

Cette présentation a été effectuée le 22 novembre 2010, au cours de la journée « Dépister les infections transmissibles sexuellement et par le sang : un choix de santé profitable » dans le cadre des 14es Journées annuelles de santé publique (JASP 2010). L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/archives>.

Lorsque la notion de pertinence provoque les acquis des CSSS

France Laplante Théberge
Inf.,Bc.es,M.A.P

« Dépister les ITSS: un choix de santé
profitable »

JASP, 22 novembre 2010

Mise en contexte...et plan de présentation

- Quatrième rapport national: « ..les ITSS sont en nette progression ». Parallèle avec l'accessibilité aux groupes vulnérables et à risques dans nos réseaux locaux: diagnostic organisationnel depuis la réforme.
- Déploiement et adaptation des moyens: où en sont les CSSS et les acteurs de leur réseau face à la « responsabilité populationnelle ».
- Liens entre la mobilisation souhaitée et le rôle des CSSS et les acteurs du réseau local. Défi de la pertinence clinico-administrative.
- Acquis des CSSS individuels et collectifs = valeurs sûres et hypothèques, tout à la fois.
- Défis pour les CSSS: reconnaissance de la stratégie proactive (promotion, prévention, dépistage), mise en valeur dans la reddition de compte et ajustement financier.

La notion d'accessibilité: les clientèles vulnérables et silencieuses sont les plus distantes de nos services

- Connaissance théorique, pratique et dynamique du milieu
- Précision et différenciation des actions de promotion, d'information et d'enseignements spécifiques aux ITSSS dans l'offre de services
- Confiance, partage des responsabilités, et travail de proximité
- Efficience dans les projets cliniques: documentation des besoins par territoire

En matière de connaissance: des acquis oui mais encore.....

- Approche populationnelle
- Approche d'empowerment
- La notion d'intersectorialité
- Habiletés à la priorisation
- Confrontation entre la standardisation des pratiques et le jugement professionnel
- Attention plus spécifique aux clientèles vulnérables et à risques au-delà des guichets d'accès connus.
- Capacité de questionner la distribution des soins et services sans le sentiment de culpabilité

Connaissance dynamique de notre milieu (réseau local)

-  Noyau d'acteurs = préoccupation sur la santé et le bien-être des jeunes, jeunes adultes. Organismes communautaires, agents ruraux, policiers... Les partenaires/scolaires, intervenants du CSSS provenant des programmes/clientèles + organisateurs communautaires etc...  pour systématiser les plans d'actions annuels = amélioration des travaux des équipes chantiers des projets cliniques. But: meilleure intégration de l'action promotionnelle et préventive en évitant le rapport de force d'un plan d'action institutionnel du CSSS, du régional etc. (projet clinique non intégré par une action intersectorielle)

La systématisation implique une continuité dans l'action pour chaque partenaire avec une intégration de la responsabilité à sa mission respective pour les activités ciblées.

Au départ: de qui parlons-nous ? De quoi parlons-nous? Au-delà des preuves scientifiques et des données dites probantes il faut développer un système d'information performant au niveau local. (expérience vécue par la COOP des services à domicile de notre territoire). Défi: n'entre pas qui veut dans les domiciles... particulièrement pour rejoindre des clientèles vulnérables, non seulement qui ne peuvent pas nous rejoindre mais surtout qui ne veulent pas nous rejoindre.

La notion de responsabilité populationnelle...

- Réf: M. Breton, P. Lamarche et R. Pineault.
Revue le Point en administration de la santé et des services sociaux 2005 vo.1, no:2 « Un défi de taille pour les gestionnaires »
- Approche circonscrite par quatre paramètres:
Un objectif, une responsabilité, une stratégie, une gouverne.

Un objectif... mais nous en avons tellement! Oui mais....

- Différencier **l'objectif de santé** et un objectif de services. « Importance accordée à l'ensemble des interventions requises pour améliorer la santé qui sont de nature différente des services offerts par le réseau »
- Une **responsabilité** envers une **population définie**. Au-delà des clientèles regroupées par programme/services... parlons de nos clientèles vulnérables, à risques qui doivent être dans nos priorisations

Responsabilité populationnelle....

- #3 paramètre: Stratégie Notre zone de confort: réagir... notre défi.. Avoir en plus, une stratégie proactive. Comment le fait-on avec une population distante de nous, silencieuse, impuissante ou indifférente à leur état de santé et de bien-être ?
- « ..équilibre entre les interventions/traitement et investir en amont ». 

La responsabilité populationnelle et la stratégie....

- Regard soutenu de proximité= déconcentration de l'action. Enlever notre concentration (attention démesurée) sur nos structures organisationnelles, nos ressources pour la reconcentrer sur les mouvements de nos jeunes, sur leurs besoins.

(Message de l'OMS en 2001: " ..capter les mouvements et les besoins sanitaires de notre population " .

- Créer notre marge de manœuvre et argumenter honnêtement à **partir des besoins identifiés** localement en justifiant non pas pourquoi on n'a pas fait telle action ... mais bien en justifiant pourquoi on a fait telle action.
- Ne pas agir seule... croire à la richesse de l'action de nos partenaires pour rejoindre notre population définie.
- Un niveau d'intervention horizontale (diluer l'impact de la structure verticale en gestion des ressources) celle-ci donne un certain ordre (Hervé Sériek) mais l'action horizontale (transversale) donne du sens.

La responsabilité populationnelle.. et la gouverne

- Une gouverne clinico-administrative. Où sont nos médecins de première ligne... l'approche en silo via l'approche communautaire . Le danger: l'administratif domine l'aspect clinique dans nos rapports.
- La force d'une réelle **médecine familiale**.. On la souhaite. La connaissance des besoins signifiés en individuel  doit alimenter et mener à une adaptation de l'offre de services de groupes/clientèles. La sollicitation par les gestionnaires faite aux médecins doit privilégier la notion de résultats plus que sur les moyens.
- Les gestionnaires sont gagnants à travailler en concertation avec l'IPCDC, l'INSP, les équipes de chercheurs de nos universités.. Ceci a été très aidant pour notre direction au fil des années.
- La gouverne doit se munir d'une volonté de parler de ses résultats en matière de santé. Elle n'a pas ce qu'il faut pour le faire. Bravo à la direction de la santé publique qui travaille actuellement avec des représentants de différents CSSS, pour le développement de nouveaux indicateurs de gestion (entente de gestion).
- Dans un contexte économique très balisé... il y a place à un financement particulier  si mise en oeuvre de projet novateur... Dans notre petit CSSS, c'est notre assurance-vie.

Notre attitude face aux besoins réels de nos clientèles concernées par les infections transmissibles sexuellement et par le sang..

- Réf: Marie- Magdeleine Deavy
- « La connaissance de soi » PUF. Écrit dans le domaine de l'éducation.

En conclusion: Proposition d'une analogie pour le thème d'aujourd'hui.

La reconnaissance est plus importante que la connaissance. Trois attitudes nous y amènent:

- **L'attention** un peu moins sur nos moyens, nos structures... et un peu plus sur les besoins spécifiques de nos groupes/clientèles et une action de proximité.
- **Lucidité** : demeurer alerte dans un système complexe ou un rapport de force des services indirects nous distance des services directs à la clientèle.
- **La recherche du vrai...** notion essentielle des soins et services, i.e ce qui est reconnu comme pertinent pour les jeunes de notre territoire..notre défi= plus que connaître les besoins,... il faut les reconnaître = Saisir par la pensée, la mémoire, le jugement, et l'action.