

DES CHANGEMENTS MAJEURS POUR AVOIR DE L'IMPACT SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION

POURQUOI CHANGER?

Plusieurs raisons militent en faveur d'un changement dans le système de santé et de services sociaux. D'abord, de plus en plus confrontés à une évolution technologique rapide ainsi qu'aux problématiques sociales et sanitaires que le vieillissement de la population entraîne, 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.

Mais d'autres tendances de fond justifient également la recherche des modes nouveaux permettant d'assurer le renouvellement du système. Des changements s'imposent, entre autres, parce que nous avons évolué simultanément sur plusieurs dimensions :

- de besoins de santé aigus auxquels on peut répondre par des services médicaux limités dans le temps, nous observons une croissance des besoins de santé en lien avec des conditions chroniques ou persistantes;
- d'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, nous recourons maintenant à des interventions plus élaborées, plus efficaces, plus coûteuses, faisant appel à des équipes multidisciplinaires opérant dans divers types d'organisations;
- de connaissances de base acquises par la formation initiale et par l'expérience, le praticien se retrouve dans un univers de connaissances spécialisées et multidisciplinaires qui se renouvellent à un rythme insoutenable pour un individu isolé;
- d'un système de soins relativement rudimentaire et peu coûteux, essentiellement centré sur le médecin et l'hôpital, nous disposons aujourd'hui d'un système de santé et de services sociaux de grande envergure qui compte pour 10 % du produit intérieur brut et plus de 40 % du budget de l'État.

Pour répondre à ces changements, la nouvelle vision, mise de l'avant par la Loi 25, introduit les concepts novateurs de **responsabilité populationnelle** et de **hiérarchisation des services**.

La **responsabilité populationnelle** signifie que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la compose¹.

Le **principe de hiérarchisation des services** implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la 2^e ligne mais également les références entre la 2^e ligne et les services surspécialisés de 3^e ligne. Une meilleure accessibilité aux services sera assurée par des ententes ou des corridors établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en œuvre de mécanismes bidirectionnels assurant la référence mais aussi la planification du retour à la personne dans son milieu de vie. Le centre de santé et de services sociaux (CSSS) a donc l'obligation de référer les personnes aux services requis et de rediriger celles-ci à un autre endroit pour qu'elles obtiennent réponse à leurs besoins lorsque le service n'est pas disponible en respectant les droits des personnes, les normes éthiques et les standards de pertinence et d'accès reconnus².

Ces nouvelles orientations demandent que l'on change la vision même de ce qui est perçu comme important pour les organisations. La gestion du réseau local devra de plus en plus accorder préséance aux notions de besoins de santé de la population de son territoire et aux résultats obtenus par le système local de santé et de services sociaux en termes d'impact sur la santé et le bien-être.

LES OBJECTIFS VISÉS

La nouvelle vision et la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ont pour objectif de rapprocher davantage les services de la population et de faciliter le cheminement des personnes dans le réseau. Pour ce faire, on compte sur l'amélioration continue de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services.

L'**accessibilité** fait référence à la disponibilité des services requis au bon endroit, au bon moment et le plus près possible du milieu de vie de la personne.

La **continuité des services** implique le passage sans rupture ou interruption entre les différents niveaux de services ainsi qu'entre les différentes organisations. Cette notion suppose des mécanismes de coordination et de liaison qui soutiennent la personne à travers le continuum de services.

¹ 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*, octobre 2004.

² 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*, octobre 2004.

La **qualité** se retrouve à plusieurs niveaux, soit autant dans la qualité technique des services offerts que dans le choix des interventions les plus efficaces et dans la qualité de la relation entre la personne qui a besoin du service et celle qui l'offre.

Ces objectifs devraient assurer un meilleur usage des ressources disponibles. L'**efficience** implique aussi un préjugé favorable pour les interventions qui ont un rendement plus grand, compte tenu des ressources investies.

UNE ORGANISATION PAR CONTINUUM D'INTERVENTION

Les continuums d'intervention représentent un élément clé de l'approche populationnelle. Un continuum d'intervention comprend une gamme diversifiée d'interventions reconnues comme pertinentes et efficaces et qui sont réunies dans un ensemble équilibré et cohérent d'interventions visant à :

- **prévenir** la survenue de problèmes de santé et de problèmes sociaux;
- **guérir** ou réduire la gravité des problèmes grâce à une gamme étendue d'interventions spécifiques;
- **soutenir** efficacement les personnes aux prises avec un problème persistant, de même que leurs proches, dans leur démarche d'adaptation, de réadaptation ou de réinsertion sociale.

Ces trois grands ensembles d'activités ne correspondent pas nécessairement à des étapes ni à des lieux ou à des types d'établissements précis. En effet, même si le parcours des clientèles visées est souvent présenté de façon séquentielle, la nature ou la complexité des maladies ou des problématiques traitées fait en sorte que les clientèles doivent parfois faire l'objet de plus d'un niveau d'intervention simultanément. Dans le cas d'une personne aux prises avec une déficience physique, par exemple, l'aggravation de sa situation ou l'arrivée d'une nouvelle incapacité peut amener la personne à faire un circuit à rebours.

Un continuum d'intervention suppose le développement de modes efficaces de collaboration entre tous les intervenants qui, tout en continuant de se préoccuper de la qualité de leur propre intervention, prennent davantage en considération la trajectoire globale de leurs patients et font tout en leur pouvoir pour faciliter leur parcours thérapeutique.

Nous distinguons deux types de continuums :

- un continuum d'interventions universelles qui s'adressent à l'ensemble de la population, en fonction de ses caractéristiques et de son profil de besoins, mais indépendamment du niveau de risque individuel;
- des continuums d'interventions spécifiques qui regroupent des mesures sélectives qui visent à réduire certains risques pour des personnes ou des groupes définis. Chaque continuum englobe également des mesures indiquées qui visent, quant à elles, à restaurer la santé et le bien-être des personnes présentant un problème et à remédier à ses conséquences, le cas échéant.

Les continuums d'interventions spécifiques doivent être en nombre suffisant pour couvrir les principaux enjeux de santé et de bien-être auxquels est confrontée la population, sans vouloir pour autant être trop nombreux, ce qui risquerait de disperser et de réduire la portée des efforts.

À partir de la littérature scientifique et des consensus régionaux relatifs aux orientations stratégiques, les 14 continuums d'interventions spécifiques suivants ont été identifiés en Montérégie comme ayant le plus grand potentiel d'impact auprès de l'ensemble de la population :

- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement;
- Jeunes en difficulté et leur famille;
- Santé mentale — jeunes;
- Santé mentale — adultes;
- Dépendances;
- Maladies transmissibles — VIH-VHC;
- Déficience physique;
- Lutte contre le cancer;
- Maladies cardiovasculaires;
- Diabète;
- Asthme;
- Maladie pulmonaire obstructive chronique;
- Perte d'autonomie liée au vieillissement;
- Infections nosocomiales.

L'offre de service de chacun de ces continuums doit être à la recherche de la meilleure combinaison d'interventions possible, soit celle qui est susceptible de générer le plus grand impact auprès de la population. Ceci implique nécessairement de faire des choix.

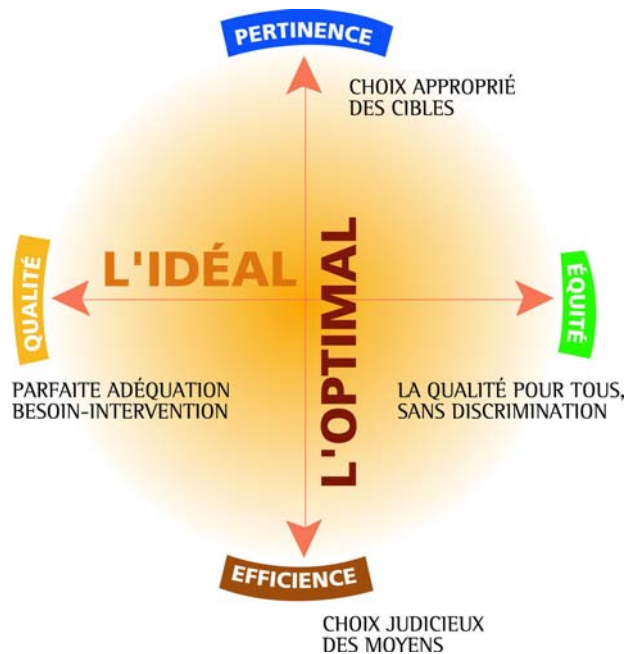
LES VALEURS DE BASE

L'Organisation mondiale de la santé propose quatre valeurs pouvant constituer la « boussole » d'un processus décisionnel en faveur de la santé de la population. Ces valeurs, représentées à la figure 1, sont la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficacité.

La **qualité** est définie comme la pleine satisfaction des utilisateurs et des normes professionnelles. On parle de qualité quand il y a parfaite adéquation entre l'intervention et le besoin. L'**équité** implique une situation où les possibilités de bénéfices de santé sont accessibles à tous, sans discrimination liée à l'âge, au genre, à l'origine ethnoculturelle, au niveau socioéconomique, etc. Ainsi, la qualité valorise d'abord les décisions prises dans le meilleur intérêt d'un individu alors que l'équité privilégie davantage

les intérêts collectifs. Satisfaire simultanément ces deux valeurs représente donc un idéal presque impossible à atteindre.

FIGURE 1 — LES VALEURS



La **pertinence** se définit comme le degré avec lequel les problèmes les plus importants sont abordés. La pertinence suppose un choix des priorités en fonction de l'importance relative des problèmes pour les personnes, d'ampleur pour la collectivité et de leur caractère évitable. L'**efficacité** (assurer le meilleur usage des ressources disponibles pour offrir les services), quant à elle, a trait au choix des moyens et implique un préjugé favorable pour les interventions qui ont un rendement plus grand, compte tenu des ressources investies. Ces deux valeurs introduisent une prise en compte de la réalité, puisque tout ne peut pas être fait et que certaines interventions sont plus bénéfiques ou rentables que d'autres. Dans un univers où les besoins tendent à être illimités, ces deux valeurs viennent encadrer le processus décisionnel.

Le processus décisionnel est alors mené avec l'objectif délibéré d'accroître l'impact des choix sur la qualité de vie, le niveau de bien-être et de santé des personnes et de la population dans son ensemble. Les choix doivent considérer en même temps l'intérêt collectif et l'intérêt individuel.

Selon cette logique, la marge de manœuvre dont disposent les organisations devrait être utilisée préférentiellement pour appuyer les interventions qui ont le meilleur potentiel de générer des gains significatifs au niveau de la santé et du bien-être de la population, sur la base des données probantes et des meilleures pratiques, là où les besoins sont les plus grands tout en tenant compte des efforts déjà fournis et des ressources à notre disposition.

LA CONSTRUCTION D'UN OUTIL D'AIDE À LA PRISE DE DÉCISION

Pour aider à la prise de décision des gestionnaires des réseaux locaux de services, l'Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de la Montérégie (ADRLSSSM) a mené, de juin 2004 à mai 2005, une démarche visant à définir les continuums, identifier les zones d'amélioration potentielle, formuler des pistes d'action et caractériser ces pistes d'actions en fonction de leur potentiel d'impact sur la santé et le bien-être de la population.

Pour faire état des résultats provenant de cette démarche, trois produits différents ont été développés :

- la **typologie des services** illustre l'offre de services en fonction des trois grands niveaux d'intervention PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR;
- La **carte stratégique** présente les pistes d'action et leur description en fonction des grands objectifs du Ministère que sont l'accessibilité, la continuité et la qualité des services;
- Le **tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact des pistes d'action** illustre le positionnement des pistes d'action selon les besoins et l'état actuel du déploiement de l'intervention tout en indiquant s'il existe des contraintes relatives à la disponibilité des ressources.

L'analyse révèle que la majorité des pistes d'action sont porteuses d'impact à des degrés divers. Toutefois, il ne sera pas possible de les mener toutes à terme en même temps. Quelques-unes font peut-être déjà l'objet de travaux avec vos partenaires; d'autres requièrent des ressources dont vous ne disposez pas dans votre milieu; certaines pistes sont préalables à d'autres et devront être introduites en premier. En définitive, votre défi consiste à vous doter du portefeuille d'interventions le plus pertinent en fonction des besoins de la population de votre territoire, de la configuration actuelle de votre offre de service ainsi que des ressources nouvelles que vous êtes en mesure de mobiliser dans votre milieu.

C'est à travers vos discussions et les échanges avec vos partenaires dans le cadre de l'élaboration du projet local d'intervention – votre projet clinique – que vous serez à même de jauger quoi retenir, sur quoi mettre l'accent et comment passer à l'action. Nous souhaitons vivement que l'information que nous avons réunie ici facilitera votre tâche.