et de l'efficacité reconnue de l'intervention. Elles visent à agir sur les principaux déterminants de la santé soit :

- les prédispositions biologiques et génétiques;
- les habitudes de vie et les autres comportements liés à la santé;
- les conditions de vie et les milieux de vie;
- l'environnement physique;
- l'organisation des services sociaux et de santé, notamment les services cliniques préventifs.

Ces actions s'inscrivent à l'intérieur de quatre fonctions essentielles de santé publique soit la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes ainsi que la protection de la santé. Elles constituent l'offre de service commune à toutes les régions du Québec pour intervenir en santé publique.

La Loi sur la santé publique permet d'adapter la planification des actions aux niveaux régional et local, ce qui a été fait en Montérégie par l'élaboration du Plan d'action régional et des Plans d'action locaux de santé publique 2004-2007. Ces exercices de planification sont importants car ils constituent une occasion de partager, avec les partenaires intersectoriels concernés, l'information sur l'état de santé des membres de la population desservie et de convenir ensemble des actions les plus pertinentes à implanter pour améliorer les facteurs de risque qui influencent l'état de santé et de bien-être de cette population. L'implantation du programme et des plans d'action qui en découlent ne peut se faire sans la collaboration et la complicité des acteurs qui se situent aux différents niveaux de la santé publique.

2. L'intensification des activités de soutien aux campagnes sociétales.

Les campagnes sociétales de promotion de la santé sont un moyen pour rejoindre les populations et pour influencer les attitudes et les comportements des individus ainsi que pour influencer les normes sociales. La littérature démontre que, pour être efficaces, ces campagnes doivent être appuyées par des mesures de renforcement, notamment au niveau local. Plusieurs campagnes sont prévues dans le Programme national de santé publique. Les Plans d'action locaux et le Plan d'action régional prévoient soutenir ces campagnes par des actions de renforcement aux niveaux régional et local.

3. L'application des stratégies en matière de développement des communautés.

Par son influence sur des déterminants sociaux et environnementaux importants de la santé et du bien-être et par son interpellation des autres secteurs de la collectivité qui détiennent plusieurs des leviers importants pour améliorer les conditions de vie de la population, le développement des communautés constitue une stratégie importante à déployer. Les interventions relatives au développement des communautés sont considérées comme prometteuses.

Améliorer les conditions de vie et favoriser le développement des communautés est un élément essentiel de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Des conditions de vie défavorables sont associées à la survenue plus fréquente et plus précoce de plusieurs problèmes de santé; de plus, elles diminuent les ressources des individus et de leurs proches pour faire face à leur situation. Il est reconnu que revenu, logement, habilitation (empowerment) personnelle et communautaire, vie citoyenne active et intégration sociale sont des déterminants puissants de la santé et du bien-être, car ils affectent la capacité de se maintenir en santé et de faire face aux problèmes lorsqu'ils surviennent.

Le Programme national de santé publique et le Plan d'action régional ont retenu l'importance de soutenir les mécanismes de concertation locaux et régionaux et l'émergence de projets concrets de développement des communautés, et tous les plans d'action locaux ont aussi retenu cette cible d'action. De tels projets sont déjà actifs sur tous les territoires de CLSC, surtout en petite enfance, en jeunesse et en sécurité alimentaire. De plus, environ 400 organismes communautaires et bénévoles s'impliquent sur le territoire montérégien dans de nombreux champs d'action (aide et entraide, soutien social, promotion et défense des droits, hébergement, etc.). Ils contribuent de façon importante au développement des communautés.

Dans le cadre d'une approche populationnelle, les CSSS doivent se préoccuper qu'il y ait une émergence de projets de soutien en lien avec différentes problématiques observées dans son territoire (personnes défavorisées, immigrantes, itinérantes, etc.).

4. L'amélioration de l'application des pratiques cliniques préventives (PCP) dont l'efficacité est reconnue.

Les PCP représentent un potentiel important d'actions pour l'amélioration de la santé de la population. Chaque année, 70 % de la population consulte un médecin, pour une moyenne de quatre visites. Nous n'avons pas, à ce jour, de portrait concernant le recours aux PCP en Montérégie. Nous savons que plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux y ont recours, mais cette intervention se doit d'être systématisée et d'être accessible à tous les Montérégiens qui consultent un professionnel de la santé.

5. L'application d'un programme intégré, multistratégique et intersectoriel en promotion de saines habitudes de vie de type 0-5-30 combinaison prévention⁴.

L'acquisition de saines habitudes de vie chez les jeunes est primordiale, car les facteurs de risque commencent à poindre dès ce groupe (tabagisme, mauvaises habitudes alimentaires, sédentarité). Par contre, l'intervention ne doit pas se limiter à ce groupe, mais bien se poursuivre pour tous les cycles de vie. L'obésité croissante constitue notamment un problème à cibler car elle a un impact de développement d'un nombre important de maladies chroniques. Les interventions doivent viser autant les personnes (connaissances, attitudes, croyances, habiletés) que leur environnement (accessibilité, structures physique, sociale et politique, organisation des services incluant les pratiques cliniques préventives, normes sociales, etc.). Plusieurs municipalités et écoles de la Montérégie participent déjà aux projets de Kino-Québec. Par contre, au niveau des milieux de travail et des milieux de vie des personnes âgées, seuls quelques-uns ont été rejoints. Concernant l'alimentation, peu d'écoles, de centres de la petite enfance (CPE), de milieux de travail et de milieux de vie des personnes âgées ont actuellement une politique alimentaire. Pour la cessation tabagique, des centres d'abandon du tabagisme ont récemment été implantés dans tous les CLSC. Des formations sur le counselling pour la cessation tabagique et des activités de communication ont aussi eu lieu dans les dernières années. Le Plan d'action régional de santé publique a identifié plusieurs résultats attendus à ce sujet et recommande la mise en place d'un programme intégré (alimentation, activité physique et tabagisme) dans les milieux.

6. La consolidation des programmes multistratégiques visant la protection de la population contre les risques biologiques, physiques et chimiques.

⁴ Cette piste d'action se retrouve également à l'intérieur des continums « Diabète », « Lutte contre le cancer » et « Maladies cardiovasculaires ».

La fonction de protection de la santé fait référence à une intervention d'autorité de la santé publique auprès d'individus, de groupes ou de l'ensemble de la population en cas de menace pour la santé, qui peut être réelle ou appréhendée⁵ et qui peut être de nature biologique, physique ou chimique. Elle comprend l'enquête épidémiologique ainsi que la mise en œuvre des mesures permettant de contrer ou de corriger une situation dangereuse pour la santé de la population. Les mesures de vigie sanitaire sont essentielles à la protection de la santé publique et l'application des mesures de protection peut nécessiter la collaboration des intervenants du réseau. Ces mesures sont actuellement bien implantées en Montérégie.

La vigie sanitaire permet notamment d'identifier des problèmes en émergence. Dans les dernières années, l'encéphalite causée par le virus du Nil occidental et la tuberculose chez les personnes séropositives au VIH constituent une préoccupation très actuelle et en croissance. Ces problèmes font l'objet de cibles d'action dans le Plan d'action régional et des recommandations provinciales sont disponibles au regard de leur prévention. La Direction de la santé publique doit s'assurer de leur diffusion et de leur application par les intervenants du réseau.

La participation aux mesures d'urgence est un aspect important de cette fonction de protection. Un plan de réponse aux urgences de nature infectieuse ou environnementale est essentiel pour protéger la population. En moyenne, 50 urgences de nature environnementale par année sont signalées à la Direction de santé publique. De plus, une pandémie d'influenza est attendue d'ici les prochaines années. Un plan d'urgence doit être disponible pour permettre une action rapide.

7. L'application des programmes multistratégiques de prévention en traumatismes non intentionnels.

Une proportion importante d'enfants de moins de 5 ans (30,3/1 000) subissent des blessures entraînant une limitation d'activités ou une consultation médicale et le taux grimpe à 61,1/1 000 pour les 5-14 ans. Au regard de la conduite automobile, le taux brut d'hospitalisation pour les occupants d'un véhicule moteur est de 51/1 00 000 (1997). En ce qui concerne les personnes âgées de plus de 65 ans, une moyenne de 1 545 hospitalisations annuelles sont attribuables aux chutes.

La principale mesure de prévention des traumatismes routiers, récréatifs ou à domicile est l'aménagement des environnements (piscines, aires de jeu, infrastructures cyclables, intersections, aménagement du domicile) mais des actions doivent aussi cibler les comportements (consommation d'alcool ou de médicaments, prise de risque, saine alimentation et activité physique, etc).

8. L'application des programmes multistratégiques de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

⁵ Programme national de santé publique 2003-2012, MSSS, 2003, p. 109.

La prévention des ITSS doit cibler particulièrement les jeunes et les adultes vulnérables ainsi que les milieux de soins (prévention des maladies transmissibles par le sang ou autres liquides biologiques). Diverses actions ont été menées en Montérégie visant la prévention de ces infections, mais elles doivent être consolidées, soit parce qu'elles sont récentes ou parce qu'elles ne sont pas appliquées de façon homogène. Certaines actions sont universelles, telles que l'accessibilité au dépistage, l'accessibilité aux condoms, l'éducation à la sexualité, la vaccination, les mesures visant à contrer l'homophobie dans les écoles, l'application des mesures de pratique de base dans les milieux de soins et les organismes communautaires travaillant auprès des clientèles vulnérables.

9. La consolidation du programme de vaccination, incluant les volets qualité et information vaccinale.

La vaccination est une mesure de prévention hautement efficace. De nombreuses maladies, auparavant très fréquentes chez les enfants, sont maintenant prévenues ou contrôlées, mais nous devons demeurer vigilants. Les CLSC et plus de 100 médecins en cabinet privé participent au programme d'immunisation. Les couvertures vaccinales pour la plupart des vaccins sont peu connues. Les enfants, les adolescents et les adultes atteints de maladies chroniques sont peu rejoints par la vaccination contre l'influenza (23 % en 2001-2002), alors qu'environ 57 % des personnes âgées de plus de 65 ans sont rejointes. Environ le tiers des personnes âgées ont reçu le vaccin contre le pneumocoque.

Le programme de vaccination doit être consolidé et la complémentarité des services entre les CLSC et les cabinets médicaux doit être assurée. L'implantation d'un système structuré d'information vaccinale permettra, dans les prochaines années, d'effectuer une meilleure surveillance des couvertures vaccinales. Enfin, la qualité des produits immunisants doit être assurée. À cet effet, un programme provincial d'assurance-qualité sera implanté dans les prochaines années.

10. La disponibilité du processus École en santé dans les écoles de la Montérégie⁶.

Le seul moment, au cours de la vie, où l'on retrouve toute la population d'un groupe d'âge dans un milieu captif est durant la période scolaire de niveau primaire ou secondaire. Il est donc important de réaliser dans ces milieux, des actions visant le développement de compétences personnelles et sociales des enfants et des jeunes ainsi que l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sains et sécuritaires. De plus, des services préventifs, tels que l'immunisation et les services de santé dentaires doivent y être accessibles. Par contre, il est recommandé d'enrayer la prolifération de programmes fragmentés qui interviennent sur une seule pièce du casse-tête, car cette

⁶ Cette piste d'action se retrouve également dans les continuums spécifiques « Jeunes en difficulté et leur famille », « Santé mentale » et « Dépendances ».

approche s'est depuis longtemps avérée infructueuse. Afin de mettre en place un ensemble de services intégrés en promotion et en prévention, le MEQ et le MSSS recommandent et soutiennent l'implantation d'initiatives de type École en santé. Quelques écoles implantent actuellement École en santé et de nombreuses autres écoles ont amorcé un tel processus.

11. La consolidation de l'application des protocoles postexposition accidentelle par l'implication des médecins de 1^{ère} ligne au niveau du suivi.

Les personnes exposées accidentellement au sang ou aux liquides biologiques doivent être évaluées pour déterminer les risques qu'elles aient contracté une infection par le VIH, le VHB ou le VHC, et obtenir le soutien et le suivi sérologique recommandé et la prophylaxie, si indiquée. L'évaluation initiale de l'exposition et la prescription de la prophylaxie lorsqu'elle est indiquée sont assurés par les services d'urgence des centres hospitaliers. En général, les microbiologistes-infectiologues assurent le suivi de six mois aux personnes exposées. Un guide de pratique provincial décrivant l'évaluation de base et le suivi des personnes exposées accidentellement au sang et aux liquides biologiques a été diffusé auprès de tous les omnipraticiens du Québec. Un nombre plus important de médecins de 1^{ère} ligne doivent être en mesure d'assurer le suivi des personnes exposées mais non infectées.

12. La consolidation du plan d'action provincial en santé buccodentaire.

Un programme provincial de services dentaires préventifs rejoint entre 50 et 100 % des enfants ciblés selon le territoire de CLSC. De plus, bien que l'application d'agents de scellement soit reconnue comme étant la pratique la plus efficace pour prévenir la carie des puits et des sillons, elle ne se fait pas dans tous les territoires. Par ailleurs, la fluoruration de l'eau est un moyen de prévention très efficace, mais seulement quatre municipalités de la Montérégie participent actuellement à ce programme, ce qui ne concerne que 6 % de la population. Tous ces moyens d'intervention doivent être consolidés. En 2000-2001, près d'un enfant sur cinq, en maternelle, était considéré vulnérable à la carie dentaire et 10 % avaient un besoin évident de traitement.

13. L'accessibilité aux interventions favorisant l'allaitement maternel (notamment par Initiative amis des bébés).

Les bénéfices de l'allaitement maternel sont nombreux (diminution des otites, des infections respiratoires et gastro-intestinales, de l'asthme, de l'entérocolite sclérosante, de l'anémie ferriprive, et possiblement de l'amélioration du développement intellectuel et cognitif des enfants, de la réduction

de l'obésité chez l'enfant, de la réduction du cancer du sein en préménopause, du cancer des ovaires et des risques d'ostéoporose chez la mère). 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 (OMS) 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).

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 :

14. L'accessibilité aux services d'Info-Santé CLSC (excluant le volet psychosocial).

Le taux d'utilisation des services Info-Santé est en augmentation constante (423 593 appels en 2003-2004) alors que le taux de perte d'appel est important (35,2 %) et que la proportion des appels répondus en moins de 4 minutes est très faible (49 %). Selon l'évaluation de 1999, 30 % des appels logés à Info-Santé ont évité un recours aux urgences hospitalières ou en cabinet privé. Le service existe actuellement sous une forme mixte (décentralisé-centralisé) et évolue progressivement vers une organisation centralisée (qui devra être consolidée); ce qui devrait diminuer considérablement les délais de réponse et augmenter l'accessibilité au service.

15. L'amélioration de la continuité des services à l'aide de mécanismes et d'outils de partage d'information entre Info-santé et les autres dispensateurs.

Les liens entre Info-Santé et les autres dispensateurs de services doivent être améliorés (transmission de l'information clinique) afin d'assurer des références plus efficaces vers les services d'intervention de crise dans le milieu, les services assurés dans le cadre des continuums spécifiques ainsi que les médecins omnipraticiens en GMF, et ce, particulièrement dans le cas de la clientèle vulnérable inscrite au programme 24/7 du service Info-Santé.

16. L'accessibilité aux services médicaux de 1^{ère} ligne (nombre, horaire et géographique)
17. La continuité des services médicaux (médecins de famille).
18. L'élargissement de l'application de modèles intégrés de soins médicaux de 1^{ère} ligne (groupe de médecine familiale ou autres).

L'intégration des services médicaux en omnipratique dans le continuum « Interventions universelles » constitue un enjeu fondamental de l'accessibilité et de la continuité de ces services, en même temps qu'une assise critique du fonctionnement de l'ensemble des continuums. En Montérégie, la majorité des soins médicaux ambulatoires est assurée par les omnipraticiens des cabinets privés. L'accessibilité aux services médicaux présente dans des lacunes importantes : délais d'attente, proportion importante de la population qui n'a pas accès à un suivi continu par un médecin de famille, horaires défavorables mal ou non couverts dans certains secteurs.

Les activités médicales particulières (AMP) permettront vraisemblablement une inscription de nombreuses clientèles vulnérables auprès de médecins de famille mais l'offre de service associée à cette inscription n'est pas définie, sauf pour les patients inscrits dans un groupe de médecine familial (GMF).

D'autre part, on assiste à un vieillissement des équipes médicales actuelles alors que les nouveaux effectifs s'engagent davantage dans les milieux institutionnels, ce qui risque de mettre en péril les objectifs de continuité et de globalité pour l'ensemble de la clientèle. L'implantation des GMF visait, entre autres, à pallier à ces problèmes. En ce moment, les 19 GMF en implantation en Montérégie sont inégalement répartis à travers les territoires. Il n'existe pas encore de mécanismes de liaison formels entre Info-Santé et les GMF. La présence ou l'accessibilité rapide à une gamme de services professionnels (infirmiers, interventions psychosociales, etc.) ainsi que l'application de la Loi 90 devraient permettre aux médecins d'être dégagés de certaines tâches au profit d'une activité médicale plus essentielle auprès des patients. La littérature indique, en effet, qu'environ 30 % du temps des médecins est consacré à faire des activités autres que la pratique médicale.

19. L'accessibilité aux plateaux diagnostiques, notamment en radiologie.
20. L'accessibilité aux médecins spécialistes.

L'accès difficile à des plateaux diagnostiques, pour les médecins en 1^{ère} ligne, occasionne des délais dans tout le processus (évaluation, diagnostic et traitement). L'accès rapide et facile à un plateau d'investigation technique (principalement pour l'imagerie médicale), aux résultats de laboratoire, aux rapports de consultation auprès de spécialistes, combiné à un mécanisme d'échange d'informations cliniques entre les professionnels qui assurent le suivi (incluant les intervenants psychosociaux) devrait augmenter l'efficacité des services. Le médecin de famille n'a quelquefois aucune autre

solution que de référer son patient au service d'urgence hospitalier afin que ce dernier puisse avoir accès, lorsque la condition du patient l'exige, aux services diagnostiques et thérapeutiques appropriés.

21. La clarification de la hiérarchisation des services (duplication, complémentarité, etc.).
22. L'amélioration de la continuité des services à l'aide de mécanismes de collaboration (approche interdisciplinaire, liaison, etc.) et d'outils de partage d'information entre les médecins de 1^{ère} ligne et autres dispensateurs.

Il existe un problème de référence et de continuité informationnelle important entre les dispensateurs de services du continuum « Interventions universelles » particulièrement entre les médecins et les autres professionnels. Chaque service fonctionne en vase clos, procède à l'évaluation selon son expertise et si le traitement ou l'intervention ne relève pas du professionnel concerné, le client est (au pire) laissé à lui-même dans sa recherche de solution ou (au mieux) référé à un autre service ou professionnel. Dans ce cas, il pourra être mis en attente et le processus d'évaluation sera répété à nouveau. Il devient donc essentiel de convenir d'un processus qui favorisera les liens entre les différents partenaires (omnipraticiens, médecins spécialistes et les différents professionnels de la santé).

D'autre part, la hiérarchisation des niveaux d'évaluation pose parfois problème. Les différents professionnels reprennent régulièrement l'évaluation déjà effectuée et toujours valable. La reconnaissance du rôle de prise en charge médicale en 1^{ère} ligne, ainsi que l'intégration des médecins de 1^{ère} ligne dans l'ensemble de l'épisode de soins, devraient permettre une meilleure efficacité en :

- évitant le clivage entre médecin de milieu hospitalier et médecin de 1^{ère} ligne;
- permettant que les médecins spécialistes puissent se dédier essentiellement aux suivis de patients qui ne peuvent être suivis en 1^{ère} ligne;
- balisant les corridors de consultation qui devraient être développés entre la 1^{ère} ligne médicale et les services institutionnels (services médicaux spécialisés et surspécialisés);
- facilitant la communication et l'intégration fonctionnelle des ressources professionnelles du réseau avec la 1^{ère} ligne, particulièrement à l'égard du suivi des épisodes de soins ponctuels faits à l'endroit de la clientèle du médecin de famille et du rapprochement des services généraux (nursing et services psychosociaux).

Des protocoles systématiques de communication et d'intervention devront être développés. Il n'existe pas actuellement de mécanismes simples de référence entre les continuums ou entre les différents niveaux d'intervention au plan psychosocial. Il n'y a pas non plus de processus distinct et plus rapide pour la clientèle déjà connue ou suivie. Cette clientèle doit donc repasser souvent par les mêmes chemins. L'accès plus rapide et direct aux services des continuums spécifiques pour une clientèle déjà desservie devrait être recherché et l'harmonisation des outils d'intervention (analyse de la demande) en lien avec les critères d'accès à ces continuums, rapidement actualisée.

Aussi, des liens de collaboration entre la communauté médicale et les autres dispensateurs de services seront à développer de façon à ce que chacun connaisse les services offerts et les champs d'expertise de l'ensemble des partenaires du territoire. Le fonctionnement en équipe interdisciplinaire devrait être favorisé dans chaque CSSS et le soutien organisationnel disponible.

23. La systématisation et coordination des processus cliniques pour des épisodes de soins à haut volume.

Malgré l'importance de la continuité des services entre la 1^{ère} et la 2^e ligne dans le cas des services médicaux, il n'existe pas d'interfaces simples et satisfaisantes permettant d'assurer cette continuité. Pour l'ensemble des services généraux (et pas seulement médicaux), on constate des bris et/ou des interruptions dans la liaison entre CH et CLSC ou CH-omnipraticiens autant pour la référence vers la 2^e ligne que le retour en 1^{ère} ligne. Encore ici, le développement de technologies qui favorisent l'échange dynamique d'informations cliniques entre les services de 1^{ère} et 2^e ligne est un préalable important : protocoles d'information visant à informer médecins et professionnels impliqués lors d'un séjour à l'urgence ou d'une hospitalisation, mécanismes formels pour planifier les congés et favoriser le suivi de la clientèle après un séjour en 2^e ligne.

Un élément porteur de la continuité des services est la systématisation des processus cliniques pour certains problèmes de santé très prévalents au sein de la population (planification des naissances, services périnataux, chirurgie cataracte, chirurgie de la hanche et du genou et réadaptation fonctionnelle, post-opération ORL et ophtalmologie, etc). Cette systématisation et cette coordination engagent les différents dispensateurs, peu importe leur lieu de pratique (CH, cabinets, CLSC) et permettent d'assurer une véritable intégration des actions auprès des patients suivis pendant les épisodes de soins. En plus d'éliminer les délais inutiles ainsi que les recours inappropriés aux services de santé (ex : urgence), la systématisation des processus cliniques, par épisode de soins, facilite l'accès et la continuité aux services et évite l'obligation pour le patient d'organiser lui-même son itinéraire à travers les services. Ainsi, la trajectoire du client est repensée selon une perspective plus globale qui met de l'avant le recours aux services ambulatoires et de première ligne.

En regard des épisodes de soins concernant certains problèmes de santé (ex. : suivi systématique pour les insuffisants cardiaques, suivi des maladies pulmonaires, antibiothérapie, etc.), la systématisation des processus cliniques peut constituer également, dans certains cas, la passerelle reliant le continuum d'interventions universelles et les continums d'interventions spécifiques.

24. L'implication appropriée du pharmacien communautaire.

Le rôle du pharmacien communautaire revêt une importance nettement plus grande dans le secteur des soins de santé primaires depuis quelques années. Le pharmacien a pour principale tâche de

conseiller les clients concernant les médicaments en vente libre et prescrits. Il est appelé également à prodiguer des conseils ou des services spécialisés comme le dépistage de certaines maladies (ex : hypertension) et il participe à des programmes de santé communautaire, notamment la lutte contre la drogue. Les pharmaciens communautaires sont donc des partenaires avec lequel les CSSS devront développer des liens très étroits compte tenu de leurs rôles dans la communauté.

25. L'intégration des systèmes d'information.

L'informatisation des données cliniques devrait augmenter l'accès aux informations et leur partage. Des travaux sont en cours à cet égard (implantation de DSIE, dossier santé électronique, etc.). Cet élément constitue évidemment un facteur clé de l'efficacité du continuum « Interventions universelles » puisqu'il permet un partage d'information, diminue grandement la redondance des évaluations et les conflits de traitement, et en favorisant le développement de la qualité par l'intégration d'aviseurs cliniques et de « workflows » pour l'ensemble des partenaires du réseau. La gestion intensive et partagée des informations cliniques exigée par la coordination des processus de soins doit s'appuyer sur l'informatisation et les nouvelles technologies de l'information.

26. L'accessibilité aux services généraux de 1^{ère} ligne (excluant le psychosocial) (nutrition, orthophonie, physiothérapie, soins infirmiers, etc.).

En ce qui concerne les services « généraux » (nutrition, orthophonie, physiothérapie, soins infirmiers, etc.), l'offre de service est variable et très disparate d'un territoire à l'autre (nature, intensité et accessibilité), en plus d'être insuffisante. Les services généraux ont souvent été développés en fonction des opportunités ou de l'absence de certains services sur le territoire. Cette insuffisance a pour conséquence que les services plus spécialisés reçoivent souvent des clientèles qui auraient pu et dû être desservies par des services de 1^{ère} ligne. À cet égard, l'harmonisation et la consolidation des services de soins infirmiers et de réadaptation constituent une priorité importante.

27. L'accessibilité aux services psychosociaux de 1^{ère} ligne (accueil, suivi et disponibilité 24/7).

28. La systématisation de l'application des guides de pratique dans le domaine psychosocial.

Le volet psychosocial est relativement moins nanti comparativement au volet santé ou médical. Par rapport à l'objectif d'accessibilité de 81 heures/semaine, le manque est estimé à 400 heures/semaine au niveau régional et six CLSC sur 19 n'offrent aucune accessibilité en soirée. Les services

psychosociaux devraient être accessibles à la population partout, 81 heures/semaine et 7 jours/semaine, et l'arrimage devrait être fait avec l'intervention téléphonique de l'accueil psychosocial (en CLSC ou à la centrale Info-Santé). De plus, afin d'éliminer le syndrome du guichet ouvert mais sans service, la mise en place d'un système d'intervenants en disponibilité pour répondre aux situations de crise 24/7 devrait être développée. Enfin, il faudrait systématiser l'application des guides de pratique dans le domaine psychosocial.

29. L'utilisation appropriée de la porte d'entrée aux services de santé et services sociaux de 1^{ère} ligne par la population et les intervenants (information, mécanismes de références).

L'urgence est souvent utilisée pour compenser les problèmes d'accessibilité aux services médicaux de 1^{ère} ligne, contribuant ainsi à une utilisation non efficiente des ressources du réseau (11,9 % des séjours > 48 heures et durée moyenne de séjour de 21,2 heures, en 2003-2004). Une utilisation accrue et une réponse plus efficace d'Info-Santé combinées à des plages horaires élargies des cabinets médicaux privés doivent être priorisées pour empêcher le recours à l'urgence comme principal accès aux services de santé. Le réseau d'accès en soins généraux (RASG) est en voie d'implantation. Les urgences pourraient donc compter sur un réseau élargi qui augmenterait la couverture des services médicaux lors des heures défavorables.

30. La prise en charge rapide des problèmes courants par l'efficacité des processus de mise en priorité.

Actuellement, le processus de mise en priorité ne favorise pas l'accessibilité rapide aux services pour des clientèles qui nécessitent des interventions ponctuelles ou de courte durée. Les processus de référence sont lourds et les délais d'attente importants, ce qui se traduit par une prise en charge tardive et une utilisation inefficace des services. Il serait donc souhaitable de favoriser les interventions rapides à des problèmes courants qui ne demandent pas de services spécialisés ou spécifiques. Cela éviterait un recours aux urgences hospitalières ou encore un délai d'attente inapproprié.

31. L'amélioration de la continuité avec/entre les services spécialisés ou surspécialisés à l'aide de mécanismes de collaboration (ententes de service, etc.) et d'outils de partage d'information.

En ce qui concerne les hospitalisations, la Montérégie présente un taux d'hospitalisation relativement élevé. Les différentes pratiques hospitalières et l'insuffisance de ressources de 1^{ère} ligne sont les principales causes de cette situation.

Pour ce qui est des services hospitaliers plus spécialisés, accessibles par le biais d'ententes de service, des mécanismes de rétroaction fonctionnels et dynamiques entre CSSS devront être développés pour permettre les ajustements, l'accès en tout temps aux services et éviter l'entre-deux chaises à la clientèle. De la même façon, les protocoles d'ententes avec les trois RUIS desservant la Montérégie permettront une offre articulée de services de niveau tertiaire ainsi qu'un support à la formation et à l'offre de services de niveau secondaire.

C) SOUTENIR

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

32. La continuité, coordination et collaboration entre les acteurs intersectoriels concernés (mécanismes de concertation, ententes de collaboration, etc.).

33. La continuité, coordination et collaboration entre les organismes communautaires et le CSSS (mécanismes de concertation, ententes de service, etc.).

En ce qui a trait aux collaborations intersectorielles, il faut poursuivre le développement des interventions requises eu égard aux problématiques en matière de violence conjugale et d'agressions sexuelles. Concernant la violence conjugale, des protocoles de collaboration pour l'aide psychosociale et l'accompagnement sociojudiciaire ont été mis en place dans différents territoires de la Montérégie. Les protocoles de collaboration regroupent les différents partenaires signataires (intersectoriels) de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale (1995). Il s'agit d'assurer le suivi de ces protocoles et de faire les arrimages nécessaires avec les CSSS. De plus, nous devons assurer la mise en œuvre du second plan d'action gouvernemental. Quant aux services d'intervention auprès des victimes d'agressions sexuelles, nous devons développer ou maintenir des liens de collaboration et de référence avec les groupes communautaires intervenant auprès des victimes d'agression sexuelle et faire les arrimages nécessaires avec les CSSS (secteur hospitalier) pour l'application de la trousse médico-sociale et médico-légale dans les établissements désignés.

La Montérégie compte plus de 400 groupes communautaires et organismes bénévoles. Les organismes communautaires considèrent leurs actions comme une véritable alternative au réseau public et au système privé de santé et de services sociaux.

Tel qu'indiqué dans le Plan stratégique 2003-2006, l'Agence reconnaît l'apport important des organismes d'action communautaire autonomes et bénévoles à l'amélioration du tissu social et à la qualité de vie de la population de la Montérégie, ainsi que leur contribution dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ils sont directement interpellés pour la réalisation de plusieurs

orientations contenues au Plan stratégique. Néanmoins, les organismes communautaires ont fait part à l'Agence de leur difficulté à répondre à l'ensemble des demandes qui leur sont adressées. Ainsi, afin de soutenir les organismes communautaires et bénévoles dans leurs actions auprès de la population, l'Agence s'est engagée à rehausser le financement de base destiné à la mission globale des organismes.

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 « Interventions universelles ».

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 « Interventions universelles »

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"> 4. Pratiques cliniques préventives reconnues 5. Combinaison 0-5-30 16. (Accès aux services médicaux de 1^{ère} ligne) 18. Modèles intégrés de soins de 1^{ère} ligne 21. Hiérarchisation des services 23. Systématisation pour épisodes de soins à haut volume 25. (Intégration des systèmes d'information) 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Application des plans locaux de santé publique 2. Soutien aux campagnes sociétales 6. Protection contre les risques biologiques, physiques et chimiques 9. Vaccination 17. (Continuité des services médicaux de 1^{ère} ligne) 20. Accès aux médecins spécialistes 24. Implication pharmaciens communautaires
Impact à l'échelle des groupes cibles	<ul style="list-style-type: none"> 10. École en santé 11. Protocoles postexposition accidentelle aux ITSS 22. (Collaboration et partage d'information entre médecins de 1^{ère} ligne et autres dispensateurs) 26. Accès aux services généraux de 1^{ère} ligne 27. (Accès aux services psychosociaux de 1^{ère} ligne) 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Développement des communautés 7. Programme multistratégique - prévention traumatismes 8. Programme multistratégique - prévention des ITSS 12. Santé buccodentaire 13. Allaitement maternel 14. Accès à Info-Santé 15. (Continuité Info-Santé et autres dispensateurs) 19. Accès aux plateformes diagnostiques 31. (Collaboration et partage d'information entre les services spécialisés) 33. Collaboration CSSS et organismes communautaires

() = 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 DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE. *Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population*, ADRLSSSS Montérégie, juin 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services de santé et les services sociaux de première ligne*, Québec, MSSS, mars 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services généraux offerts par les centres de santé et des services sociaux*, Québec, Direction générale des services sociaux – Direction des services généraux, MSSS, septembre 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien*, Rédaction Amélie Juhel et Hervé Anctil, Québec, MSSS, 2005.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Plan de soins et de services en santé physique, 1999-2002*, Longueuil, RRSSS Montérégie, 1999.

LISTE DES COLLABORATEURS

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE TRAVAIL DE L'AGENCE

Danielle Benoit, pilote
Paul Berger
Gylaine Boucher
Lise Bourdages
Diane Cossette
Jean Gauthier
Ginette Lafontaine
Viateur Lalonde
Lucie Raymond
Robert Ste-Marie

EXPERTS EN PROVENANCE DU RÉSEAU¹⁰

Denis Blanchard - CSSS Richelieu-Yamaska
Monique Boudreau - CSSS Jardins-Roussillon
Diane Daigle - CSSS la Pommeraie
Michel Lapointe - CSSS Haute-Yamaska
Ghislaine Lehmann - CSSS du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais
Pierre Michel - CSSS Champlain
Johanne Nastroom - TROCM
Jean Provost - Pharmacien
Diane Reed - CSSS Champlain

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

¹⁰ Personnes consultées lors du colloque régional tenu le 25 novembre 2004.

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

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