

LE CONTINUUM

« INTERVENTIONS UNIVERSELLES »

Le continuum « Interventions universelles » s'adresse « à l'ensemble de la population en fonction de ses caractéristiques et de son profil de besoins mais indépendamment du niveau de risque individuel »¹. Les continnum d'interventions spécifiques, quant à eux, s'adressent à des clientèles ou à des groupes de population présentant des caractéristiques de vulnérabilité, des problèmes sociaux ou des problèmes de santé particuliers.

L'ensemble des mesures du continuum « Interventions universelles » vise à assurer les interventions requises lors de situations prévisibles à l'échelle d'une population et qui peuvent ainsi être planifiées, sans qu'il soit possible de les anticiper pour chaque individu. Dans ce contexte, le continuum fait référence à une gamme diversifiée de services plus ou moins étendue. Cette gamme de services permet de répondre, la majorité du temps, à des besoins le plus souvent ponctuels de l'ensemble de la population d'un territoire donné.

Ce continuum vise l'accessibilité à une gamme de services organisés et coordonnés pour toute la population et dont les arrimages entre les différents niveaux de hiérarchisation doivent être clairement définis. Ce continuum joue également un rôle important de plate-forme de référence favorisant l'accès aux continnum spécifiques.

PARTICULARITÉS

Le continuum « Interventions universelles » comprend trois des programmes-services du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

- 1) **Programme de santé publique** : Il s'agit des activités de surveillance, de promotion-prévention et de protection qui s'adressent à l'ensemble de la population et qui peuvent également cibler des clientèles vulnérables. Les activités de santé publique qui touchent de façon plus particulière les clientèles visées par les continnum d'interventions spécifiques devront également faire partie de ces derniers, le cas échéant.
- 2) **Programme des services généraux - activités cliniques et d'aide** : Il s'agit de l'ensemble des services définis pour répondre à des besoins sociaux ou de santé usuels et diversifiés pour des problèmes souvent ponctuels et/ou de nature aiguë ou réversible. Ces services sont définis par le MSSS² et comprennent, entre autres, les services médicaux omnipratiques en

¹ 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.

² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Direction générale des services sociaux – Direction des services généraux, MSSS, septembre 2004.

CLSC et en GMF. Dans le présent continuum, nous avons considéré en plus, les services médicaux d'omnipraticien en cabinet privé.

- 3) **Programme de santé physique** : Il s'agit des services qui s'adressent à toute personne aux prises avec la maladie, un symptôme ou un traumatisme qui doit recevoir des soins et des traitements spécialisés généralement offerts en milieu hospitalier. Ces services permettent de résoudre des problèmes de santé complexes mais répandus ou très complexes dont la prévalence est faible. Certains services présents en milieu hospitalier n'ont pas été inclus dans le continuum « Interventions universelles » car ils sont associés à des continuums spécifiques : gériatrie active et géronto-gériatrie (« Perte d'autonomie liée au vieillissement »); oncologie (« Lutte contre le cancer »); psychiatrie (« Santé mentale — jeunes et adultes »); suivi systématique et spécialités relatives aux maladies chroniques (« Maladies cardiovasculaires », « Diabète », « Asthme », « Maladie pulmonaire obstructive chronique »).

Les services généraux ainsi que ceux relatifs à la santé publique ne concernent que le niveau de la 1^{ère} ligne de services, alors que les services en santé physique comprennent des mesures qui touchent à la fois la 1^{ère}, 2^e et 3^e ligne.

Toutes les mesures du continuum « Interventions universelles » se retrouvent à l'intérieur d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS), à l'exception des services plus spécialisés et ultraspecialisés en milieu hospitalier qui devront être accessibles à la population du territoire par le biais d'ententes inter-CSSS, avec le CH régional ou avec les RUIS.

Un premier enjeu de taille du continuum d'interventions universelles a trait à l'intégration et à la nécessité d'assurer une forte présence des activités de santé publique. Compte tenu de l'ampleur des ressources consacrées dans ce continuum à la gamme des services axés sur le traitement des problèmes (le **GUÉRIR**), l'importance des activités de promotion-prévention devra constamment être réaffirmée pour assurer un équilibre entre le prévenir, le guérir et le soutenir.

Un autre défi majeur de ce continuum sera de concilier l'approche de la médecine générale (prise en charge continue d'une population générale de tous âges) avec le fonctionnement usuel des établissements publics (interventions visant un problème donné, durant un épisode de soins qui sont souvent associées à un groupe d'âge particulier). Le développement des services généraux, ainsi qu'un accès facilité aux services pour les patients référés par les omnipraticiens devraient permettre de développer cette interface nécessaire, en particulier pour les personnes les plus vulnérables afin que les personnes ne soient pas mis dans une situation où ils organisent eux-mêmes leur accessibilité aux différents services qu'ils requièrent. En ce sens, la systématisation et la coordination des processus cliniques de certains épisodes de soins à haut volume pourra constituer un fondement important de l'articulation des services requis par la population évitant ainsi, les redondances, les duplications inappropriées, les délais d'attente exagérés ainsi que les bris de continuité. La participation des médecins généralistes, de concert avec les médecins spécialistes, à l'organisation et à la coordination des processus cliniques constitue une condition essentielle au développement des réseaux locaux de services. L'amélioration de la circulation de l'information clinique constituera un élément clé de cette coordination de services.

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

TYPOLOGIE DES SERVICES

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Info-Santé/Info-Social ▪ Services découlant du Programme national de santé publique, Plan d'action régional, Plans d'action locaux : <ul style="list-style-type: none"> ▫ Activités de soutien aux campagnes sociétales ▫ Approche École en santé ▫ Développement des communautés ▫ Pratiques cliniques préventives ▫ Prévention des traumatismes non intentionnels ▫ Prévention des ITSS ▫ Prévention des infections nosocomiales ▫ Programme de vaccination ▫ Programme sur l'allaitement maternel ▫ Promotion de saines habitudes de vie ▫ Protection contre les risques biologiques, physiques, chimiques ▫ Protocole postexposition accidentelle ▫ Santé buccodentaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Info-Santé/Info-Social ▪ Services d'urgence ▪ Services hospitaliers ▪ Services infirmiers ▪ Services médicaux de 1^{ère} ligne ▪ Services médicaux spécialisés ▪ Services de nutrition ▪ Services pharmaceutiques ▪ Services professionnels privés (ex : dentiste) ▪ Services psychosociaux ▪ Services de réadaptation ▪ Soutien diagnostique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Info-Santé (24/7) ▪ Mesures de soutien à la personne et à ses proches (accueil, accompagnement, référence, etc.)

DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION

Entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour des chantiers régionaux sur les continuums d'intervention. Chaque équipe de travail associé 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. Les résultats de cette démarche ont été soumis à l'attention 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 retenues en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Ces pistes d'action ont été formulées, dans la mesure du possible, à partir des grands objectifs d'accessibilité, de continuité des services et de qualité, énoncés par le MSSS³. Le texte qui suit présente les pistes d'action identifiées pour le continuum d'intervention « Interventions universelles ».

Les pistes d'actions sont présentées en fonction des trois grands niveaux d'intervention que sont le **PRÉVENIR - GUÉRIR - SOUTENIR**. 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.

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 montréalaise 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 »

<p>1. L'application des plans d'action locaux de santé publique.</p>
--

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;

³ 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.

- 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

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

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.

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.

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

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).

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 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

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

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'entérococolite 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 continuums 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.

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.