

QUATRIÈME COLLOQUE **MONTÉRÉGIEN**  
SUR LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

**Un système  
de gouvernance régionale  
axé sur l'amélioration continue  
de la performance :  
le projet de santé et de bien-être  
de la Montérégie**

**UN SYSTÈME DE GOUVERNANCE RÉGIONALE AXÉ  
SUR L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PERFORMANCE :  
LE PROJET DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA MONTÉRÉGIE**

**Document synthèse soumis pour discussion lors du  
4<sup>e</sup> colloque montérégien sur les réseaux locaux de services**

Denis A. Roy MD, MPH, MSc, FRCPC  
Directeur de la gestion de l'information et des connaissances  
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie  
Associé canadien au Programme Harkness du Commonwealth Fund

avec la collaboration de Nicole Lemire, courtier de connaissances,  
et les membres du comité de direction de l'Agence

Le 5 mai 2006

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>3</b>
<b>1. CONTEXTE .....</b>	<b>4</b>
<b>2. UN PROJET RÉGIONAL.....</b>	<b>6</b>
<b>3. LES FONDEMENTS STRATÉGIQUES DU PROJET MONTÉRÉGIEN.....</b>	<b>8</b>
3.1 INVESTIR DANS LA SANTÉ DE LA POPULATION.....	8
3.2 ENRICHIR LA BASE FACTUELLE DE LA PRISE DE DÉCISION .....	9
3.3 MOBILISER LE POTENTIEL DES RÉSEAUX.....	10
<b>4. UN LEVIER FONDAMENTAL : L'ARTICULATION CONCRÈTE DE LA VISION AUTOUR DE CONTINUUMS D'INTERVENTION .....</b>	<b>12</b>
<b>5. DES STRATÉGIES CONVERGENTES : LES DOUZE TRAVAUX DU PROJET MONTÉRÉGIEN .....</b>	<b>17</b>
5.1 LA MISE AU POINT D'OUTILS D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE .....	17
5.2 LA MISE EN PLACE DE RÉSEAUX RÉGIONAUX DE CONNAISSANCES .....	20
5.3 L'INFLUENCE DÉTERMINANTE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....	23
5.4 LA MISE EN ŒUVRE D'UNE HIÉRARCHISATION DES SERVICES .....	26
5.5 UNE DÉMARCHE DE MOBILISATION MÉDICALE .....	30
5.6 LA PLANIFICATION DE LA MAIN D'ŒUVRE ET DES EFFECTIFS MÉDICAUX .....	32
5.7 DES ACTIVITÉS STRATÉGIQUES DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CLINIQUES ET DE GESTION .....	36
5.8 LA GESTION ET L'ALLOCATION JUSTE ET ÉQUITABLE DES RESSOURCES FINANCIÈRES, IMMOBILIÈRES ET TECHNOLOGIQUES .....	38
5.9 LE RENFORCEMENT DU RÔLE EFFECTIF DES CITOYENS DANS LES PROCESSUS DÉCISIONNELS ET L'APPRÉCIATION DES RÉSULTATS .....	41
5.10 LA MOBILISATION DU POTENTIEL DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION .....	44
5.11 L'ENGAGEMENT DES PARTENAIRES AUTOUR D'ENTENTES DE GESTION ÉTABLISSANT LES OBJECTIFS D'AMÉLIORATION.....	46
5.12 DES STRATÉGIES CONVERGENTES AU SEIN D'UNE PLANIFICATION INTÉGRÉE.....	48
<b>6. CONCLUSION.....</b>	<b>51</b>
<b>7. RÉFÉRENCES.....</b>	<b>52</b>

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : APERÇU DES FINANCES PUBLIQUES AU QUÉBEC.....	4
TABLEAU 2 : TABLEAU SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION POUR LE CONTINUUM « PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT » .....	15
TABLEAU 3 : QUELQUES PRINCIPES DE L'ORGANISATION RÉSEAU .....	20
TABLEAU 4 : PÉNURIES ANTICIPÉES DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ (2005-2016) .....	33
TABLEAU 5 : PÉNURIES ANTICIPÉES DE PROFESSIONNELS EN SERVICES SOCIAUX ET SANTÉ MENTALE (2003-2016).....	33
TABLEAU 6 : LES TROIS GRANDES FONCTIONS DE LA PARTICIPATION CITOYENNE.....	42
TABLEAU 7 : CLASSIFICATION DES MÉTHODES DE PARTICIPATION CITOYENNE .....	42

## LISTE DES SCHÉMAS

SCHÉMA 1 : LA MONTÉRÉGIE .....	6
SCHÉMA 2 : LA VISION AU CŒUR DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA MONTÉRÉGIE.....	13
SCHÉMA 3 : CARTE STRATÉGIQUE POUR LE CONTINUUM « PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT » .....	15
SCHÉMA 4 : MODÈLE INTÉGRATEUR D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE.....	18
SCHÉMA 5 : LES RÉSEAUX AU CŒUR DU PROJET MONTÉRÉGIEN.....	21
SCHÉMA 6 : CYCLE DE GESTION DES CONNAISSANCES.....	22
SCHÉMA 7 : ARCHITECTURE DES SYSTÈMES D'INFORMATION DU RÉSEAU MONTÉRÉGIEN.....	45
SCHÉMA 8 : LA DÉMARCHE DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE.....	50

## RÉSUMÉ

Afin de relever les défis associés aux transitions démographique, épidémiologique et technologique en cours, les provinces canadiennes ont recours à des approches diversifiées de mise en réseau. Au Québec, depuis 2004, 95 réseaux locaux de services sont responsables de la santé et de l'accès à l'ensemble des services pour la population de territoires définis dans chacune des 18 régions de la province.

En Montérégie, l'Agence régionale a mis en place onze réseaux responsables de populations variant de 25 000 à 225 000 personnes. Les 11 réseaux locaux de services, les 7 établissements régionaux spécialisés et l'Agence collaborent au sein d'un «réseau de réseaux» : ils sont ensemble porteurs d'un projet collectif, le projet de santé et de bien-être de la Montérégie.

Dans le contexte de changement radical dans lequel s'inscrit le projet montérégien, nous travaillons à renouveler la gouvernance du système de santé et de services sociaux en nous appuyant sur trois grands fondements stratégiques : optimiser les retombées favorables sur la santé et le bien-être de la population des ressources à notre disposition, rassembler toutes les données probantes disponibles pour soutenir le changement et mobiliser la force créatrice des réseaux pour réussir la modernisation attendue de l'organisation des services de santé et de services sociaux dans notre région.

La vision stratégique qui anime le développement des réseaux locaux de services en Montérégie préconise une :

- 1) perspective populationnelle, visant à répondre équitablement aux besoins des différents groupes qui composent la population;
- 2) approche centrée sur la personne gérée par programme, intégrant un ensemble cohérent et équilibré d'interventions adaptées aux besoins et reconnues efficaces sur la base de données probantes, et
- 3) organisation en mode réseau, caractérisée par l'autonomie des acteurs, l'interactivité, la collaboration et la coopération entre les disciplines et les organisations dans une optique de responsabilité partagée.

Pour accroître l'impact des réseaux sur la santé et le bien-être de la population, la stratégie de gouvernance régionale a d'abord consisté à établir des balises régionales autour de continuums d'interventions. Dans un deuxième temps, douze travaux ont été institués afin de préciser les stratégies de mise en œuvre et d'en assurer la convergence, en appui à la traduction concrète de la vision, au bénéfice de la population dont nous sommes responsables.

La transformation en cours est d'une grande complexité. Le présent document propose une approche d'ensemble visant à favoriser une gouvernance coopérative en mode réseau axée sur une amélioration continue de la performance afin d'optimiser l'impact du système de santé et de services sociaux sur la santé et le bien-être de la population.

## 1. CONTEXTE

Toutes les provinces canadiennes font face aux grands enjeux auxquels sont confrontés les systèmes modernes de santé. Les constats pointent dans les mêmes directions : trop est fait au niveau des services hospitaliers spécialisés, pas assez dans les soins primaires au niveau local; trop en curatif, pas assez en préventif. On dénote des difficultés d'intégration des services, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques, et des préoccupations relatives à la viabilité du système, accentuées par la forte appréhension des effets du vieillissement de la population sur les besoins et la demande de soins. On a peu recours aux technologies de l'information, avec des pertes d'efficacité qui en découlent. On recense des preuves bien documentées de sur-utilisation, de mauvaise utilisation ou de sous-utilisation des technologies disponibles<sup>1 2</sup>. En réponse à ces constats, toutes les provinces ont progressivement adopté une stratégie de décentralisation régionale de la prise de décision et la constitution de réseaux.<sup>3</sup>

En comparaison avec les autres provinces canadiennes, l'État québécois est plus pauvre et plus endetté. Les services publics y sont plus développés et coûtent par conséquent plus cher, et la croissance des dépenses de programmes est plus élevée. Les dépenses de la santé ont augmenté annuellement de 5,5% entre 2002 et 2005 et la part de la santé dans l'ensemble des dépenses de programmes publics, excluant le service de la dette, atteint maintenant 43%.<sup>4</sup> Les prévisions démographiques sont aussi à l'effet que le taux de vieillissement de la population enregistré au Québec sera parmi les plus élevés des pays de l'OCDE.

TABLEAU 1 : APERÇU DES FINANCES PUBLIQUES AU QUÉBEC

	QUÉBEC	ONTARIO	AUTRES PROVINCES
Produit intérieur brut (2002)	32 990	39 524	37 950
Dette totale en % du PIB (31 mars 2003)	44,2	23,3	3,2 - 40,5
Recettes fiscales de l'ensemble des administrations publiques en % du PIB	39,2	36,6	26,7 - 35,9
Croissance des dépenses de programme de 1999-2000 à 2002-2003	15,0	9,1	13,9

Source : Ministère des Finances du Québec

C'est dans ce contexte que, de façon particulièrement pressante, le système de santé québécois avait grand besoin de se renouveler. Pour ce faire, il pouvait prendre appui sur des acquis significatifs : une intégration des services sociaux et des services de santé au sein d'un même réseau; une large base institutionnelle d'établissements publics déployés sur tout le territoire québécois, incluant des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres de soins de longue durée, des hôpitaux, des centres spécialisés en réadaptation pour la jeunesse en difficulté, ainsi que pour la déficience physique, la déficience intellectuelle et les dépendances;

une infrastructure de recherche qui fait l'envie des autres provinces; une expertise d'envergure internationale en évaluation des technologies; une forte capacité en santé publique reconnue comme un modèle au Canada; une médecine universitaire dynamique animée par quatre universités dotées d'une faculté de médecine, etc.

C'est donc parce que sa situation particulière l'exigeait que le Québec s'est engagé dans un ambitieux processus de réforme en santé. Une réforme non seulement de structures, mais surtout de philosophie avec laquelle on conçoit l'organisation et la gestion des services de santé et de services sociaux pour le bénéfice de la population. Cet effort de modernisation du système s'inscrit dans la foulée d'une certaine tradition d'innovation sociale que sa culture distincte encourage – le Québec est une collectivité à majorité francophone, à la fois tournée vers l'Europe de par ses racines culturelles et de par la langue, et fortement intégrée au continent nord-américain par des liens économiques et politiques. Et c'est par la porte politique, à la faveur de l'élection d'un nouveau gouvernement libéral, que le projet de réforme est entré, surprenant plusieurs observateurs par son audace et son envergure.

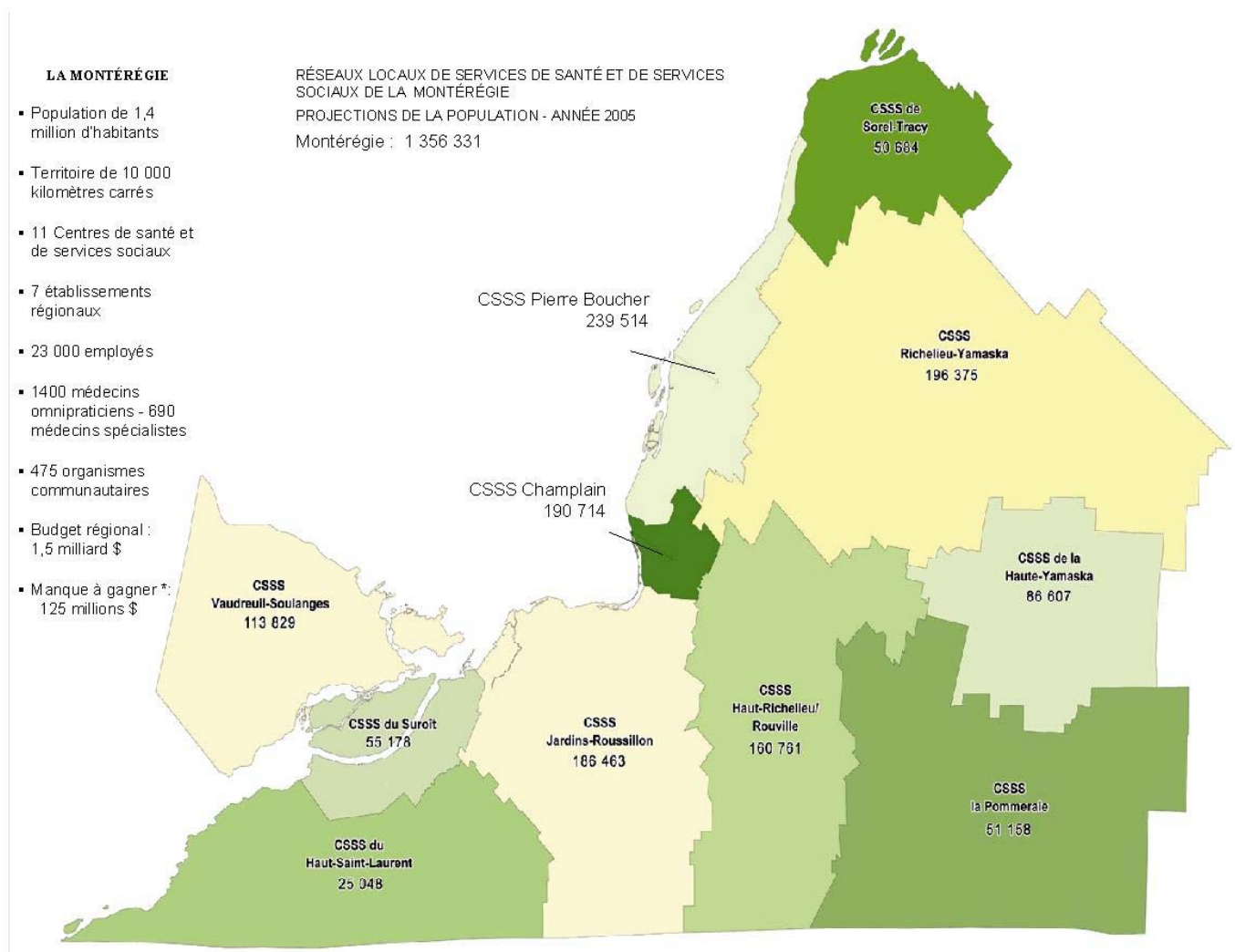
Inspirée par le succès de la fusion volontaire de centres desservant des collectivités de petite taille ou en milieu éloigné et de certains projets novateurs d'intégration des services cliniques pour les personnes âgées, la Loi 25, adoptée par le gouvernement du Québec en décembre 2003, abolissait les Régies régionales pour les transformer en agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Le texte législatif introduisait dans la gouvernance du système de santé les concepts novateurs de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services. Selon cette vision, la constitution de réseaux locaux de services (RLS) doit permettre d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services dévolus à la population du territoire sous leur responsabilité. Les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ont reçu le mandat de gérer le projet de développement des réseaux locaux de leur territoire.

L'initiative gouvernementale portée par le ministre Philippe Couillard, lui-même neurochirurgien, habile communicateur et porteur convaincu et convaincant du bien-fondé d'un changement, a créé un sentiment d'urgence qui a déstabilisé les acteurs. Malgré certaines résistances initiales, le projet a suscité une adhésion assez étendue de la part de l'ensemble des parties prenantes, notamment auprès du corps médical. La loi 25 a surtout été perçue comme un effort de décentralisation et de rationalisation administrative visant à rapprocher la prise de décision des acteurs de la base. Comme l'a souvent indiqué lui-même le ministre et comme l'affirment d'autres leaders d'opinion influents<sup>5</sup>, le changement s'inscrit en continuité et en harmonie avec les grands principes qui ont animé le système de santé québécois depuis sa création en 1970 et constitue, en ce sens, un jalon additionnel dans l'évolution du système. Et en décembre 2005, l'Assemblée nationale a consolidé l'ancrage structurel du changement par l'adoption à l'unanimité du projet de loi 83.

## 2. UN PROJET RÉGIONAL

Dans notre région sociosanitaire, sous le leadership de l'agence nouvellement constituée, l'implantation de la loi 25 a donné lieu à la fusion administrative de 19 CLSC, 9 hôpitaux et de 16 centres d'hébergement de soins de longue durée, ce qui a permis de créer onze Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les centres de réadaptation et le centre hospitalier régional affilié universitaire sont demeurés autonomes avec leur propre conseil d'administration. Chaque CSSS doit assumer la responsabilité de la santé, de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services pour des populations variant de 25 000 à 225 000 personnes.

SCHÉMA 1 : LA MONTÉRÉGIE



\* Il s'agit d'une estimation de l'écart entre le financement disponible en Montérégie et le niveau de financement moyen des autres régions du Québec.

Dans les faits, l'abolition des régies régionales s'est traduite par le maintien de l'essentiel des activités courantes qu'assumaient les régies régionales jusque là, avec l'ajout du nouveau mandat de développement de réseaux locaux de services aptes à assumer pleinement leur responsabilité populationnelle. Les directives ministérielles relatives à l'élaboration du projet organisationnel et clinique des RLS ne portaient que sur des principes généraux laissant ainsi une marge de manœuvre en ce qui a trait à l'adaptation régionale et locale des stratégies de gestion du changement. C'est dans ce contexte privilégié que nous avons pu adopter une attitude proactive comme nous exhortait encore récemment à le faire Soeur Élisabeth Davis, présidente du Conseil de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, dans un vibrant appel au changement : « Pour apporter les solutions qui vont conduire à une amélioration durable, les décideurs et chercheurs doivent être visionnaires, oser prendre des risques, valoriser la souplesse et les solutions créatives, apprendre à faire confiance aux gens des autres collectivités, s'ouvrir aux nouvelles façons de faire, valoriser davantage les réseaux et retrouver l'inspiration ».<sup>6</sup>

Le façonnement de la stratégie régionale a également été influencé par un document synthèse sur la régionalisation écrit par Steven Lewis et Denise Kouri<sup>7</sup>, qui comptent parmi les plus fins observateurs de l'expérience de la régionalisation au Canada. Au terme d'une analyse approfondie de la pratique dans les différentes provinces, ils ont proposé une lecture des « propriétés » de la régionalisation comme politique de santé. Leur analyse fournit des repères utiles nous permettant de mieux positionner les grands objectifs à poursuivre en matière d'avancement des pratiques de gouvernance régionale, à savoir : aligner les ressources sur les besoins, intégrer les services, améliorer la qualité et les pratiques fondées sur les données probantes, renforcer l'action sur les déterminants, améliorer l'imputabilité et accroître la participation citoyenne.

Nous avons bien sûr puisé à de nombreuses autres sources les influences scientifiques à la base de la vision stratégique qui anime le projet montérégien<sup>8</sup>. Notre contribution aura avant tout consisté à agencer ces différents éléments en une stratégie relativement simple, communicable, accessible, et suffisamment mobilisatrice pour inciter et guider le passage à l'action. D'ailleurs, comme le propose Hafsi, la stratégie des organisations peut être vue comme une « création artistique » où différents ingrédients connus sont combinés de manière originale de telle sorte qu'elle suscite l'adhésion, la convergence des intelligences et la coopération dans l'action<sup>9</sup>.

C'est sur cette base que nous avons saisi l'occasion unique qui s'offrait à nous pour mettre en œuvre et expérimenter une stratégie de développement des réseaux locaux de services adaptée à nos valeurs comme dirigeants et à notre contexte en Montérégie. Examinons maintenant les fondements sur lesquels s'appuie le projet montérégien.

### 3. LES FONDEMENTS STRATÉGIQUES DU PROJET MONTÉRÉGIEN

Sachant que la dynamique des systèmes de santé compte parmi les plus complexes<sup>10</sup>, nous avons d'emblée inscrit notre démarche dans une logique de complexité et de gestion d'un changement radical en tenant compte du fait que la transformation doit s'opérer dans un système régional en mouvance, fortement influencé par un système provincial plus large, mais également constitué de sous-systèmes locaux - les RLS -, eux-mêmes en interaction avec plusieurs autres systèmes organisationnels et professionnels significatifs.

Inspirés par les travaux de Kotter<sup>11</sup>, nous avons dès le départ précisé les grandes étapes du processus de changement à suivre<sup>12</sup>. Nous avons d'abord nourri le sentiment d'urgence créé par le ministre en relayant activement les orientations ministérielles auprès des dirigeants politiques, administratifs et cliniques de la région, en insistant sur l'impératif de changer et sur les bénéfices potentiels d'un changement réussi.

Nous avons ensuite cherché à mobiliser un maximum d'appuis au changement, en faisant appel à des experts de renom et par le biais d'activités de démarchage et de communication auprès des leaders d'opinion. Autre élément clé, nous avons invité l'ensemble des hauts dirigeants du réseau montérégien (ceux des réseaux locaux, des établissements régionaux et de l'Agence) à se regrouper à l'intérieur d'un comité de coordination stratégique du réseau montérégien (CCSM). Ce comité travaille collégalement, en mode réseau, depuis décembre 2004.

C'est à partir de ce regroupement volontaire des dirigeants du réseau que nous avons échafaudé les autres étapes de la stratégie de changement, à savoir outiller les leaders administratifs et cliniques dans leur capacité à animer le changement dans leurs réseaux respectifs, institutionnaliser le nouveau mode de fonctionnement et suivre les progrès par des travaux de monitoring, de recherche et d'évaluation. Avant de développer ces derniers points, précisons les trois grands fondements stratégiques qui animent le projet de modernisation en Montérégie.

#### 3.1 INVESTIR DANS LA SANTÉ DE LA POPULATION

Dans la culture politique et technocratique canadienne, l'idée d'accroître la santé des populations est omniprésente. Déjà reconnue implicitement en 1973 dans le rapport Lalonde<sup>13</sup>, reprise en 1986 dans la Charte d'Ottawa de promotion de la santé<sup>14</sup> et en 1997 lors du Forum national sur la santé<sup>15</sup>, l'approche de santé des populations a été explicitée dans sa forme actuelle par des chercheurs associés à l'Institut canadien de recherche avancée.<sup>16</sup> Sous réserve des observations de leaders de la santé publique à l'effet qu'il ne s'agissait que d'une redécouverte des déterminants de la santé, ces travaux ont eu et trouvent toujours un écho favorable chez les décideurs canadiens. En fait foi la place de choix qu'occupe le concept de santé des populations dans les discours institutionnels de Santé Canada<sup>17</sup>, des Instituts canadiens de recherche sur la santé<sup>18</sup> ou encore du Conseil canadien d'agrément sur les services de santé.<sup>19</sup> Au Québec, cette idée est également au cœur de la *Loi sur la santé publique* et du *Programme national de santé publique*<sup>20</sup> qui en découle, et qui a largement inspiré l'orientation de la transformation en cours. En Montérégie, nous en avons fait un axe stratégique de premier plan.

La parution récente d'un rapport de la direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne vient apporter un argument de poids à l'appui de ces idées. À la suite d'une recension des travaux théoriques et de la recherche empirique réalisés à ce jour, les auteurs arrivent à la conclusion que des investissements judicieux dans la santé ont un impact favorable non seulement à l'échelle de l'individu et des ménages, mais également à l'échelle de la vitalité macro-économique des nations.<sup>21</sup> En effet, les données suggèrent que les investissements en santé contribuent à accroître la productivité, à maintenir la main-d'œuvre en meilleure santé et plus disponible au travail, à retarder l'âge de la retraite et à réduire l'absentéisme chez les conjoints de personnes malades. Au regard de l'importance du secteur de la santé à l'activité économique globale telle que mesurée par le PIB, la Commission européenne estime que la valeur économique de l'accroissement de l'espérance de vie entre 1990 et 1998 dans cinq pays européens serait de l'ordre 47 % à 252 % de la valeur du PIB.

On peut donc déplorer, comme le notent les auteurs, qu'au niveau gouvernemental, la santé ne soit généralement considérée que comme une dépense, et non comme un investissement au même titre que d'autres investissements dans les secteurs traditionnels de l'activité économique, d'où des tensions évidentes entre le Trésor et la Santé, et des choix en faveur de projets dont le potentiel de retombées est généralement à court terme.

Tout cet argument tient cependant à une prémisse importante : l'investissement en santé contribue positivement à la santé de la population dans la mesure où le volume et le type de services sont appropriés aux besoins de la population en question. De là découle le souci constant dans le cadre du projet montérégien d'améliorer l'adéquation entre les besoins et les services.

En somme, sur la base des arguments théoriques, empiriques et politiques en faveur de l'adoption d'une perspective de santé des populations, le développement réussi des RLS peut, selon nous, contribuer significativement à l'amélioration de la santé de la population et à la réduction des incapacités, et ainsi agir comme moteur et déterminant du développement économique et social du Québec.

### **3.2 ENRICHIR LA BASE FACTUELLE DE LA PRISE DE DÉCISION**

Depuis la première formulation de « l'evidence-based decision-making » par David Eddy, ce courant de pensée a généré une forte adhésion et on est maintenant en face d'un véritable mouvement scientifique et politique en faveur de cette façon d'orienter la prise de décision dans le domaine de la santé.<sup>22</sup> Ces progrès se sont d'abord manifestés par le développement de la capacité de recherche fondamentale et clinique autour des technologies et modes d'intervention. Les efforts ont par la suite permis le développement de méthodes d'analyse et de synthèse des connaissances, de façon à rassembler les preuves disponibles et à réduire l'incertitude décisionnelle. Plus récemment, plusieurs organisations ont travaillé à l'établissement de diverses modalités de transfert ou de courtage de connaissances. La contribution canadienne à ce chapitre a été et demeure particulièrement significative, notamment grâce au leadership de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

On décrit maintenant quatre niveaux de contribution des données probantes dans les processus décisionnels, selon les contextes organisationnels <sup>23</sup>:

- le niveau I où des données probantes rigoureuses sont absolument requises (approbation de produits);
- le niveau II où les données probantes constituent un *input* prédominant lorsque disponibles (lignes directrices cliniques);
- le niveau III où les données probantes disponibles sont l'un des *inputs*, mais pas le seul critère de décision (choix des options thérapeutiques ou des dispensateurs)
- le niveau IV où les données probantes tendent à être limitées et où d'autres considérations sont importantes (décisions organisationnelles et managériales).

Si l'on dispose d'acquis considérables pour les décisions de niveau I et de niveau II, beaucoup de travail reste à faire pour soutenir la mise à profit des données scientifiques aux deux autres niveaux. Plusieurs auteurs insistent sur l'importance de mettre au point de nouveaux dispositifs de partage de connaissances. D'ailleurs, à cet égard, on reconnaît de plus en plus l'importance d'échanges entre chercheurs et décideurs. Récemment, Lomas et coll.<sup>24</sup> ont soumis une revue systématique très utile sur la question de la conceptualisation et du regroupement des données probantes. Les auteurs rappellent que si tous s'entendent à l'effet que la notion de données probantes traite des faits qui sont utilisés à l'appui d'une conclusion, les décideurs et les chercheurs ne perçoivent pas les données probantes de la même manière. Ils proposent de plus que différents types de données doivent être considérés pour enrichir la base factuelle de la prise de décision : les données scientifiques axées sur l'efficacité, les données scientifiques axées sur le contexte ainsi que les données informelles qui comprennent les opinions d'experts ou de professionnels, le jugement politique, les ressources, les valeurs, les habitudes et les traditions, les lobbyistes et les groupes de pression, de même que la pragmatique et les impondérables d'une situation donnée. Ils proposent enfin que leur interprétation demande un processus de délibération participatif avec les consultations appropriées.

Cette proposition, qui s'inscrit dans le courant de la production scientifique émergente<sup>25</sup>, trouve un écho puissant dans nos travaux. La réconciliation constructive des données scientifiques et des données informelles est une condition essentielle à l'enrichissement de la base factuelle de la prise de décision politique, administrative et clinique sur le terrain.

### 3.3 MOBILISER LE POTENTIEL DES RÉSEAUX

On parle souvent de « réseau » comme s'il n'y en avait qu'une sorte. En réalité, les réseaux prennent différentes formes, dans différents contextes, et servent à des fins multiples. Les réseaux sont avant tout une affaire de liens significatifs entre des personnes ou des entités autonomes qui partagent une vision, une passion, un intérêt commun et qui acceptent, parce que cela leur est mutuellement profitable, de coopérer entre eux.

Les réseaux peuvent offrir des espaces particulièrement intéressants pour travailler dans des contextes de grande complexité comme le nôtre. Comme l'a suggéré Stacey, la gestion de questions complexes est facilitée par l'échange de points de vue entre les acteurs, ce qui contribue à réduire l'incertitude sur la question d'intérêt et à accroître le degré d'accord entre

eux.<sup>26</sup> Les réseaux peuvent bien servir ces objectifs. En outre, des interactions productives au sein de réseaux peuvent susciter des comportements émergents porteurs de constats ou de solutions originales, innovantes.<sup>27</sup>

Il nous apparaît particulièrement intéressant de considérer la contribution possible de réseaux qui facilitent le partage de connaissances et qui développent une culture de coopération et de co-construction de savoirs. De tels réseaux peuvent en effet permettre de tisser des liens entre les dirigeants de réseaux locaux de services, de même qu'entre les gestionnaires et les cliniciens, en plus de favoriser la contribution de chercheurs intéressés aux mêmes questions. On sait aussi que la gestion de systèmes complexes n'obéit pas à la logique autoritaire fortement hiérarchisée de la gestion traditionnelle.<sup>28</sup> La théorie des systèmes complexes et des données empiriques suggère que les principaux facteurs à considérer dans la gestion de réseaux sont :

- 1) l'adhésion à une vision partagée qui guide les acteurs autonomes;
- 2) le respect de quelques règles simples qui régissent le fonctionnement du système;
- 3) le recours à des incitatifs appropriés afin de récompenser les contributions utiles au bon fonctionnement du système ou de pénaliser les comportements déviants.

Rondeau et coll. ont proposé un cadre de référence pour la gestion de réseaux dans le domaine de la santé qu'ils ont élaboré sur la base de recherches dans le cadre de mise en réseaux.<sup>29</sup> Ils définissent la gestion de réseaux comme « une gestion axée sur une vision stratégique des besoins exprimés et des résultats attendus, qui vise à assurer un processus systémique et efficient d'intégration des ressources, dans une approche de concertation et de cooptation des acteurs organisationnels. Et ce, afin de réduire la fragmentation du système et donner du sens à l'action ». Pour relever ce défi, les gestionnaires de réseaux complexes jouent un rôle clé et doivent faire preuve de certaines aptitudes.<sup>30</sup> La gouvernance de réseaux porteurs d'une responsabilité populationnelle requiert pour les dirigeants une capacité à gérer les orientations stratégiques, à établir un diagnostic d'ensemble, à piloter et à faire progresser le changement, à favoriser l'appropriation par les acteurs et l'adaptation des systèmes et à mesurer les impacts et les résultats.

En somme, nous avons travaillé à renouveler la gouvernance du système de santé et de services sociaux en nous appuyant sur trois grands fondements stratégiques : optimiser les retombées favorables sur la santé et le bien-être de la population des ressources à notre disposition, rassembler toutes les données probantes disponibles pour soutenir le changement et miser sur la force créatrice des réseaux afin de réussir la modernisation attendue de l'organisation des services dans notre région. Nous examinerons dans la section suivante le premier levier de changement que nous avons mobilisé à cette fin.

#### **4. UN LEVIER FONDAMENTAL : L'ARTICULATION CONCRÈTE DE LA VISION AUTOUR DE CONTINUUMS D'INTERVENTION**

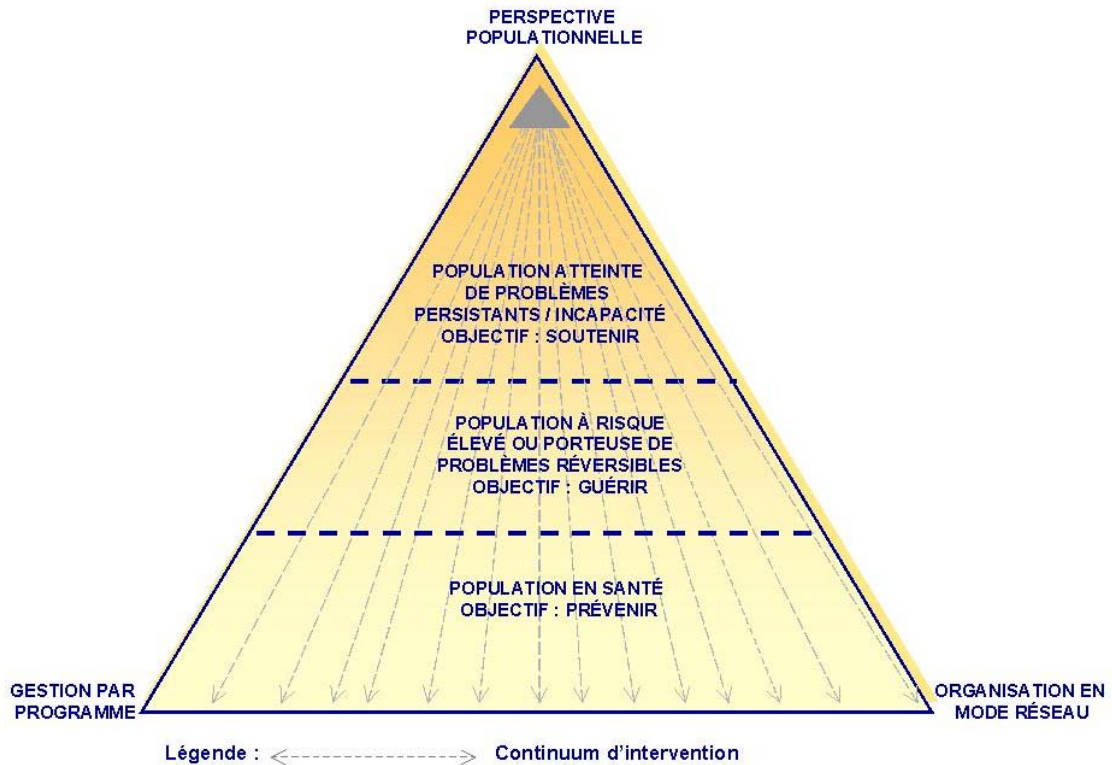
Étant donné notre responsabilité de gestion d'un système de santé au plan régional, nous avons travaillé à construire la conversion pratique des idées qui animent la réforme en moyens concrets qui permettront aux collaborateurs de trouver comment les appliquer sur le terrain, pour mieux servir les citoyens. Il s'agit là de l'une des contributions régionales à valeur ajoutée les plus significatives, peut-être parmi les plus garantes de la réussite de notre projet de transformation.

Comme l'exige la mobilisation de systèmes adaptatifs complexes, nous avons d'abord travaillé sur la vision. Nous nous sommes particulièrement employés à communiquer notre vision stratégique du développement des réseaux locaux de services caractérisée par :

- une perspective populationnelle, visant à répondre équitablement aux besoins des différents groupes qui composent la population, i.e. les personnes malades et vulnérables afin d'optimiser leur qualité de vie et de limiter leurs incapacités, les personnes à risque de maladies ou atteintes de problèmes réversibles ou curables afin d'empêcher ou de retarder l'occurrence de maladies chroniques ou de problèmes sociaux persistants et la population en santé, de façon à la garder en santé le plus longtemps possible;
- une approche centrée sur la personne, gérée par programme, intégrant un ensemble cohérent et équilibré d'interventions adaptées aux besoins et reconnues efficaces sur la base de données probantes, intégrant les services de prévention et de dépistage, les services diagnostiques et thérapeutiques de base et spécialisés, si requis, de même que les services de réadaptation et de soutien, incluant les soins palliatifs, lorsque nécessaire;
- une organisation en mode réseau caractérisée par l'autonomie des acteurs, l'interactivité, la collaboration et la coopération entre les disciplines et les organisations dans une optique de responsabilité partagée.

La notion de continuums d'intervention a été développée pour traduire concrètement ces trois approches. Les continuums d'intervention permettent en effet de réunir, pour une problématique sociale ou de santé particulière, un ensemble d'interventions visant à la prévenir, ainsi qu'à guérir et soutenir les populations cibles. Ils offrent le potentiel d'intégrer en un tout cohérent et équilibré les interventions de santé publique, les services de la première ligne médicale et sociale, les services spécialisés et l'action communautaire menée dans les collectivités locales par les organismes sans but lucratif et par le secteur privé. C'est dans cette foulée que nous avons précisé les balises régionales pour chacun de ces continuums d'intervention, de manière à soutenir le travail d'élaboration du projet clinique par chaque réseau local de services.

SCHÉMA 2 : LA VISION AU CŒUR DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA MONTÉRÉGIE



### *Vers des pistes d'action ayant un fort potentiel d'impact populationnel*

Tous les systèmes de santé sont confrontés à une somme de besoins qui dépasse leur capacité d'y répondre. Ainsi, la question n'est pas de se demander si les systèmes de santé rationnent, mais plutôt en vertu de quelles valeurs et de quels critères ils le font. Nous avons proposé que les choix se fassent en fonction de l'impact réel ou potentiel d'une ou d'un ensemble d'interventions sur la santé de la population, sur la base des données probantes et en tenant compte des ressources nécessaires.<sup>31</sup> C'est pourquoi l'Agence a mené, de juin 2004 à avril 2005, une démarche visant à identifier, pour chacun des continums définis, les améliorations à fort potentiel d'impact sur la santé et le bien-être de la population. Pour ce faire, des équipes provenant de plusieurs directions de l'Agence ont été formées pour chacun des continums. Au total, plus d'une cinquantaine de personnes ont participé à la démarche.

La phase initiale de cette démarche, qui consistait à organiser les connaissances disponibles pour chacun des continums, s'est réalisée sur la base des connaissances et de l'expertise des professionnels engagés dans la démarche, en s'appuyant sur les orientations ministérielles et régionales existantes. Durant cette période, les équipes de travail ont procédé à l'identification des populations visées par le continuum, la délimitation des contenus et des contours du continuum, l'appréciation de l'adéquation entre les besoins et l'offre de services pour différents niveaux d'intervention (promotion, prévention, protection, diagnostic, traitement, adaptation et réadaptation) et l'appréciation des zones d'interface avec les autres continums.

Les équipes de travail ont ensuite participé à un processus d'analyse critique qui a mené à l'identification des quinze continuums d'interventions intégrées offrant le meilleur potentiel de gain sur la santé et le bien-être. Cette analyse a permis de dégager des zones d'amélioration potentielle qui ont été validées auprès du personnel de l'Agence et auprès d'experts clinico-administratifs du réseau.

Chacune des zones d'amélioration potentielle a par la suite été formulée en piste d'action puis caractérisée en fonction de son potentiel d'impact populationnel. Celui-ci a été estimé grâce à une analyse multi-attributs sur la base de dix-huit critères, regroupés en quatre grandes variables: le fardeau « populationnel » de la condition visée, la puissance de l'intervention proposée, son niveau de déploiement actuel et la disponibilité des ressources. Un algorithme décisionnel a permis de départager l'ensemble des pistes d'action de chacun des continuums sur la base de ces quatre grandes variables d'analyse.

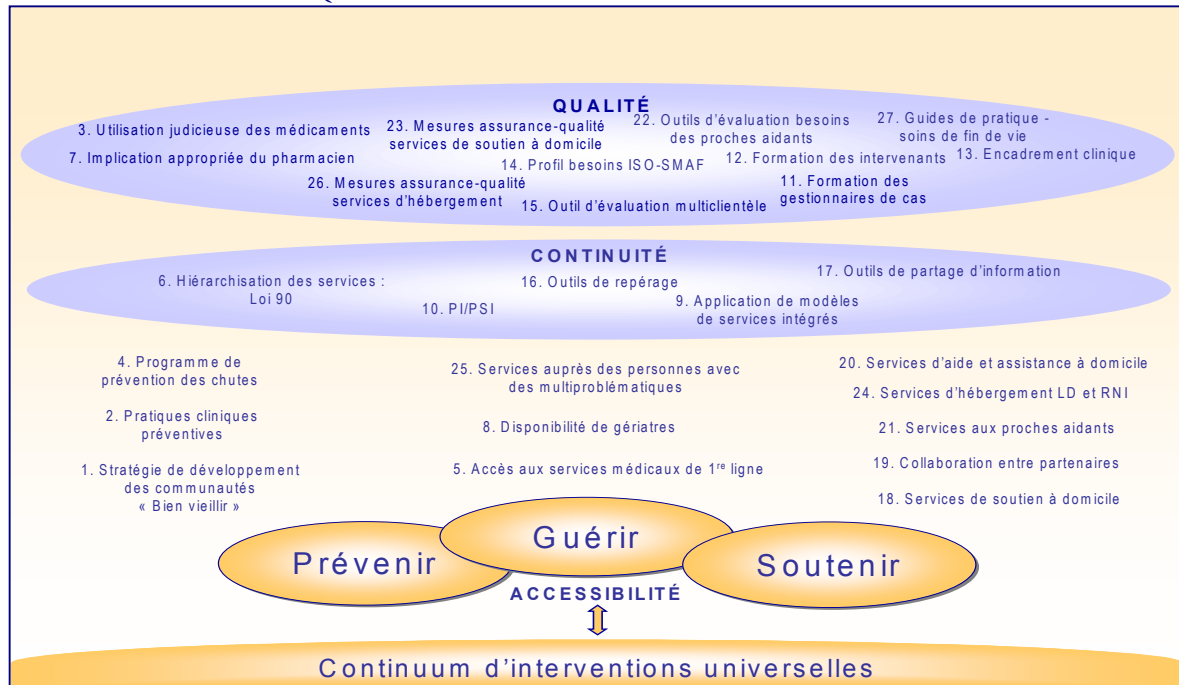
#### *La construction d'outils d'aide à la décision*

L'étape suivante a consisté à rassembler et à organiser l'information de manière à soutenir efficacement la réflexion stratégique et la prise de décision relatives au projet clinique. Deux outils d'aide à la décision ont ainsi été élaborés. La carte stratégique présente les pistes d'action de chacun des continuums, organisées d'une part selon les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, et d'autre part, selon les trois dimensions des continuums, soit PRÉVENIR, GUÉRIR, SOUTENIR. Cette organisation des pistes d'action (schéma 3) possède l'avantage, outre de permettre une vue d'ensemble des pistes d'action par continuum, de faciliter les comparaisons macroscopiques entre les continuums et ainsi de faire ressortir la nature des défis qui se posent aux décideurs dans le cadre de la définition du projet clinique.

Le second outil, le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact des pistes d'action (tableau 2), illustre le positionnement des pistes d'action selon les besoins de santé et de bien-être auquel elles s'adressent et l'état actuel du déploiement de l'intervention, tout en indiquant s'il existe des contraintes relatives à la disponibilité des ressources.

Ces outils d'aide à la décision offrent une vue d'ensemble des pistes d'action à partir desquelles les décideurs responsables de l'élaboration du projet clinique de chaque réseau 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 impact optimal, à la diversité des besoins de l'ensemble de la population de leur territoire.

SCHÉMA 3 : CARTE STRATÉGIQUE POUR LE CONTINUUM « PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT »



TABEAU 2 : TABLEAU SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION POUR LE CONTINUUM « PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT »

	<b>Pistes de développement</b>	<b>Pistes de consolidation</b>
<b>Impact à l'échelle de la population du continuum</b>	1. Stratégies de développement des communautés « Bien vieillir » 2. Pratiques cliniques préventives 3. Utilisation judicieuse des médicaments 5. Accès aux services médicaux de 1 <sup>re</sup> ligne 7. Implication appropriée du pharmacien 8. (Disponibilité de gériatres) 18. (Services de soutien à domicile)	6. (Hiérarchisation des services : Loi 90)
<b>Impact à l'échelle des groupes cibles</b>	10. (PI - PSI) 13. (Encadrement clinique) 14. (Profil de besoins ISO-SMAF) 17. (Outils de partage d'information) 19. (Collaboration entre partenaires) 21. (Services aux proches aidants) 22. (Outils d'évaluation des besoins des proches aidants) 23. (Mesures d'assurance-qualité des services de soutien à domicile) 24. (Services d'hébergement LD et RNI) 25. (Services auprès des personnes avec multiproblématiques)	4. (Programme de prévention des chutes) 9. (Application des modèles de services intégrés) 11. (Formation de gestionnaires de cas) 12. (Formation des intervenants) 15. Outil d'évaluation multiclientèle 16. Outils de repérage 20. (Services d'aide et d'assistance à domicile) 26. Mesures d'assurance-qualité des services d'hébergement 27. (Guides de pratique de soins de fin de vie)

( ) = contraintes relatives à la disponibilité des ressources

L'ensemble de cette démarche a mené à la création d'une base de connaissances Web construite avec l'aide d'un courtier de connaissances qui s'est affairé à normaliser et simplifier le langage utilisé par les professionnels et experts, de manière à accroître la convivialité du matériel. La base de connaissances Web fournit également des références scientifiques sélectionnées dans le cadre d'un processus de veille informationnelle mené à l'Agence, ainsi qu'un ensemble de données socio-sanitaires et d'utilisation de services décrivant des informations pertinentes à chacun des continuums, par territoire local et pour la région.

Le premier levier mobilisé pour soutenir le changement a donc consisté à rendre accessible l'ensemble des informations nécessaires à une démarche de planification systémique et intégrée d'un projet clinique :

- centrée sur les besoins de la population,
- fondée sur une appréciation critique de la qualité de la preuve qui sous-tend l'intervention, suite à un processus de délibération significatif,
- tenant compte du niveau actuel de déploiement généralement observé dans la région, et
- précisant les exigences prévisibles des diverses options en termes de ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles.

Cet exercice de précision de la vision constitue l'assise du projet montérégien. Mais l'atteinte des objectifs de la transformation requiert davantage : le recours judicieux à des stratégies éprouvées permettant d'accroître l'efficacité systémique globale du réseau montérégien. Ce sera l'objet de la prochaine section.

## 5. DES STRATÉGIES CONVERGENTES : LES DOUZE TRAVAUX DU PROJET MONTÉRÉGIEN

Au cours de la première phase du projet montérégien, nous avons centré notre réflexion sur la vision afin d'en acquérir une compréhension partagée, ce qui est maintenant largement acquis. Nous avons ensuite caractérisé les pistes d'action identifiées, sur la base des données probantes, afin d'apprécier leur potentiel d'impact favorable auprès de la population dont nous sommes responsables. L'étape suivante, dans laquelle nous sommes présentement engagés, vise à déployer un ensemble de stratégies de mise en œuvre qui concourent à l'actualisation de la vision.

Sur la base des rôles confirmés en décembre 2005 par le législateur (projet de loi 83), nous avons identifié les stratégies de changement les plus aptes à nous permettre une avancée significative dans l'implantation de la vision populationnelle – programme – réseau. Ce sont les douze travaux du projet montérégien.

### 5.1 LA MISE AU POINT D'OUTILS D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE

*La mise au point d'outils permettant aux cliniciens et aux gestionnaires d'apprécier la performance systémique de l'action des réseaux locaux et régional de services et de renforcer leur collaboration autour de cibles spécifiques dans une perspective d'amélioration continue*

Comme nous l'enseigne l'expérience de la gestion<sup>32</sup>, le renouvellement espéré de la dynamique du système régional de santé et de services sociaux passe nécessairement par des progrès dans notre capacité à apprécier la performance des réseaux locaux de services dans une perspective systémique.

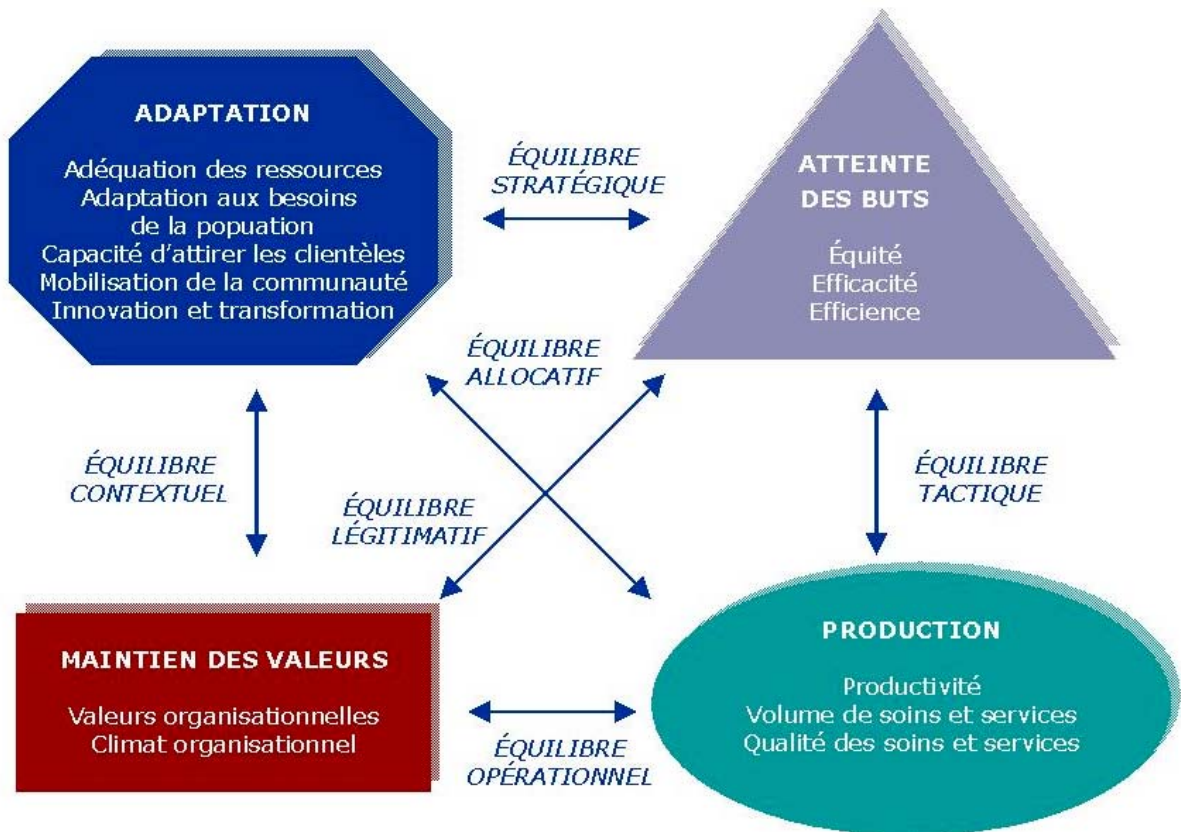
Or, au cours de la dernière décennie, la réflexion sur la performance du système de santé a été particulièrement fébrile. Partant du principe que l'on ne peut bien gérer que ce que l'on peut bien mesurer, des chercheurs, des analystes et des décideurs de partout à travers le monde ont proposé des cadres conceptuels, des modèles d'analyse, des systèmes d'indicateurs, bref un foisonnement considérable d'activités à la recherche d'une méthode appropriée pour mesurer la performance du système de santé. Des revues exhaustives de ce sujet ont été effectuées.<sup>33</sup> Différentes approches ont été expérimentées, certaines soulevant des controverses considérables, comme ce fut le cas lors de la publication du rapport de l'OMS « Health Systems : improving performance » en 2000.<sup>34</sup> Et on continue de chercher une méthode appropriée, comme en fait foi la décision récente du Commonwealth Fund de mettre sur pied la « Commission on High Performance » dont l'objectif est : « to identify public and private strategies, policies, and practices that would lead to improvements in the delivery and financing of health care for all Americans ».<sup>35</sup>

En fait, on peut aborder la mesure de la performance sous différentes approches : globale ou partielle, systémique ou organisationnelle, formative ou sommative, à des fins de recherche ou de prise de décision, ou encore de reddition de compte transparente auprès du public. Champagne et coll. ont d'ailleurs recensé 10 angles d'approche différents dont on trouve des

exemples dans la littérature.<sup>36</sup> Étant donné la complexité et les risques inhérents à la tâche, nous avons engagé notre action en partenariat avec ces chercheurs ainsi qu'avec le Conseil de la santé et du bien-être, un organisme consultatif auprès du ministre de la santé du Québec intéressé par la mise au point d'une approche d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux québécois, dans le contexte de l'entrée en fonction imminente d'un Commissaire à la Santé au Québec.

Le « Modèle intégrateur d'appréciation de la performance »<sup>37</sup> qui s'articule autour de quatre fonctions essentielles (atteinte des buts, adaptation, production et maintien de valeurs) a été retenu par l'agence. L'un des avantages de ce modèle global et intégrateur est sa souplesse, puisque l'on peut l'utiliser pour apprécier différents objets d'intérêt (continuum d'interventions spécifiques, équité d'accès aux services, performance des salles d'urgence, etc.).

SCHÉMA 4 : MODÈLE INTÉGRATEUR D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE



Source : Le modèle EGIPSS, Université de Montréal

Ainsi, assurer la gouvernance des réseaux locaux de services en Montérégie dans une perspective d'amélioration continue de la performance, c'est apprécier dans quelle mesure le système de santé dont nous sommes responsables réussit à :

1. s'adapter, c'est-à-dire puiser dans son environnement les ressources nécessaires et offrir des services conformes aux besoins de la population et au contexte social, politique et économique;
2. poursuivre et atteindre des buts qui sont valorisés par ceux à qui nous sommes redevables, et au premier chef, à la population;
3. fonctionner de façon intégrée avec productivité;
4. préserver et produire des valeurs et du sens.

Jusqu'à présent, nous avons déjà franchi plusieurs étapes : revue des indicateurs de la littérature, revue des indicateurs disponibles dans notre région, sélection des indicateurs sur la base de critères (validité, fiabilité, couverture des différentes dimensions), collecte de données et préparation d'un premier rapport pour chacun des 11 réseaux locaux de services. Pour chaque réseau, ce rapport présente des données détaillées pour 85 indicateurs. De ces 85 indicateurs utiles à l'appréciation de la performance des CSSS, 58 ont été utilisés pour apprécier la performance globale de la Montérégie. Pour chaque indicateur, on présente les données pour les trois dernières années ainsi que des comparaisons entre les réseaux locaux, la Montérégie et le Québec. Le rapport présente ensuite des données regroupées par sous-dimension, et enfin une appréciation globale de la performance intégrant toutes les dimensions.

Globalement, les données suggèrent que la performance de la Montérégie est comparable à la moyenne provinciale pour 50% des indicateurs, plus basse que la moyenne provinciale pour 40% des indicateurs, et au-dessus de la moyenne pour 10% des indicateurs. Plus spécifiquement, en termes d'acquisition de ressources, sept des neuf indicateurs se retrouvent sous la moyenne provinciale. Au niveau de son adaptation aux besoins de la population, la Montérégie performe un peu mieux mais il reste des déficits importants, entre autres, pour les soins de courte et de longue durée. Enfin, la performance de la Montérégie en termes de productivité se situe dans la moyenne ou au-dessus de la moyenne provinciale.

Enfin, il importe de noter que pour certains indicateurs, comme la mortalité évitable et les hospitalisations évitables, les taux varient du simple au double selon les CSSS. De tels écarts peuvent permettre d'identifier des cibles d'améliorations évidentes.

Le travail a déjà été validé auprès d'un groupe d'analystes et de décideurs de la région et nous soumettrons ce premier rapport aux dirigeants du réseau montérégien en mai 2006. Un plan de diffusion plus complet sera adopté dans la même foulée, assorti d'un projet de recherche qualitative visant à dresser un portrait des différents points de vue quant à l'accueil fait à l'outil, l'utilisation anticipée et le degré d'appropriation par différents types de décideurs dans leurs fonctions respectives.

Nous venons d'entreprendre l'appréciation de la performance pour les continuums « Perte d'autonomie liée au vieillissement » et « Santé mentale des jeunes » en utilisant la même méthodologie. Nous comptons approfondir l'analyse de la question de l'équité et poursuivre l'appréciation de la performance des autres continuums au cours des prochains mois.

L'appréciation de la performance constituera un levier significatif pour stimuler et orienter la transformation dans notre région. L'approche retenue vise dans un premier temps à outiller les décideurs afin de leur donner une lecture plus objective des forces et limites de leur réseau, de leur permettre de se comparer à leurs pairs, d'encourager le dialogue et de leur permettre d'acquérir une meilleure emprise pour la mise en action des solutions les plus appropriées. De plus, l'information sur la performance constituera un intrant important pour les travaux des réseaux de connaissances mis en place autour des continuums d'interventions.

## 5.2 LA MISE EN PLACE DE RÉSEAUX RÉGIONAUX DE CONNAISSANCES

Dans le cadre de son engagement à l'égard d'une réelle transformation durable du système régional de santé sous sa responsabilité, l'Agence, consciente des principes qui régissent l'organisation des réseaux (tableau 3), a vite compris qu'elle devait réussir à regrouper, à faire coopérer et, progressivement, à susciter une convergence au sein des forces effectives de leadership présentes dans les différents milieux, au niveau de la gestion et au niveau clinique.

TABLEAU 3 : QUELQUES PRINCIPES DE L'ORGANISATION RÉSEAU

PRINCIPES DE L'ORGANISATION RÉSEAU
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intérêt supérieur commun partagé : la valeur ajoutée réseau</li> <li>▪ Confiance mutuelle : la construction de nouveaux consensus passe par le choix des acteurs</li> <li>▪ Reconnaissance des complémentarités (interdépendance)</li> <li>▪ Performance individuelle – asymétrie limitée</li> <li>▪ Logique de synergie créatrice (apprentissage interorganisationnel – fertilisation croisée)</li> <li>▪ Leadership professionnel partagé selon les situations</li> <li>▪ Gestionnaires agissant comme leaders d'interactions</li> <li>▪ L'existence de normes réseau</li> <li>▪ L'information circulante et structurante</li> </ul>

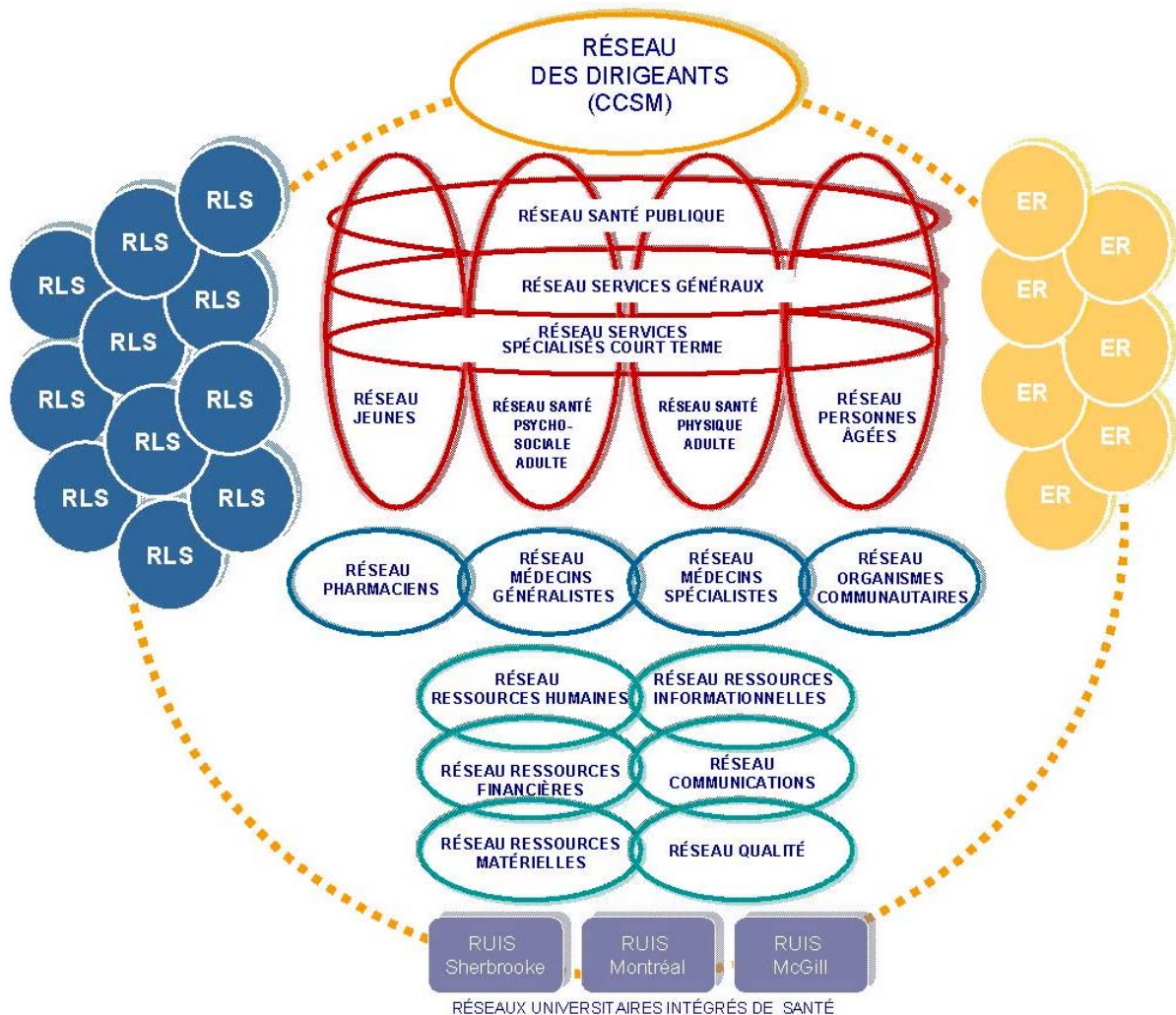
Source : Centre d'étude de la transformation des organisations, École des Hautes Études Commerciales, Montréal

Sous le leadership du président-directeur général de l'Agence, un comité de coordination stratégique a donc vu le jour regroupant sur une base volontaire tous les directeurs généraux des établissements de la région. Il s'agissait là d'une stratégie nouvelle pour la région, un peu en rupture avec le style de rapports davantage directifs et autoritaires qu'avait entretenus jusque-là l'Agence avec les établissements. Les termes de référence de ce comité prévoyaient également que tous les mécanismes de participation régionaux procèderaient de la même logique et relèveraient du comité de coordination stratégique.

C'est ainsi que nous avons mené une étude des mécanismes de participation déjà existants, dénombant 179 comités régionaux de différentes natures, dont la composition était le reflet de l'ancienne logique de silo par mission d'établissement. En règle générale, ces comités visaient

l'avancement de certaines pratiques spécifiques, mais ne contribuait pas nécessairement à l'avancement des objectifs d'intégration poursuivis par la transformation actuelle.

SCHÉMA 5 : LES RÉSEAUX AU CŒUR DU PROJET MONTÉRÉGIE



À l'heure actuelle, dans l'esprit du fonctionnement en réseau et comprenant l'importance stratégique d'une coopération des forces vives du réseau montérégien, nous travaillons à la mise en place de mécanismes de participation régionaux de trois types :

1. des « réseaux clinico-administratifs » regroupant l'ensemble des continums d'intervention, lesquels animent la collaboration entre les leaders clinico-administratifs dans la perspective d'optimiser l'impact des interventions du réseau montérégien sur la santé et le bien-être de la population en favorisant le recours aux données probantes dans les processus décisionnels et en assurant un alignement approprié entre les orientations provinciales, régionales et locales;
2. des « réseaux - ressources », lesquels visent à optimiser l'effet de levier des différentes ressources professionnelles, médicales, matérielles, financières, technologiques et

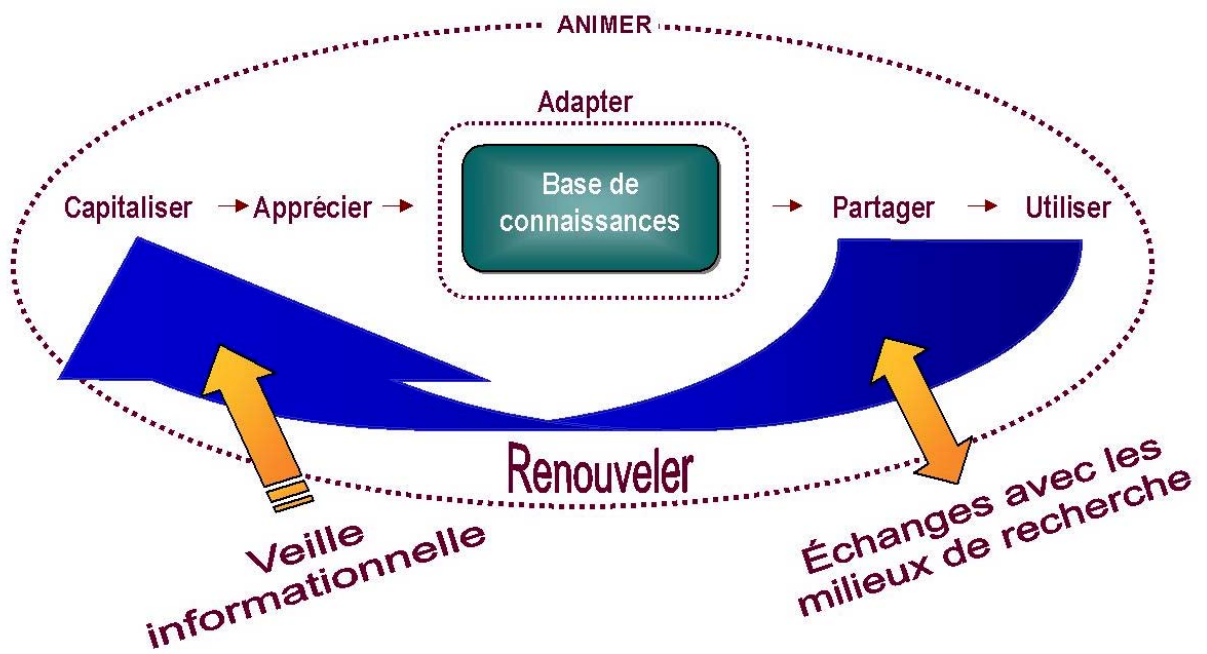
informationnelles disponibles et à favoriser un accès équitable, en Montérégie, aux ressources nécessaires à l'exercice de notre responsabilité;

3. des « réseaux - partenaires », lesquels soutiennent le développement et le maintien de liens de collaboration harmonieux et mutuellement profitables entre les établissements et divers groupes d'intervenants ou d'organismes autonomes tels les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les pharmaciens et les organismes communautaires.

La littérature fournit un plaidoyer de plus en plus riche à l'appui d'investissements organisationnels dans la gestion des connaissances. Celle-ci permet notamment de supporter les nouveaux modèles d'organisation, de développer des compétences collectives, de développer la capacité à changer, de valoriser l'innovation diffuse, de faciliter le transfert intergénérationnel, bref d'utiliser plus efficacement les connaissances existantes et de minimiser le syndrome de la roue réinventée !<sup>38</sup>

Le schéma 6 illustre le cycle de gestion et de courtage de connaissances que nous travaillons à animer dans notre région. Nous traitons, d'une part, les connaissances explicites, notamment celles issues de la recherche, si importantes dans le domaine de la santé. Nous abordons, d'autre part, les connaissances tacites, souvent négligées, mais qui peuvent être mobilisables et transférables dans un contexte où il y a beaucoup à faire et que les ressources sont rares. Dans tous les cas, nous invitons les membres des réseaux à se centrer sur les connaissances critiques pour leur domaine spécifique, à commencer par les pistes d'action identifiées pour les continuums d'interventions.

SCHÉMA 6 : CYCLE DE GESTION DES CONNAISSANCES



Nous souhaitons soutenir l'évolution de ces groupes pour en faire de véritables réseaux de partage de savoirs.<sup>39</sup> À terme, ces réseaux permettront aux experts de divers milieux de se rassembler pour discuter de questions qui correspondent à leur expertise et relèvent de leurs compétences afin de partager les connaissances, d'apporter des solutions à des problèmes communs et d'informer les dirigeants sur l'évolution de leur domaine d'activité. Issus de chacune des directions de l'Agence, des professionnels dédiés collaboreront étroitement au soutien technique et d'expertise des travaux. Des chercheurs et experts seront également invités à participer aux travaux sur des thèmes particuliers, lorsque pertinent. Un soutien des technologies de l'information sera également disponible.

### 5.3 L'INFLUENCE DÉTERMINANTE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

#### *L'animation d'une stratégie de santé publique visant à rehausser l'action en amont des problèmes de santé et de bien-être de la population, en misant notamment sur l'action intersectorielle*

Un constat émerge des travaux qui ont été réalisés au cours des dernières années au sein du système de santé et de services sociaux : il est essentiel de rehausser l'action en amont des problèmes de santé et de bien-être, tant pour améliorer la santé et le bien-être des collectivités que pour diminuer les besoins de services curatifs ou de soutien. Par ses fonctions de surveillance de l'état de santé, d'information à la population, de promotion de la santé, de prévention des maladies, des problèmes sociaux et des traumatismes et de protection de la santé, le réseau de santé publique situe son action sur les déterminants des problèmes de santé et de bien-être.

Après l'adoption de la *Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992)* et des *Priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997)*, la *Loi sur la santé publique* (chapitre S-2.2), adoptée en décembre 2001, et qui remplace l'ancienne *Loi sur la protection de la santé publique*, réaffirme les fonctions essentielles de la santé publique en instaurant un nouveau cadre législatif davantage adapté à l'évolution de la pratique de santé publique au Québec. Cette loi confie aux directeurs de santé publique de nouveaux pouvoirs et devoirs, notamment en matière de surveillance de l'état de santé et du bien-être et de vigie sanitaire. Elle offre également de nouveaux leviers permettant au directeur de santé publique d'enquêter et d'avoir accès aux informations pertinentes lors de signalements et d'interpeller les partenaires multisectoriels afin de les convier à s'engager dans une démarche concertée d'identification et de mise en place d'interventions visant la promotion de la santé et la prévention de divers problèmes de santé et de bien-être. Le *Programme national de santé publique (PNSP)*, qui définit l'offre de services en santé publique au Québec, constitue la principale mesure de ce cadre législatif.

La *Loi sur la santé publique* ordonne également l'élaboration de plans d'action régionaux (PAR) et locaux (PAL) de santé publique, en conformité avec les objectifs poursuivis et les activités prévues au PNSP. Ces plans doivent comporter des mécanismes de reddition de comptes et un cadre d'évaluation des résultats. *Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie, Plan d'action régional 2004-2007*, a répondu à cette obligation de se doter d'un plan d'action régional<sup>40</sup>. Les différents CLSC se sont également acquittés de leur obligation d'élaborer un plan d'action local mais l'arrivée de la Loi 25 a momentanément freiné leur mise en œuvre.

Par ailleurs, cette transformation du réseau, basée sur une approche populationnelle, a interpellé particulièrement la direction de santé publique. Cette approche étant classiquement utilisée par les intervenants de santé publique lors de la planification de l'offre de services préventifs, la directrice de santé publique s'est impliquée activement dans la définition et le développement de la vision autour de cette notion. Profitant des tribunes qui lui étaient disponibles, elle a joué un rôle de lobbyiste sur l'approche populationnelle, tant à l'interne qu'à l'externe, pour faire valoir deux des éléments centraux de cette nouvelle approche soit 1) la prise en compte de l'ensemble des besoins de la population, autant ceux exprimés que non exprimés, aux fins de la planification de l'offre de services et 2) la prise en compte de l'ensemble des déterminants, à l'échelle d'une population, dans la recherche de solutions à déployer pour contrer les différentes problématiques. De plus, les activités du secteur connaissance /surveillance ont été élargies de façon à ce que les données traitées servent, non seulement pour les fins de la planification des services de santé publique comme cela était principalement le cas auparavant, mais également pour influencer l'ensemble de la planification socio-sanitaire autant au niveau régional que local.

De plus, d'autres stratégies ont été déployées pour relancer l'action afin de garantir le succès de l'implantation du PAR et des PAL dans le contexte de l'actuelle réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux.

*1) L'alignement stratégique entre les différents niveaux de partenaires, sectoriels et intersectoriels*

On sait qu'il est difficile de réaliser des changements au niveau local lorsque les orientations ne sont pas alignées aux paliers supérieurs (régional et provincial). De plus, on sait que les actions de santé publique doivent souvent miser sur la reconnaissance de l'interdépendance entre les acteurs de différents secteurs pour intervenir sur des problématiques complexes. Une des stratégies employées par la Direction de santé publique est donc d'être en lien régulièrement avec ses partenaires intersectoriels du niveau régional, entre autres, afin de créer des conditions facilitantes pour le niveau local.

Par exemple, l'atteinte de plusieurs résultats attendus du PAR dépendant de la collaboration de nombreux partenaires provenant d'autres secteurs (communautaire, municipal, scolaire, emploi, environnement, etc.), ont été discutés avec des représentants de chacun de ces secteurs afin de s'assurer que les contributions attendues inscrites dans le PAR représentent bien l'apport qu'ils peuvent réaliser. Ces échanges et les ajustements qui en ont résulté ont certainement facilité la collaboration de ces réseaux au niveau local lors de l'élaboration des plans d'action locaux.

D'autre part, afin d'assurer un alignement stratégique entre les porteurs du dossier de santé publique au niveaux régional et local, une table de coordination régionale de santé publique (qui deviendra le réseau clinico-administratif de santé publique) a été créée. Elle assure le suivi de l'implantation du PAR et des PAL et a aussi comme objectif d'optimiser l'impact des interventions en se basant sur les données probantes et en concentrant les efforts de tout le réseau montérégien sur les cibles jugées porteuses et prioritaires. L'évaluation est certes un préalable incontournable à ce suivi en procurant les informations nécessaires pour l'identification des correctifs essentiels à l'atteinte des résultats attendus et pour l'amélioration des services en santé publique. Pour ce faire, la collecte des informations pertinentes aux niveaux local et régional, a été intégrée, incluant les suivis de gestion.

2) *L'intégration des actions de santé publique dans les continuums d'intervention et la participation aux réseaux clinico-administratifs*

Les actions de santé publique doivent s'ancrer dans la gamme des services sociosanitaires offerts. Un premier niveau d'intervention consiste en une intervention juste et pertinente s'adressant à toute personne visée par le continuum d'intervention. Cette information habilitera la personne dans son processus d'auto-prise en charge par rapport à la prévention, aux soins ou à son interaction avec les intervenants du système de santé et de services sociaux. En ce sens, nous avons déjà mis au point et évalué les effets positifs d'une intervention visant l'adoption de comportements favorables à la santé après 50 ans, dont l'utilisation judicieuse des médicaments.<sup>41</sup> Un deuxième niveau, les pratiques cliniques préventives nécessitent d'être davantage intégrées au travail quotidien des professionnels. Ceci constitue un défi de taille, particulièrement dans le contexte actuel de réorganisation (réseaux locaux, implantation de Groupe de médecins de famille, etc.). L'inclusion d'un volet prévention à l'intérieur de chacun des continuums d'intervention constitue une opportunité de positionner les différentes actions de santé publique dans la gamme des services du réseau, particulièrement ceux de première ligne, ainsi que l'importance d'agir en amont des problèmes de santé et de bien-être de la population.

Dans cet esprit, la participation de la santé publique aux réseaux clinico-administratifs formés autour des continuums d'intervention lui permettra de contribuer à l'actualisation de la perspective populationnelle en lien avec chacun des continuums et d'intégrer, dans les discussions, la préoccupation de l'action en amont des problèmes. Elle pourra aussi mettre à contribution son expérience en matière d'action intersectorielle. Enfin, elle participera aux travaux portant sur l'appréciation de la performance.

Parallèlement à son action à l'intérieur des continuums d'intervention, un réseau spécifiquement relié à la santé publique a été créé. Ce réseau permet une meilleure intégration des actions sur les déterminants ainsi qu'une plus grande cohérence des interventions à travers l'ensemble des continuums.

3) *Des ressources humaines qualifiées et capables de promouvoir les objectifs de la santé publique et des ressources financières dédiées.*

Les ressources humaines et financières étant les leviers sur lesquels repose le succès de la mise en place de tout programme de santé, il importe de compter sur la disponibilité de ressources humaines qualifiées et disposées à s'engager à l'atteinte des résultats du PAR et des PAL et sur des ressources financières dédiées aux actions de santé publique.

Ainsi, la direction de santé publique a insisté pour qu'il y ait un directeur en charge du programme de santé publique au niveau local et que ce directeur occupe un poste de cadre supérieur. Ces directeurs ont le mandat de s'assurer de la réalisation du PAL. Pour ce faire, ils doivent non seulement être de bons gestionnaires, mais également avoir un discours articulé et structuré en santé publique et servir de référence dans leur milieu par rapport à l'approche populationnelle. Pour les soutenir dans cette fonction fort complexe, la Direction de santé publique s'engage avec eux dans un processus de développement continu des compétences. De plus, dans une région où le financement *per capita* du réseau de la santé est parmi les plus faibles, le respect des enveloppes budgétaires dédiées au dossier de santé publique revêt encore plus

d'importance considérant la forte pression exercée par les services curatifs. C'est pourquoi ces directeurs ont également le mandat de préserver les acquis et de s'assurer que les sommes investies dans l'intervention en amont des problèmes demeurent dédiées à ces dossiers.

La direction de santé publique entend également habiliter les cadres intermédiaires et les professionnels de santé publique par de la formation en cours d'emploi de façon à accroître leurs connaissances et compétences par rapport aux préoccupations de santé publique.

La Direction de santé publique a donc développé une stratégie visant à rehausser l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être, qui s'inscrit beaucoup autour de l'influence : influence sur la conceptualisation de la notion même d'approche populationnelle et de ses implications, influence à l'intérieur de l'Agence et du réseau concernant les meilleures pratiques en matière de santé publique, influence sur les différents leviers de la gouvernance et à l'intérieur de chaque CSSS par l'instauration d'un poste de directeur local et par leur formation continue, influence dans le monitoring de la performance, etc. Cette capacité d'influence est basée sur un pouvoir législatif réel mais également sur une expertise éprouvée au niveau de l'utilisation des données probantes pour informer la stratégie d'action sur les déterminants de manière générale.

#### **5.4 LA MISE EN ŒUVRE D'UNE HIÉRARCHISATION DES SERVICES**

##### ***Une hiérarchisation des services visant à optimiser l'efficacité, la complémentarité et les masses critiques d'expertise et de ressources disponibles***

La notion de hiérarchisation réfère à l'objectif de rendre accessibles les services appropriés rendus par des équipes compétentes détenant l'expertise et les masses critiques requises pour répondre à des besoins spécifiques de la population. Il s'agit d'un concept fort utile pour nous aider à mieux organiser les soins et services de notre région, être plus efficaces et efficaces dans nos modèles de production et de dispensation de services et pour, ultimement, atteindre une meilleure performance systémique ainsi que des résultats de santé supérieurs pour notre population.

Les travaux ministériels entourant la hiérarchisation de services se sont surtout centrés sur l'application du concept aux services médicaux dans l'optique de mieux coordonner le développement et la consolidation de l'offre de services médicaux ultra spécialisés essentiellement produits par la médecine universitaire. D'où la création de réseaux universitaires intégrés de services (RUIS) qui visent à rapprocher différents établissements ultra spécialisés et les autorités de chacune des universités, de manière à mieux gérer le développement de ces infrastructures. Toutefois, il est clair que le concept doit aussi trouver son application à travers différents niveaux de services (primaire, secondaire, tertiaire, quaternaire) et à travers différents paliers de services (local, par pôle sous-régional, régional et supra régional). Il est d'ailleurs tout autant applicable pour les services sociaux que pour les services médicaux. C'est dans cet esprit que nous avons poursuivi la réflexion en matière de hiérarchisation dans le cadre du projet montérégien.

Dans notre perspective, le concept de hiérarchisation vient moduler l'exercice de la responsabilité populationnelle. En effet, si le réseau local de services est responsable d'offrir une réponse appropriée à l'ensemble des besoins de la population, il n'est pas nécessairement tenu de tout offrir par lui-même. L'adoption du principe de hiérarchisation implique donc une

réflexion critique sur ce que l'on souhaite dispenser localement et sur ce que l'on pourrait vouloir obtenir par ententes de services auprès d'autres dispensateurs de la région ou d'ailleurs. On introduit donc la notion de complémentarité, d'interdépendance et d'ententes de services qui viennent baliser les corridors de collaboration désirés et souhaitables pour l'exercice de la responsabilité populationnelle. Cela suppose également une certaine réflexion quant à l'optimisation de l'utilisation des ressources disponibles au niveau local et dans l'ensemble de notre région.

On peut comprendre déjà les implications et les contraintes découlant de l'application d'un tel principe qui pourrait être perçu comme venant limiter les capacités des CSSS à développer toute la gamme de services spécialisés, voire dans certains cas, à développer des pointes de services surspécialisés. On comprend aussi la tension dynamique qui s'exercera entre la volonté de spécialisation, d'une part, et l'impératif d'une offre de services généralistes la plus complète possible, d'autre part. On sait en effet que plus les soins primaires sont complets, plus les systèmes de santé tendent à être performants, tel que l'ont démontré les travaux de Barbara Starfield<sup>42</sup>.

L'enjeu de la hiérarchisation est donc double : d'une part, réussir à développer une offre de services de première ligne la plus complète et la plus compétente possible afin de prendre en charge efficacement une gamme étendue de besoins généraux de la population sous notre responsabilité et, d'autre part, rendre accessibles en temps opportun et sans bris de continuité les services spécialisés ou ultra spécialisés selon la condition de la personne, en pouvant compter sur des masses critiques d'expertise qui peuvent assurer une réponse efficace et efficiente à des besoins spécifiques lorsque pertinent et requis.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, l'offre conditionne fortement la demande de services<sup>43</sup>. C'est pourquoi les décisions relatives à la gestion de l'offre sont déterminantes pour conditionner l'utilisation qui sera faite des services. La traduction opérationnelle du principe de hiérarchisation sera ainsi l'une des conditions clé de la réussite ou de la non-réussite de la transformation entreprise en Montérégie. La stratégie déployée en Montérégie sera abordée sous trois angles complémentaires, à savoir sous la dimension fonctionnelle, la dimension structurelle et celle des pratiques professionnelles.

### *1. La dimension fonctionnelle*

Cette dimension vise à mieux définir les liens dynamiques et les interrelations entre les producteurs de services à travers les niveaux et les paliers de services afin d'assurer un réseautage efficace et une continuité des soins améliorée.

Pour soutenir cette démarche, une formalisation des règles de collaboration s'impose. Il s'agit principalement de l'élaboration d'ententes de services ou de la détermination de corridors de référence ou de transfert.

Ces règles de collaboration doivent se faire :

- intra RLS,
- inter RLS ou entre pôles de services,
- entre le RLS et le palier régional,
- entre le RLS et le RUIS,

- entre le palier régional et le RUIS.

Les travaux de hiérarchisation fonctionnelle constituent donc une première voie à emprunter pour l'avancement du concept dans notre région. En effet, à partir des consensus établis entre les rôles et les responsabilités actuellement assumées par les différents acteurs du système au niveau local, régional et supra régional, les premières démarches consisteront à convenir avec les acteurs des façons d'optimiser les rapports de collaboration actuellement en place entre les services existants. À cet égard, certaines améliorations concrètes pourraient déjà être apportées sans nouvel investissement majeur.

Les réseaux clinico-administratifs offrent un forum intéressant pour discuter des interrelations et des nouvelles formes de collaboration entre les acteurs, ce qui pourra conduire à la détermination de cibles d'amélioration au regard de la hiérarchisation fonctionnelle des services dans notre région.

Il est toutefois probable que l'on rencontre assez rapidement des situations où les acteurs ne pourront se mettre d'accord sur une base consensuelle. Il faudra alors procéder à des arbitrages et à une clarification des objectifs stratégiques de croissance ou de décroissance de l'offre en place. Ce qui nous amène aux travaux relatifs à la dimension structurelle.

## *2. La dimension structurelle*

Cette dimension fait appel à la définition des services sous deux aspects : le niveau de services, à savoir le degré de spécialisation des services en question (primaire, secondaire, tertiaire, quaternaire), et la dimension géographique des lieux de dispensation du service, à savoir le palier de services (local, par pôle de services sous-régional, régional et supra régional).

La précision de l'offre de service à chacun des niveaux et des paliers devra être faite en collaboration avec les experts impliqués à chacun des paliers. Il faudra concevoir un modèle clair d'organisation des services duquel découleront les règles de répartition des ressources professionnelles et médicales.

Les travaux relatifs à la dimension structurelle sont soumis à une double contrainte. La première contrainte a trait à notre difficulté à bien documenter les modes optimaux d'organisation des équipes cliniques généralistes et spécialisées. On observe, en effet, une relative carence de données probantes relativement à la composition optimale de telles équipes et de l'équilibre des rôles de chacun des membres et de chacune des disciplines au sein de ces équipes. D'où la deuxième contrainte, de nature plus politique : en l'absence de données probantes sur la configuration optimale des équipes, le point de vue des acteurs risque de constituer le principal facteur de décision en ce qui a trait à la composition et à la configuration des équipes à travers les niveaux et les paliers de services.

Dans notre région, comme partout à travers le Québec, on observe une volonté de développer le parc technologique et la gamme d'expertises dans chacun des milieux. Jusqu'où doit-on aller localement? Doit-on privilégier des développements plus ciblés avec des masses critiques plus solides dans certains milieux? Comment compter sur la collaboration des RUIS auprès desquels nous n'avons encore que très peu d'influence au plan décisionnel? Bref un ensemble de

questions laisse entrevoir des tractations administratives assez significatives au cours des prochains mois et même des prochaines années. Néanmoins, il est clair qu'une hiérarchisation réussie passera par la redéfinition de l'offre de service sous l'angle de sa dimension structurelle. Il faudra développer en Montérégie les plans d'organisation appropriés pour le faire. L'apport de données probantes constituera un levier hautement significatif pour nous permettre d'y arriver.

### *3. La dimension des pratiques professionnelles*

Cette dimension fait appel à une analyse des expertises individuelles dont on doit optimiser l'utilisation en définissant une pyramide d'actes professionnels ou non professionnels à poser. À cet égard, la Loi 90 a apporté de nouveaux instruments régissant la délégation des actes, créant de nouvelles possibilités de répartition des rôles interdisciplinaires au sein d'équipes.

Il s'agit donc de déterminer un modèle pyramidal de services professionnels et de soutien entre les différents acteurs du système de soins, par secteur ou champ d'activité. Ainsi, il deviendra possible de départager, selon les niveaux respectifs d'expertise, le rôle des médecins de différentes spécialités, des professionnels spécialistes de différentes disciplines, des médecins généralistes et d'intervenants généralistes de différentes disciplines, des infirmières en pratique avancée, des infirmières, des techniciens de différentes disciplines, du personnel de soutien, etc. S'il existe une littérature émergente à cet égard<sup>44</sup>, les notions de composition de type idéal restent encore largement à définir.

Les travaux relatifs au *Programme québécois de la lutte contre le cancer* offrent cependant des possibilités intéressantes. En effet, dans le cadre de ce programme, on a précisé les rôles et les compositions attendues d'équipes locales, régionales et supra régionales offrant des soins aux personnes atteintes de différents types de cancer. De plus, puisque les travaux d'implantation de ce programme dans notre région sont relativement avancés, on pourrait envisager d'en faire un cas pilote pour des travaux entourant la hiérarchisation des pratiques professionnelles.

Un autre terrain fertile pourrait être le programme « perte d'autonomie liée au vieillissement » où plusieurs propositions visant une précision de la hiérarchisation des services au plan professionnel constituent des pistes d'action à fort potentiel d'impact. Ainsi, des travaux conjoints avec des représentants des différentes disciplines professionnelles impliquées, de même qu'avec les responsables médicaux et des ressources humaines de la région, pourraient être planifiés en vue de procéder à l'expérimentation de travaux visant une meilleure hiérarchisation des pratiques professionnelles dans le contexte montérégien.

La recension et la synthèse des données probantes autour de la configuration optimale des ressources humaines et médicales sera une condition de réussite de ces travaux. C'est ainsi que nous pourrions déterminer des objectifs plus spécifiques et plus concrets et élaborer les plans requis pour les atteindre. La mobilisation de nos mécanismes de participation régionaux constituera de plus un levier important pour développer les consensus nécessaires. Enfin, il faudra s'inscrire dans les travaux réalisés par les milieux universitaires et effectuer les représentations qui sont requises auprès du Ministère pour se donner les conditions de succès

nous permettant de bien utiliser le levier de la hiérarchisation au bénéfice de notre projet de transformation.

## 5.5 UNE DÉMARCHE DE MOBILISATION MÉDICALE

### *Une démarche de mobilisation médicale visant une configuration optimale et un renforcement des services de première ligne dans les collectivités locales*

La difficulté à mobiliser le nécessaire leadership médical est un classique de la littérature sur l'intégration des services.<sup>45</sup> Pourtant, la transformation de nos modes d'intervention, entre autres, pour la prise en charge des maladies chroniques dans une société vieillissante, ne pourra se faire sans un fort engagement de la profession médicale. Or, on sait que les médecins sur le terrain ont du mal à systématiser leurs processus de gestion thérapeutique<sup>46</sup>, ce qui se traduit par un déficit dans l'adhésion aux processus recommandés pour la dispensation des soins de base<sup>47</sup>. D'autres études démontrent que le partage des rôles et des responsabilités ainsi que la délégation des actes requise pour la prise en charge de conditions chroniques sont difficiles à implanter.<sup>48</sup>

Les travaux récents de Marie-Dominique Beaulieu, l'un des médecins chercheurs en médecine familiale les plus respectés au Canada, rappellent l'écart qui prévaut au regard de la collaboration souhaitée entre médecins généralistes et spécialistes, et la pratique réelle.<sup>49</sup> L'étude effectuée dans des milieux de formation médicale au Canada suggère de plus que cette distance n'est pas près de s'estomper et pourrait même s'accroître. Beaulieu et ses collègues concluent par un plaidoyer convaincant en faveur du développement de nouveaux modèles d'interaction entre les médecins de famille et les médecins spécialistes, de même qu'en faveur de la révision par le médecin de famille de sa relation privilégiée avec le patient pour la comprendre dans un contexte de relation interprofessionnelle. Mais comment y arriver alors qu'aucune mesure particulière dans la présente réforme n'est venue modifier l'encadrement de la pratique médicale?

Essentielle pour atteindre les objectifs de transformation du réseau et l'actualisation des projets cliniques, la mobilisation des médecins se définit comme le mouvement qui amènera les médecins à jouer volontairement le rôle pivot qui leur revient dans la prise en charge appropriée de la clientèle, l'actualisation des continuums d'intervention, et l'amélioration de la performance du système de soins.

La mobilisation médicale est une responsabilité partagée entre les médecins eux-mêmes et les gestionnaires des paliers local et régional. Cette mobilisation doit se faire par le biais d'une approche intégrée entre ces divers acteurs dans une logique de hiérarchisation des pratiques professionnelles et d'interdisciplinarité.

On note d'ailleurs les rôles de chacun dans la Loi sur la santé et les services sociaux : « Aux fins de définir son projet clinique et organisationnel, une instance locale doit, pour le territoire de son réseau local, mobiliser... les divers groupes de professionnels, ...et s'assurer de leur participation» (chapitre 1.1, article 99.5) ainsi que « créer des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux, de concert avec l'Agence, le

département régional de médecine générale et la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée ...» (article 99.7). De plus, « les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services...À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité... et collaborer avec les autres intervenants du milieu...De plus, dans le cas d'une instance locale, celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations.» (article 100).

Il importe donc de développer une approche conjointe faisant état des rôles complémentaires du palier local et du régional dans cette mobilisation. Des stratégies cohérentes doivent naître de ce partenariat local-régional pour produire des actions porteuses et atteindre notre objectif de mobilisation et d'implication des médecins dans l'actuelle transformation et dans l'actualisation d'un projet clinique signifiant. Plus spécifiquement, notre objectif en Montérégie est de mobiliser principalement les omnipraticiens autour du continuum d'interventions universelles et les spécialistes autour des continuums spécifiques de soins.

Pour ce faire, nous préconisons une approche réseau où les représentants médicaux et les gestionnaires d'établissements, tant au niveau local que régional, sont co-responsables de la démarche et des actions entreprises. En d'autres termes, nous préconisons une implication plus active des médecins dans la gouvernance et parlerons donc dorénavant de **co-production** et de **co-gestion**. Cette approche réseau doit se modeler à la réalité du terrain, aux capacités et aux attentes des médecins ainsi qu'à celles des CSSS.

Compte tenu des objectifs recherchés, il nous apparaît pertinent de procéder par étape et de cibler nos actions d'abord sur les omnipraticiens pour aborder ensuite la mobilisation des médecins spécialistes, notamment par l'implication de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée au fur et à mesure qu'elle déploiera ses activités.

### *Des stratégies à développer aux niveaux local et régional*

Les principales stratégies à mettre de l'avant pour mobiliser les médecins sont :

- Centrer notre message sur le professionnalisme du médecin et son rôle central dans la production de services pertinents, efficaces et efficaces pour le patient dans un système de soins performant et équitable;
- Préciser au sein de chaque continuum de soins le rôle attendu des médecins omnipraticiens puis des spécialistes et ce, en lien avec les autres acteurs du système;
- Partager le pouvoir de gestion avec les médecins du CSSS en favorisant notamment l'adoption d'un concept de cogestion médico-administrative, incluant l'ensemble des responsabilités et obligations qui en découlent;
- Identifier les actions d'influence à mener au niveau suprarégional (RUIS);
- Centrer nos actions sur des objectifs partagés concrets qui donneront des résultats tangibles à court terme.
- Recourir aux données probantes pour supporter la réflexion critique des médecins et des gestionnaires et pour identifier des cibles d'amélioration qui touchent l'intégration et

l'organisation des services dans un premier temps, puis la qualité des services, dans un deuxième temps. À cet égard, le Département régional de médecine générale (DRMG) pourrait être un lieu privilégié pour faire en sorte que les actions restent cohérentes au niveau régional et pour identifier quelques cibles d'amélioration du continuum d'intervention universel.

- Créer des réseaux de mobilisation médicale : ces réseaux seront en fait des groupes restreints composés de leaders médicaux et de représentants d'instances qui ont un mandat spécifique autour de la mobilisation des médecins. Au niveau local, le groupe se composera des représentants médicaux locaux du Département régional de médecine générale ainsi que du directeur du CSSS qui piloteront ensemble le dossier. Au niveau régional, le groupe se composera de deux directeurs généraux de CSSS, du chef du DRMG, du président de la table des directeurs des services professionnels et du directeur des affaires médicales et universitaires à l'Agence.
- Optimiser l'utilisation des autres leviers disponibles soit les structures locales et régionales déjà existantes, le plan régional d'effectifs médicaux et les plans d'effectifs médicaux des établissements, les activités médicales particulières et le réseau d'accessibilité aux services généraux, les incitatifs monétaires (ressources financières pour les GMF et les cliniques réseau, rémunération médicale forfaitaire et hors plafond pour les cliniques-réseau) et non monétaires (un support professionnel de coordination-liaison aux activités locales de mobilisation, l'accessibilité aux plateaux diagnostiques et aux consultations en spécialité, le support informatique et les communautés de pratique).

La forme concrète qu'adoptera la stratégie de mobilisation médicale sera traduite dans des plans d'organisation spécifiques. Les volets touchant la médecine générale seront regroupés sous la forme d'un « plan d'organisation de la médecine générale en Montérégie ». Il faudra y retrouver un modèle clair d'organisation de services et de répartition des ressources médicales. Ces travaux seront menés par l'Agence conjointement avec le Département régional de médecine générale.

Les volets touchant la médecine spécialisée seront regroupés pour former un « plan d'organisation de la médecine spécialisée en Montérégie » où on retrouvera un modèle d'organisation de l'ensemble des services spécialisés de notre territoire ainsi qu'une répartition des ressources médicales et technologiques afférentes. Ces travaux seront réalisés conjointement avec la nouvelle table régionale des chefs de département de la médecine spécialisée et en collaboration avec la table des directeurs des services professionnels des établissements.

## 5.6 LA PLANIFICATION DE LA MAIN D'ŒUVRE ET DES EFFECTIFS MÉDICAUX

### *Une planification de la main d'œuvre et des effectifs médicaux fondée sur des concepts d'équipes interdisciplinaires et interorganisationnelles conformes aux meilleures pratiques*

Dans cette section, nous présenterons d'abord les stratégies développées pour faire face aux pénuries anticipées de la main d'œuvre pour ensuite nous attarder à la planification des effectifs médicaux.

### *La planification de la main-d'œuvre*

Les travaux en matière de planification de la main-d'œuvre nous indiquent que, s'il n'y a pas une augmentation significative du nombre d'effectifs formés dans plusieurs catégories de personnel de la santé et des services sociaux ni un renouvellement dans les modes d'organisation du travail, on se dirige à grands pas vers un manque d'effectifs dans certaines professions. La conséquence serait alors un risque important de diminution ou de rupture de services.

Les tableaux qui suivent représentent la synthèse de certaines des pénuries anticipées en Montérégie, extrapolées à partir des données provinciales.

TABLEAU 4 : PÉNURIES ANTICIPÉES DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ (2005-2016)

TITRE D'EMPLOI	Provincial		Montérégie		
	Effectif initial	Pénurie estimée 2005-2006	Pénurie estimée 2005-2006	Pénurie estimée 2010-2011	Pénurie estimée 2015-2016
Infirmière	63 894	1512	165	552	1 169
Pharmacien d'établissement	1 332	100	10	15	29
Orthophoniste	1 213	200	21	29	43
Ergothérapeute	3 126	175	16	8	19
Physiothérapeute	3 722	70	9	29	73
Technologue en radiodiagnostic	3 130	98	23	44	67
Inhalothérapeute	2 925	117	10	équilibre	5

TABLEAU 5 : PÉNURIES ANTICIPÉES DE PROFESSIONNELS EN SERVICES SOCIAUX ET SANTÉ MENTALE (2003-2016)

TITRE D'EMPLOI	Effectif initial	2003-2004 % des diplômés*	2005-2006 % des diplômés*	2010-2011 % des diplômés*	2015-2016 % des diplômés*
Psychologue	1 845	48	--	90	101
Travailleur social	3 439	88	81	102	116
Tech. en éducation spécialisée	10 491	64	61	71	88

(\*Pourcentage des diplômés que devra attirer le réseau de la santé et des services sociaux pour demeurer en équilibre si les admissions dans les programmes de formation demeurent les mêmes.)

Cette pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux se fait déjà sentir dans les établissements à des périodes spécifiques de l'année : vacances estivales, période des fêtes et relâche scolaire ou encore sur certains quarts de travail. Ce mouvement sera plus marqué à partir de 2008. La pénurie de main-d'œuvre s'explique par un ensemble de facteurs tels que la perte d'intérêt des jeunes envers les professions de la santé, le nombre variable d'inscriptions aux programmes de formation et la diplomation effective des candidats. L'impact de l'attrition et des départs à la retraite des premières cohortes d'infirmières qui atteindront en

2008 les 35 ans de contribution à leur régime de retraite sera également un facteur important pour cette catégorie d'emploi.

Que faire devant cette situation? Nos principales stratégies consistent à exploiter tout ce qui favorise la disponibilité, l'utilisation optimale, la rétention et l'attraction de la main-d'œuvre.

#### *La disponibilité*

Le statut d'emploi est un facteur important qui joue sur la capacité de rétention et la plus grande disponibilité au travail. Des indicateurs tels que la présence au travail, l'utilisation de l'assurance-salaire et la gestion des congés nous renseignent sur les variations de la disponibilité de la main-d'œuvre. On observe, par exemple, une augmentation moyenne d'heures travaillées dans les établissements qui consolident les statuts des postes en temps régulier. De même, on note que le pourcentage de congés sur les heures travaillées varie considérablement d'un établissement à l'autre. Il nous faudrait mieux comprendre ces variations afin de soutenir la gestion stratégique de la main-d'œuvre.

#### *L'utilisation optimale*

L'utilisation optimale des ressources humaines passe, quant à elle, par une révision des modes d'organisation du travail. En mettant en lien les différentes structures d'équipes de soins avec les volumes, la complexité et les indicateurs de qualité, il devient possible de dégager la structure de soins optimale dans des situations comparables. Malheureusement, peu de données probantes existent à ce sujet. En l'absence de telles données sur lesquelles se baser pour établir des orientations, on s'en remet à des interprétations très divergentes. Par ailleurs, il est évident que l'interdisciplinarité n'est pas toujours bien desservie par une lecture disciplinaire. C'est pourquoi l'utilisation optimale des ressources humaines requiert un leadership qui fait appel au dialogue entre les différents professionnels, dans une optique de hiérarchisation des pratiques professionnelles.

Bien sûr, le degré de professionnalisation de certaines équipes de soins peut avoir des effets positifs sur la qualité des services. Mais dans un contexte de pénurie, il nous faut trouver l'équation nous permettant d'atteindre non pas l'idéal, mais l'optimal. Avec une telle équation, il deviendra alors plus facile de s'engager dans une redistribution plus équitable des ressources humaines.

#### *La rétention*

Nous voulons aussi exploiter ce qui favorise la rétention du personnel. Nous pouvons nous inspirer de la recherche sur la pratique qui fait ressortir comme facteurs positifs : l'encadrement clinique, la qualité de l'environnement de travail, les conditions financières, l'organisation du travail, les conditions de pratique professionnelle, la formation et le perfectionnement<sup>50</sup>. Dans l'optique du transfert des connaissances organisationnelles, il faudrait aussi trouver des moyens de favoriser l'extension de la vie professionnelle du personnel plus âgé.

#### *L'attraction*

En augmentant la capacité de stage dans notre réseau pour les futurs professionnels, nous contribuons également à l'attraction d'un personnel qualifié et apte à travailler dans nos

organisations. À cet effet, un comité régional et des comités locaux ont déjà été mis sur pied pour travailler à la répartition des stages dans la région. Nous travaillons aussi à l'informatisation des stages afin d'arriver à une adéquation optimale entre l'offre et la demande de stages sur le territoire (on sait, par exemple, qu'on a besoin d'à peu près 55 000 jours de stage par session en Montérégie dans le domaine des soins infirmiers.)

Une planification stratégique de la main-d'œuvre qui tient compte de la disponibilité, de l'utilisation optimale et de la rétention du personnel, de même qu'une réflexion articulée autour du partage des ressources humaines sont souhaitables pour se préparer à faire face aux pénuries. Pour ce faire, nous aurons besoin de données probantes afin de soutenir les prises de décision en planification de main-d'œuvre.

### ***La planification des effectifs médicaux***

Du côté des effectifs médicaux, l'enjeu se situe à trois niveaux: 1) il y a une pénurie d'effectifs, 2) il semble y avoir une distribution inadéquate des effectifs par rapport aux besoins, et 3) nous n'avons pas de modèle objectif d'adéquation ni de standards reconnus ressources/besoins pour supporter la planification et la distribution des effectifs. De même, si le ministère prévoit un équilibre et même un surplus d'effectifs d'ici 10 à 15 ans, le défi restera la distribution équitable des ressources en fonction des besoins.

À cet égard, le système de planification des effectifs médicaux est basé sur une négociation qui se fait en premier lieu entre les producteurs de services et les agences. Or, dès cette première étape, on est aux prises avec le même manque de modèle théorique ou de données probantes nous permettant d'établir une adéquation entre les besoins réels et le nombre d'effectifs médicaux nécessaire. S'ajoute à cette première difficulté le fait que le calcul des effectifs se fait selon un principe simple : un individu représente un poste et ce, quel que soit le nombre de jours qu'il travaille dans un établissement. Or, plusieurs spécialistes pratiquent à plus d'un endroit. Cette mobilité médicale s'explique en partie par les mesures d'appoint (dont des politiques de rémunération plus avantageuses) mises de l'avant il y a quelques années pour répondre à des problèmes de pénuries.

Une deuxième difficulté est que plusieurs médecins ne travaillent pas exclusivement dans leur champ de pratique. Certains omnipraticiens se substituent aux spécialistes lorsque ces derniers ne sont pas présents en nombre suffisant. On a aussi des cardiologues, par exemple, qui font des cliniques d'hypertension alors qu'ailleurs les cliniques d'hypertension sont gérées par des internistes ou des omnipraticiens. D'ailleurs, l'organisation interne des services peut être tellement différente d'un établissement à l'autre qu'il est difficile de planifier des effectifs médicaux de façon cohérente.

Pour contrer ces difficultés, l'Agence doit travailler à partir d'une évaluation qualitative, basée sur l'expérience et la connaissance de son réseau et utiliser un certain rééquilibrage des demandes par des méthodes participatives qui font intervenir dans le processus la pression par les pairs et le jugement collectif.

Une fois cette première ronde de négociations terminée, l'Agence présente ensuite ses recommandations aux trois RUIS auxquels elle est reliée. S'ensuit un débat inter-RUIS sur les recommandations des différentes régions. Une proposition conjointe provenant des agences et

des RUIS est alors soumise à une table ministérielle où se retrouvent entre autres des représentants des fédérations médicales. C'est sur l'avis de cette table que le ministre statue sur la répartition des effectifs entre les régions.

Les plans d'organisation de médecine générale et de la médecine spécialisée permettront d'identifier les services à offrir en Montérégie, ainsi que leur organisation. Par conséquent, nous serons en mesure de préciser le nombre d'effectifs médicaux requis ainsi que leur répartition dans la région.

La stratégie de planification des effectifs médicaux et la stratégie de planification de la main-d'œuvre souffrent donc toutes deux de l'absence de modèles de base clairement documentés à partir de données probantes, ancrés dans les cultures, lesquels deviendraient la norme à atteindre et permettraient la planification rigoureuse et intégrée de nos ressources humaines.

## **5.7 DES ACTIVITÉS STRATÉGIQUES DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CLINIQUES ET DE GESTION**

### ***Des activités stratégiques de développement des compétences cliniques et de gestion alignées sur les modes d'intervention et d'organisation retenus comme les plus probants***

Dans la période actuelle de changement, le développement des compétences, en tant que levier de l'amélioration continue de la performance, permet d'habiliter les cadres et les cliniciens à œuvrer au quotidien, dans une optique de conformité aux meilleures pratiques professionnelles et de gestion.

Depuis plusieurs années, l'Agence, en lien avec le Comité régional de développement des cadres, propose un programme de développement des compétences génériques des gestionnaires adapté et offert directement dans les établissements. Cette offre s'est ajustée pour tenir compte des nouvelles réalités du réseau. Des sessions, présentées par des chercheurs et enseignants reconnus, ont été offertes sur la thématique de la gestion du changement, lié à l'implantation des réseaux locaux de services. Des réflexions avec les gestionnaires des établissements ont également permis un partage des connaissances et des meilleures pratiques en matière de gestion des ressources humaines et des compétences.

Le soutien régional au développement des compétences peut également compter sur une pratique établie d'accompagnement aux établissements qui a donné lieu à une stratégie intégrée de développement des compétences - réseau liée aux orientations des continuums. Afin d'avoir un impact sur la nouvelle organisation de services à la clientèle, cette stratégie, élaborée conjointement avec les établissements, est basée sur l'analyse, à l'intérieur des différents continuums, de l'écart entre les compétences requises et les compétences actuelles. Elle vise autant les gestionnaires que les intervenants cliniques.

L'approche de développement des compétences mise à profit par l'Agence au cours des dernières années repose sur le principe du « *juste-à-temps* », dans le sens de formations qui contribuent à « *développer la bonne compétence, au bon endroit dans l'organisation et chez la bonne personne* ». <sup>51</sup> Elle offre le potentiel d'aller plus loin en :

- ouvrant la réflexion sur des pratiques d'intervention probantes à l'intérieur d'un continuum;
- s'assurant de conditions favorisant le transfert des apprentissages, tout en tenant compte des structures d'organisation des établissements;
- capitalisant sur l'expertise terrain pour la formation de multiplicateurs et sur l'acquisition, dans un projet précis, de compétences individuelles et collectives;
- proposant des outils novateurs de soutien à l'intervention, construits avec le réseau et adaptés aux besoins des équipes des continuums (ex : Guide d'animation à la démarche clinique PSI, Guide d'initiation à la fonction de gestionnaire de cas, etc.);
- assurant le suivi post-formation par le soutien régional de coaching dans les établissements;
- mobilisant les connaissances et le partage d'expertise (ex : groupes d'échange électronique, conception d'outils d'aide à l'intervention, communautés de pratique, etc.);
- mettant de l'avant une « démarche qualité » des formations incluant le monitoring du maintien des compétences, l'utilisation d'indicateurs de résultats sélectionnés par les établissements et de grilles d'évaluation de la qualité de la compétence en milieu de travail;
- etc.

Ces façons de faire contribuent à soutenir et à outiller le réseau face aux défis du changement et, par le fait même, à la réalisation du projet clinique des établissements.

Les réseaux clinico-administratifs autour des continuums en cours de formation seront un lieu privilégié pour nous éclairer sur les actions prioritaires des continuums et les besoins émergents de développement des compétences, à la fois pour les gestionnaires et les cliniciens. Pour ce faire, ces réseaux doivent d'abord cerner les cibles d'amélioration auxquelles ils souhaitent s'attaquer. Le niveau régional pourra ensuite collaborer à l'analyse des activités clés correspondantes et à l'identification des compétences clés qu'il est nécessaire de développer. Le levier de développement des compétences s'articulera à partir de ce travail et en fonction des besoins spécifiques de chacun des continuums.

Un *Programme de développement des compétences* en appui à l'implantation du projet de santé et de bien-être de la Montérégie pourrait ainsi être élaboré et offert aux équipes des différents continuums. Visant à former des agents de changement dans leur organisation, ce programme comprendrait un tronc commun de base articulé autour d'axes de développement tels que :

- l'implantation de modifications de pratiques professionnelles et de gestion requises à l'intérieur des projets cliniques;
- l'utilisation de l'approche populationnelle à des fins de programmation de services en collaboration avec les partenaires du réseau local;
- les facteurs de succès de la mise en place d'équipes interdisciplinaires;
- la collaboration et l'art de négocier pour une mobilisation des partenaires autour du projet clinique;
- l'implantation de la gestion des compétences à l'intérieur d'une équipe performante;
- les méthodes d'appréciation de la performance;
- les principes d'amélioration continue de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services.

Ce programme pourrait s'actualiser à travers des activités de formation, des activités de coaching, de développement de communautés de pratique, de diffusion de recherches-action, etc.

De plus, en appui à la mise en place de chacun des continuums, des activités intégrées de développement des compétences en lien avec les orientations nationales, les choix régionaux et les priorités d'action, telles que l'implantation du PSI jeunesse et la gestion de cas en réseau intégré de services auprès des personnes âgées, pourraient également être offertes.

## **5.8 LA GESTION ET L'ALLOCATION JUSTE ET ÉQUITABLE DES RESSOURCES FINANCIÈRES, IMMOBILIÈRES ET TECHNOLOGIQUES**

### ***Une stratégie globale guidant la gestion et l'allocation juste et équitable des ressources, et fournissant les incitatifs appropriés, en fonction des besoins et des cibles d'amélioration retenues***

Dans cette section, nous examinerons de quelle manière les ressources financières, immobilières et technologiques peuvent contribuer à l'avancement du projet montérégien.

#### **1) Les ressources financières**

Depuis quelques années, le Ministère a introduit un nouveau mode d'allocation des ressources sur la base d'une approche populationnelle en tenant compte des caractéristiques régionales. À cette fin, le Ministère répartit le budget global du réseau de la santé et des services sociaux en trois volets : un budget de base auquel s'ajoute une allocation de développement et une allocation dite « de transition ».

L'allocation de développement vise à accroître la capacité de production des régions au regard de services spécifiques identifiés et normés à l'échelle nationale. Pour ce faire, on mesure, pour chaque service spécifique, l'écart entre le niveau de production actuelle de chacune des régions et la cible nationale. Les budgets de développement au niveau provincial sont alors calculés sur la base de l'écart à réduire pour atteindre le seuil national. Cette approche repose sur une logique volumétrique permettant d'atteindre, à terme, un niveau minimal de services pour certaines activités de services retenues.

L'allocation de transition repose, quant à elle, sur une logique populationnelle et un principe d'équité. La méthode de calcul utilisée permet de comparer les dépenses réelles d'un programme avec les dépenses « attendues ». Cette dernière mesure est établie en fonction des dépenses réelles auxquelles on retranche des engagements financiers associés à des activités ne pouvant pas faire l'objet de comparaisons interrégionales. La dépense attendue est ensuite appliquée à la population du territoire, elle-même pondérée par un ou des indicateurs de besoins. Les écarts entre les dépenses réelles (de référence) et les dépenses attendues (théoriques) sont ainsi mesurés à des fins de comparaison entre les régions. L'ampleur du rattrapage à réaliser permet d'ordonner les régions et de moduler financièrement les investissements à réaliser par programme pour réduire progressivement les écarts. À terme, cette approche de transition devrait permettre à chacune des régions de disposer d'une capacité d'intervention modulée en fonction des besoins et caractéristiques socio-sanitaires de sa population.

Par ce nouveau mode d'allocation, on tente de corriger le fait que la base budgétaire actuelle provient d'un montage historique qui représente en quelque sorte la somme cumulative des opportunités de développement de chaque établissement. On s'aperçoit d'ailleurs qu'il y a des disparités importantes non seulement entre les régions mais également entre les CSSS et les établissements régionaux d'une même région. Pour rectifier ces disparités locales, l'Agence souhaite s'aligner sur le mode d'allocation utilisé par le ministère de manière à en accroître l'acceptabilité et la faisabilité politique.

Cela dit, le mode d'allocation du ministère ne parviendra pas à lui seul à éliminer les disparités de financement entre les établissements puisqu'il est à peu près impossible de réduire les allocations sans causer de rupture de services. En effet, plusieurs établissements ont des engagements contractuels difficilement négociables qui leur laissent très peu de marge de manœuvre. Ainsi, une réduction significative de leur budget risquerait de compromettre l'accès aux services de base.

Une première stratégie qui pourrait favoriser un certain rééquilibrage consisterait à inviter les établissements à puiser à même leur budget actuel, les montants nécessaires à leur propre projet de transformation.

Une deuxième stratégie, plus contraignante, serait de retenir un faible pourcentage du budget de chacun des établissements (0,5% ou 1%) et de l'utiliser comme incitatif autour de cibles d'amélioration établies à partir de données probantes, telles celles découlant de l'étude sur la performance du réseau montréalais. Si une telle stratégie était adoptée, il faudrait toutefois s'assurer de tenir compte de la complexité des éléments en place et de la performance dans son ensemble. Par exemple, un établissement peut être relativement mieux doté dans un programme (cancer) et moins bien doté dans l'autre (santé mentale). Un tel scénario suggère un déplacement de ce qui correspond à l'excédent du budget affecté au cancer vers la santé mentale.

Jusqu'à maintenant, nous sommes restés prudents face à ces deux premières stratégies, étant donné les risques de déstabiliser, dans certains milieux, les services de base.

Une troisième stratégie pourrait être la constitution d'un fonds de transformation, construit à partir des allocations budgétaires de transition octroyées par le ministère et qui serait consenti, de façon explicite, pour soutenir des initiatives porteuses d'impact sur la santé en lien avec les pistes d'amélioration retenues dans le cadre de l'analyse des continuums d'intervention ou avec les travaux sur l'appréciation de la performance. Si cette dernière option était retenue, il faudrait toutefois tenir compte de l'équité inter-programmes.

## **2) Les ressources matérielles (immobilisations)**

Au niveau des immobilisations, il y aurait beaucoup à faire. Outre la vétusté de certains établissements, la configuration immobilière actuelle a été développée en fonction d'une offre de service « sectorisée » plutôt qu'intégrée et parfois même en fonction de l'espace disponible. En fait, tout porte à croire qu'il y aurait des gains d'efficacité certains en matière de ressources immobilières si on était capable d'investir au bon endroit et dans une perspective à plus long terme. Mais pour cela, nous avons besoin de plans directeurs immobiliers (PDI) nous

permettant de cerner les véritables problèmes à régler pour être ensuite plus efficaces autant en termes d'intégration de services qu'en termes de performance financière.

Le plan directeur immobilier force au préalable les établissements à se questionner sur leur offre de service actuelle et future. Peu d'établissements de la région ont produit un plan directeur immobilier à ce jour. Et l'Agence ne les a jamais invités de façon officielle à le faire. L'implantation des CSSS rend maintenant cet exercice de planification d'autant plus pertinent. Entre autres, la problématique reconnue du manque d'espace en CLSC pourrait très certainement être revue dans le cadre des PDI.

Certaines régions ont exigé de leurs établissements de produire des plans directeurs de maintien des actifs (PDMA). Cette approche n'a pas été retenue à ce jour en Montérégie. Les PDMA pourraient s'avérer un outil intéressant pour obtenir des données plus précises sur notre situation. Dans la même foulée, il pourrait être pertinent, suite à la programmation d'un CSSS, de voir un établissement considérer offrir les services de tous ordres (jeunesse, toxicomanie, réadaptation physique ou intellectuelle, etc.) sous un même toit ou du moins sur un même site. L'on pourrait également introduire des incitatifs pour permettre aux CSSS et aux établissements régionaux de co-habiter dans le but d'intégrer et de partager les services afin de mieux desservir la population.

### **3) Les ressources technologiques**

L'utilisation de nos ressources technologiques est aussi loin d'être optimale. Certains équipements sont inutilisés, d'autres ne correspondent plus à nos besoins, alors que d'autres encore sont inadéquats. Nous avons par ailleurs de bons équipements qui se retrouvent au mauvais endroit ou encore des équipements qu'on remplace tout en gardant les anciens. Il arrive aussi que des établissements investissent dans des équipements très sophistiqués au détriment de certains besoins de base.

Ici encore, la présence de plans directeurs fait défaut, le parc technologique s'étant beaucoup développé en fonction de demandes ou de circonstances ponctuelles ou d'opportunités budgétaires. À cet égard, le mode d'allocation des autorisations des équipements serait à revoir, car il arrive que des sommes particulières se libèrent pendant un temps limité, pour des équipements de haute technologie par exemple, et qu'il faille alors réagir rapidement à la disponibilité de ces montants plutôt qu'à partir d'une planification réfléchie à plus long terme. Un plan directeur des équipements doit être lié à une programmation et tenir compte autant du développement souhaité que de la maintenance des équipements en place.

En ce moment, tous les hôpitaux possèdent un inventaire de base de leurs équipements incluant des données telles que leur durée de vie, la date d'acquisition et leur coût de remplacement. Une analyse plus poussée de ces inventaires, complétée par des rencontres avec les chefs de services et les chefs de départements médicaux, faciliterait le développement d'un plan directeur d'équipements complet tout en favorisant la gestion du changement.

Puisque ces inventaires appartiennent aux établissements, il est difficile pour le moment de voir jusqu'à quel point le parc technologique est cohérent régionalement. Ces informations seraient pourtant fort utiles pour l'élaboration d'une programmation régionale. La possibilité de donner

une certaine allocation aux établissements qui acceptent de réaliser un plan directeur pour la technologie et l'immobilisation pourrait être envisagée.

Puisque l'optimisation de l'utilisation des équipements technologiques est en lien avec le développement du projet clinique et la hiérarchisation des services, les établissements devront en discuter entre eux et avec l'Agence. On connaît déjà les interventions à haut volume, déjà normalisées, appuyées sur des données probantes et des standards professionnels établis. Mais l'exploitation judicieuse du parc technologique pour mettre en œuvre ces interventions est un axe central difficile à opérationnaliser parce qu'elle requiert une expertise en génie biomédical. Or, nous avons l'expertise d'une équipe régionale en génie biomédical pour nous guider. Ce qui manque surtout pour l'instant, c'est la ligne de programmation à partir de laquelle travailler.

En matière de ressources, les besoins, comme les ambitions, peuvent être infinis. Mais les contraintes, notamment au regard de la main-d'œuvre et des ressources financières limitées, nous rappellent l'impératif de bien baliser nos efforts. Une définition claire et objective du cadre d'utilisation de nos ressources peut nous permettre de devenir sensiblement plus cohérent, efficace et efficient dans nos actions.

## **5.9 LE RENFORCEMENT DU RÔLE EFFECTIF DES CITOYENS DANS LES PROCESSUS DÉCISIONNELS ET L'APPRÉCIATION DES RÉSULTATS**

Enjeu majeur dans les débats sur l'organisation du système de santé depuis les trois dernières décennies, la participation citoyenne contribue nécessairement à la qualité de la gestion du système et ce, de plusieurs manières. D'abord, elle encourage les citoyens à s'exprimer sur le choix des valeurs qui doivent guider les compétences techniques et administratives. Elle permet de plus aux usagers à se prononcer sur la qualité des services. Elle permet par ailleurs de maintenir ou de rétablir le lien de confiance entre les citoyens et les services publics et d'obtenir plus facilement le soutien de la population lors de la mise en œuvre des décisions.

Plus spécifiquement, la littérature identifie trois principales fonctions à la participation citoyenne comme le démontre le tableau suivant<sup>52</sup>.

TABLEAU 6 : LES TROIS GRANDES FONCTIONS DE LA PARTICIPATION CITOYENNE

1) Information :	La participation permet d'échanger de l'information et de recueillir de l'information sur les valeurs et les préférences des usagers et de fournir de l'information pour éduquer le public et l'aider à exercer ses choix.
2) Conciliation :	La participation permet la conciliation entre les différents groupes d'intérêt, facilitant la compréhension mutuelle, favorisant l'inclusion de groupes vulnérables dans le processus de décision aux côtés des acteurs habituels du système.
3) Appropriation :	La participation facilite l'appropriation par la population des services publics qui lui sont destinés et qu'elle finance par ses impôts. Au départ, on peut souhaiter une meilleure transparence dans la prise de décision. À terme, l'engagement public dans les services publics permet une véritable transformation du système par un changement dans les priorités de services et d'allocation de ressources.

Pour remplir ces trois grandes fonctions, différentes méthodes de participation existent, plusieurs d'entre elles étant nécessaires pour atteindre tous les objectifs visés par la participation citoyenne.

La classification des méthodes de participation des citoyens de Boisvert et al.<sup>53</sup> propose cinq niveaux de participation regroupés sous trois grandes catégories.

TABLEAU 7 : CLASSIFICATION DES MÉTHODES DE PARTICIPATION CITOYENNE

I – Catégorie communication	
▪	Niveau 1 : Information et sensibilisation (publicité et marketing social, foires et expositions, trousse d'information, envois postaux, journées d'accueil, communiqués de presse, numéros 1-800, etc.)
II- Catégorie consultation	
▪	Niveau 2 : Recueil d'informations et d'opinions (sondages d'opinion, questionnaires, audiences publiques, groupes de concertation, réunions communautaires ou publiques, etc.)
▪	Niveau 3 : Discussion et participation du public (comités ou conseils consultatifs, télévote, ateliers, conférences thématiques, groupes de discussion en direct et serveurs de liste, etc.)
III- Catégorie engagement	
▪	Niveau 4 : Engagement des citoyens (ateliers de résolutions de problèmes, assemblées constitutives, journées de réflexion, tables rondes, etc.)
▪	Niveau 5 : Création de partenariat (jury de citoyens, conférences de consensus, sondages ou scrutins délibératifs, conférences d'investigation ou exploratoires, groupes d'étude, etc.)

Les obstacles à la participation citoyenne sont cependant très nombreux : difficulté de mobiliser les citoyens qui sont de plus en plus sceptiques face aux processus de consultation publique, influence des groupes d'intérêt plus structurés et influents politiquement par rapport aux individus, problèmes de communication avec les populations marginalisées, manque de moyens pour soutenir les démarches de participation, interférences politiques, échéances courtes et serrées, complexité des questions, longueur et lourdeur des processus, ressources humaines et financières limitées, solutions non-discutables, vision limitée, création d'attentes inutiles<sup>54</sup>.

La Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32), dont l'un des objectifs est d'améliorer la qualité des services offerts dans le réseau, prescrit un certain nombre de mécanismes de participation citoyenne.

Ainsi, au chapitre de la gouverne, la composition des conseils d'administration sera changée à partir de l'automne 2006 pour assurer une bonne représentativité de la population, des usagers et des différents groupes qui interviennent dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Les forums de la population sont maintenus. Coordonnés par le président-directeur général de l'agence régionale, ces forums sont composés de 15 à 20 membres désignés par le conseil d'administration pour une durée de 3 ans. Leur rôle est « d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être et de formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et de services sociaux disponibles et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de tels services » (art 343.2 de la loi).

Au chapitre du régime des plaintes, les fonctions des commissaires (locaux et régionaux) aux plaintes et à la qualité des services sont recentrées sur le respect des droits des usagers et leur pouvoir d'intervention est renforcé.

Des changements organisationnels sont également apportés dont la création de comités de vigilance et de la qualité qui seront mis en place par les conseils d'administration des établissements et des Agences, la formation d'un comité des usagers au sein de chaque établissement ainsi que la mise sur pied d'un comité de résidents dans chacune des installations d'hébergement d'un établissement.

Il y a donc une nette accentuation de tout ce qui est législatif pour stimuler la participation citoyenne avec cette loi. Cependant, dans le nouveau contexte de réorganisation des services de santé et des services sociaux, l'implication des citoyens dans la prise de décision amène une nouvelle dimension. En effet, dans une approche populationnelle, la participation citoyenne doit s'éloigner de la logique de la représentation, où le citoyen adopte un rôle de consommateur qui revendique des services, pour réfléchir davantage en termes d'amélioration de la qualité de vie de la collectivité et des moyens les plus efficaces pour y arriver.

L'Agence pourrait soutenir une participation des citoyens axée sur une approche populationnelle en fournissant aux conseils d'administration locaux des données probantes sur la performance de leur organisation et en les invitant à choisir un certain nombre de cibles à améliorer qu'ils pourront suivre tout en se préoccupant de l'équilibre budgétaire et de la saine administration publique. De même, le forum de la population, ainsi que le Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la

Montérégie et le Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux pour les communautés ethnoculturelles, pourraient avoir accès à de telles données de performance. Ces instances auraient de plus avantage à être reproduites localement. Enfin, on sait que l'une des meilleures pratiques en matière de participation citoyenne est l'implication de personnes atteintes de problèmes de santé particuliers, ou leurs proches, aux prises de décision relatives aux continuums d'intervention s'adressant à ces problématiques. La participation citoyenne dans le projet montérégien aurait donc avantage à s'exercer également à travers les réseaux de connaissances que nous mettons en place. La perspective des personnes aux prises avec les problématiques concernées enrichirait certainement les débats qui y auront lieu.

En bref, la participation citoyenne peut s'exercer :

- 1) par l'implication au regard de la performance de l'établissement et de la satisfaction de la clientèle au sein des instances suivantes :
  - le conseil d'administration;
  - le comité des usagers, le comité de résidents et le comité de vigilance et de la qualité;
  - le forum de la population et les comités d'accès aux services de langue anglaise ou pour les communautés ethnoculturelles;
- 2) par l'implication de personnes atteintes, ou leurs proches, au sein des différents continuums d'intervention.

## 5.10 LA MOBILISATION DU POTENTIEL DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

***La mobilisation du potentiel des technologies de l'information afin de soutenir un fonctionnement efficient des divers points de service des établissements distribués sur le territoire, une collaboration accrue entre les partenaires des réseaux et la création de valeur ajoutée à partir des informations cliniques et administratives disponibles***

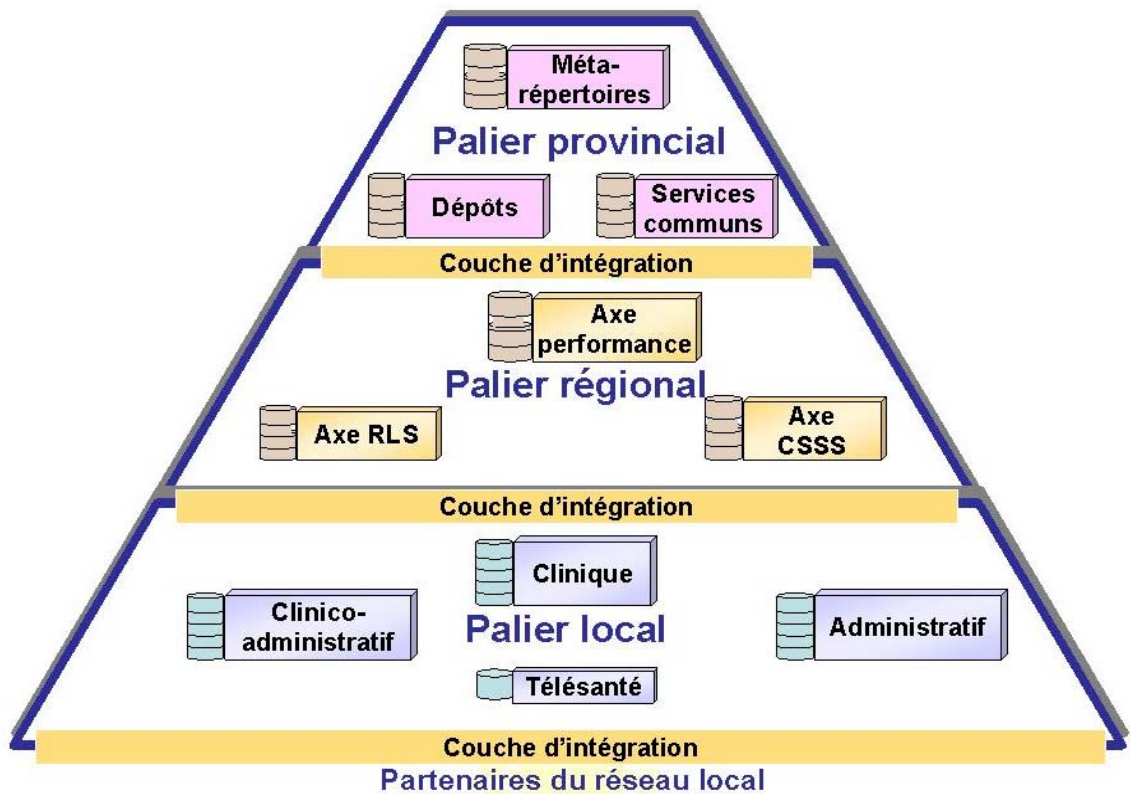
La recherche démontre l'influence favorable des ressources informationnelles sur plusieurs paramètres de la qualité, dont l'accessibilité, la continuité, l'efficacité, la sécurité et le rapport avantage-coûts des soins.<sup>55</sup> C'est pourquoi l'une des stratégies retenues par le réseau montérégien vise à faciliter l'atteinte des objectifs de la réforme par un recours accru aux technologies de l'information. Toutefois, plusieurs facteurs contextuels influencent la capacité effective d'implantation et l'histoire récente est riche en exemples de projets d'envergure qui se sont heurtés à de sérieuses difficultés d'implantation. Néanmoins, les transformations réussies ont été accompagnées d'investissements judicieux dans les systèmes d'information<sup>56</sup>.

En Montérégie, la valeur relative des ressources informationnelles compte pour 1,24% des actifs des établissements, alors que la moyenne provinciale est de 1,5% et que des investissements de l'ordre 2,5% sont jugés nécessaires pour optimiser le recours aux ressources informationnelles dans le domaine de la santé. Le développement informatique est une responsabilité partagée au niveau des CSSS et du technocentre régional localisé à l'Agence. Par ailleurs, il n'existait historiquement aucun mécanisme de gouvernance dédié ni d'enveloppe budgétaire protégée au niveau régional.

En 2005, en collaboration avec les partenaires, un plan stratégique triennal a été élaboré par l'Agence et approuvé son Conseil d'administration qui a convenu de « relever le niveau d'investissements en ressources informationnelles de la région au-dessus de la moyenne provinciale et de progresser vers l'atteinte des résultats mesurables dans ce dossier ». <sup>57</sup>

Pour atteindre les objectifs de la transformation, l'action à court terme vise d'abord à permettre à chacun des CSSS de bien fonctionner en tant qu'établissement nouvellement intégré. À cet égard, nous avons déjà réalisé des investissements au niveau de l'infrastructure informatique des systèmes d'information administratifs et pour la mise en place d'index clients unifiés dans chaque CSSS. En second lieu, le plan propose de soutenir la mise en réseau sur les territoires locaux en favorisant soutenant les échanges et les collaborations nécessaires entre les partenaires, notamment les médecins généralistes en cabinet sur le territoire. Troisièmement, le plan préconise la mise en place de systèmes d'aide à la décision visant l'amélioration continue de la performance du système de santé et de services sociaux montérégien.

SCHÉMA 7 : ARCHITECTURE DES SYSTÈMES D'INFORMATION DU RÉSEAU MONTÉRÉGIEN



Afin d'optimiser nos investissements, le plan propose la mise en commun d'infrastructures technologiques sur une base régionale. Les différents domaines d'affaires ont été étudiés, soit l'administratif, le clinico-administratif, le clinique et la télésanté. C'est en s'appuyant sur des facteurs critiques de succès, dont principalement l'appui des hautes directions, l'obtention d'un financement adéquat, un partage clair des rôles et responsabilités, ainsi que la maximisation des bénéfices tangibles, que nous aurons à relever le défi de mettre en place les différents projets au cours des trois années à venir.

Un budget vient d'être consenti par l'Agence pour amorcer le redressement souhaité dans chacun des réseaux locaux et pour assurer le financement de quelques projets à fort potentiel d'impact. Sur ce dernier point, les efforts de la région se feront en concordance avec les orientations d'Inforoute Santé Canada et le plan d'informatisation du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de manière à tirer profit de développements probants déjà réalisés ailleurs et des programmes de soutien financier disponibles. Enfin, la mise en place d'un réseau dédié aux ressources informationnelles, en lien avec le comité de coordination stratégique de la Montérégie et les autres réseaux de connaissances, devrait contribuer à optimiser les investissements en ressources informationnelles dans la région et à progresser vers l'atteinte des résultats mesurables dans ce dossier.

### **5.11 L'ENGAGEMENT DES PARTENAIRES AUTOUR D'ENTENTES DE GESTION ÉTABLISSANT LES OBJECTIFS D'AMÉLIORATION**

*L'engagement des partenaires autour d'ententes de gestion établissant les objectifs d'amélioration les plus déterminants pour l'amélioration de l'impact du système de santé et de services sociaux auprès de la population, compte tenu des actifs régionaux et de la disponibilité des ressources additionnelles*

Adoptée en mai 2000, la *Loi sur l'administration publique* oblige chaque ministère à établir un plan stratégique pluriannuel et à rendre compte de ses résultats à l'Assemblée nationale. En conséquence, depuis 2001, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* a introduit l'obligation de signer des ententes de gestion et d'imputabilité entre le ministère et les agences (articles 385.1 à 385.6) et entre les agences et les établissements (articles 182.1 à 182.6) pour répondre aux objectifs de gestion par résultats et de reddition de compte prescrits par la *Loi de l'administration publique*. Ces ententes de gestion annuelles déterminent les objectifs fixés par le ministère à une agence et leur atteinte est mesurée par des indicateurs convenus entre les parties signataires.<sup>58</sup>

Introduite dès l'année fiscale 2002-2003, cette modification des pratiques de gestion, qui implique une reddition de comptes beaucoup plus rigoureuse, s'est d'abord traduite par des ententes très étroitement reliées à des investissements financiers ciblés, de façon à suivre de près les résultats concrets découlant des budgets additionnels consentis. D'où le choix d'indicateurs de nature plutôt volumétrique, transmis aux agences à travers un cahier de charges qui précise également le cadre financier applicable ainsi que les règles de reddition de comptes.

Cependant, au fil du temps, d'autres indicateurs, répondant soit à des préoccupations ministérielles ponctuelles ou à des considérations politiques, sont apparus. Ainsi, les indicateurs reliés aux attentes administratives et ceux reliés aux activités de gestion courante, qui ne font pas partie des ententes de gestion ni l'objet d'une signature, se sont ajoutés et à eux, s'ajoutent encore, de temps à autre, des indicateurs « en expérimentation » ou « en développement ».

Plus récemment, la haute direction du ministère, en accord avec les présidents-directeurs généraux des agences régionales, a manifesté sa volonté de développer dans les prochaines années des indicateurs globaux et de qualité lui permettant de suivre l'ensemble des montants investis dans le secteur de la santé et des services sociaux et ainsi de pouvoir se prononcer sur la performance du système. La réflexion est d'ailleurs déjà amorcée à ce niveau avec la création d'un comité ministériel associant le Ministère et les agences.<sup>59</sup>

Ce développement rapide des ententes de gestion a obligé les agences et le réseau à réagir au fur et à mesure des changements, car le suivi d'indicateurs de gestion pose un certain nombre de défis. Outre les coûts reliés à l'extraction et à la compilation de données, il fallait aussi s'assurer de la collaboration des professionnels qui doivent compiler ces données et accepter que cette nouvelle tâche fasse désormais partie intégrante de leur travail. De plus, l'arrimage entre les systèmes d'information existants et les indicateurs retenus a demandé certains ajustements.

Parmi les autres défis à surmonter mentionnons les suivants : les problèmes d'harmonisation des données, la difficulté de trouver des indicateurs pertinents pour rendre compte des résultats des activités à caractère plus social que médical, toutes les questions entourant la qualité et la validité des indicateurs retenus, le choix d'une méthodologie pour établir des seuils et des cibles et une volonté de plus en plus présente de suivre l'ensemble des activités du secteur de la santé et des services sociaux sans augmenter indûment le nombre d'indicateurs de suivi.

Malgré ces défis importants, les ententes de gestion, qui s'améliorent d'année en année, peuvent servir de levier au projet montérégien. Car, bien qu'imparfaits, la plupart des indicateurs sont en lien avec des cibles d'amélioration pertinentes au projet clinique de chacun des établissements. À ces indicateurs communs pourraient être ajoutés des indicateurs plus spécifiquement reliés aux écarts observés dans notre appréciation de la performance globale. Les ententes de gestion nous permettraient alors de gérer une certaine part du budget en fonction de l'évolution de cibles d'amélioration identifiées conjointement avec les CSSS. Le cumul de ces indicateurs locaux donnerait une couleur montérégienne à notre entente de gestion avec le ministère et nous permettrait de démontrer si globalement le projet montérégien en santé et en services sociaux va de l'avant. Ces indicateurs « montérégiens » seraient également inclus dans notre rapport de gestion au ministère ainsi que dans notre rapport annuel d'activités. De façon plus générale d'ailleurs, il est souhaitable que les ententes de gestion permettent aux établissements et aux agences d'évoluer vers une reddition de comptes simplifiée qui s'inscrirait plus facilement dans nos rapports annuels d'activités.

Les ententes de gestion peuvent soutenir puissamment l'amélioration de notre système régional, surtout si on y retrouve les principaux dossiers structurants tels les caractéristiques du projet clinique par groupes de continuums, des éléments du plan d'action régional de santé publique, les plans directeurs d'immobilisation, les plans directeurs de développement technologique, la planification de la main-d'œuvre, etc. en s'assurant de la convergence de toutes ces actions.

Cette perspective nous amènerait à nous poser des questions intéressantes, pertinentes, parfois embarrassantes, mais utiles et nécessaires. Les réponses à ces questions pourraient se retrouver dans le plan stratégique pluriannuel, qu'on prendrait soin d'aligner avec le plan stratégique ministériel, tout en y ajoutant nos particularités locales et régionales.

## 5.12 DES STRATÉGIES CONVERGENTES AU SEIN D'UNE PLANIFICATION INTÉGRÉE

*L'intégration de l'ensemble de ces stratégies en un tout cohérent à l'intérieur d'une planification stratégique triennale apte à améliorer l'efficacité globale du système régional de santé et de services sociaux ainsi que l'impact favorable de ses interventions sur la santé et le bien-être de la population*

Depuis janvier 2004, le projet montérégien a progressivement évolué et nous avons maintenant atteint une étape charnière de son développement. Pour la suite, nous comptons sur un ensemble de réseaux régionaux qui détiennent une grande expertise des principaux leviers à déployer pour la modernisation du système régional. Nous sommes également en mesure de nous appuyer sur des données probantes de qualité afin d'orienter les prochaines étapes du changement. Mais revoyons d'abord brièvement le trajet parcouru.

D'abord centré sur l'appropriation des principes généraux de la réforme et la mise en place des changements structurels, nos travaux ont ensuite permis la conversion pratique de la vision, la refonte des mécanismes de participation régionaux et la réorganisation de l'Agence. Pendant ce temps, les établissements ont amorcé leurs propres travaux de mise en réseau avec leurs partenaires et se sont donnés une lecture à jour des données disponibles sur les besoins de la population et sur leur offre courante de services. De plus, des cadres régissant les collaborations avec les deux grands partenaires des réseaux locaux de services, à savoir les organismes communautaires et les médecins membres du Département régional de médecine général, ont été adoptés.

Nous disposons à ce moment-ci de plusieurs informations hautement significatives pour la prise de décision. En effet, le contexte provincial est maintenant bien balisé par le biais de la planification stratégique 2005-2010, du cahier des charges des ententes de gestion 2006-2007 et de divers plans d'action sectoriels autour des priorités ministérielles (personnes âgées, santé mentale, etc.). Régionalement, nous disposons de données à jour sur l'état de santé et de bien-être de la population de la Montérégie et d'une analyse du tableau de bord de la première année de suivi des ententes de gestion. Nous venons de plus de compléter un bilan exhaustif des services généraux en établissement dans la région. À cela s'ajoute le fruit de deux projets commandités par l'Agence, menés par des équipes de recherche de premier plan au Québec : un premier rapport d'appréciation de la performance du réseau montérégien, réalisé par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et un rapport de recherche sur l'accessibilité, la continuité et la configuration des services médicaux de première ligne en Montérégie, réalisé par une équipe conjointe du Centre de recherche de l'hôpital Charles Lemoyne et de l'Institut national de santé publique. Enfin, les enseignements glanés à travers l'étude des meilleures pratiques aux États-Unis tout au long de mon année à titre d'Associé canadien au programme international Harkness en politiques de santé constituent un autre intrant précieux.

À cet ensemble d'informations précieuses s'ajoute le présent document synthèse élaboré en collaboration avec l'équipe de direction de l'Agence relativement au cadre de mise en œuvre du projet montérégien. C'est sur cette base que nous sommes maintenant en mesure de débattre des défis relatifs à l'implantation avec un groupe d'experts chercheurs et décideurs de la région, du Québec, du Canada et de Grande-Bretagne. Ce débat fera l'objet du 4<sup>e</sup> colloque montérégien sur les réseaux locaux de services qui prendra la forme d'un processus de délibération sur

invitation, permettant de statuer avec les participants sur les données probantes applicables à notre contexte régional.

Nous serons donc en mesure de compter sur un riche ensemble de données probantes aptes à soutenir la formulation par le CCSM des orientations à retenir afin de réussir l'implantation des réseaux. Et c'est sur cette même assise que nous souhaitons engager une démarche de planification stratégique régionale 2007-2010.

*Une démarche convergente, fondée sur les données probantes et portée par les réseaux régionaux*

Le caractère structurant de la planification comme levier permettant de canaliser les efforts des organisations a été bien décrit.<sup>60</sup> Cet élément viendra unifier en un tout cohérent et convergent l'ensemble des stratégies abordées dans ce document. L'objectif de la démarche sera d'amener les intervenants à préciser les résultats atteignables, sur la base de nos valeurs, des ressources à notre disposition, des services que nous sommes en mesure d'offrir et des buts à notre portée. La planification stratégique permettra également de cerner la contribution distinctive de chaque domaine d'expertise à l'atteinte de ces finalités partagées, et de préciser les collaborations nécessaires.

Les travaux s'enclencheront sur la base des orientations formulées par le Comité de coordination stratégique, appuyés sur les données probantes générées à ce jour et sur celles qui viendront enrichir le processus décisionnel au fur et à mesure de l'avancement de la démarche.

La spécification des éléments à retenir dans le plan stratégique s'appuiera sur l'expertise et la participation active des divers réseaux régionaux : les réseaux clinico-administratifs, les réseaux - partenaires et les réseaux - ressources. À cet effet, le soutien des experts du réseau, de l'Agence, de courtiers de connaissances et de chercheurs devra être assuré.

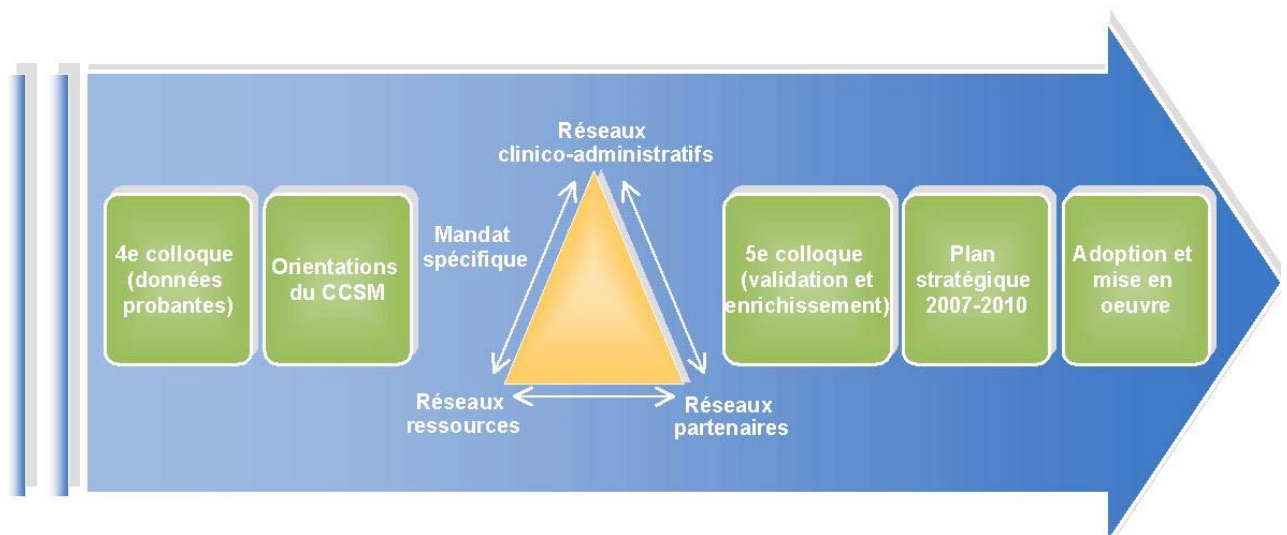
Les réseaux clinico-administratifs piloteront la mise à jour des pistes d'action, en s'appuyant sur les travaux d'appréciation de la performance au regard des continuums sous leur responsabilité, et préciseront les stratégies de gestion des connaissances pertinentes. Les travaux des réseaux - partenaires viendront clarifier les contributions respectives de chaque grand partenaire de même que les stratégies de mobilisation des acteurs ainsi que les règles régissant les collaborations requises. Les travaux des réseaux - ressources viendront enfin clarifier les stratégies d'action à privilégier pour mobiliser le plein potentiel des différentes ressources à notre disposition afin d'actualiser les pistes d'action retenues. À titre d'exemple, les grandes stratégies à retenir au regard des plans de main d'œuvre et d'effectifs médicaux, des plans de gestion des ressources technologiques, humaines, financières et immobilières seront précisées.

La démarche permettra par ailleurs une mise en commun en mi-parcours de manière à assurer une validation et un enrichissement des travaux de chacun des réseaux, et une fertilisation croisée, à la faveur du 5<sup>e</sup> colloque montréalais sur les réseaux locaux de services à l'hiver 2007. Il apparaît également à la fois probable et souhaitable qu'à travers ces différents processus participatifs, les intervenants des établissements puissent tirer profit des propositions émergentes en cours de processus pour procéder aux divers ajustements dans leurs propres processus décisionnels d'établissements et ainsi procéder aux ajustements qu'ils jugeront nécessaires.

Par la suite, la planification stratégique d'ensemble sera produite et approuvée par le CCSM aux fins de la consultation. Celle-ci sera dûment soumise à un processus de consultation formel auprès des gouvernes des établissements de même qu'auprès des instances consultatives de l'Agence, incluant le Forum de la population. Au terme de ce processus consultatif, la planification stratégique sera amendée et présentée au conseil d'administration de l'Agence pour approbation et déposée aux autorités ministérielles par le président-directeur général.

À l'heure actuelle, notre intention est de réaliser l'ensemble du processus de manière à ce que les ententes de gestion 2007-2008 et suivantes puissent inclure les résultats et les stratégies identifiés comme prioritaires dans le cadre de la planification stratégique.

SCHÉMA 8 : LA DÉMARCHE DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE



## 6. CONCLUSION

Dans le cadre de leur engagement à l'égard d'une transformation durable du système régional, les dirigeants acceptent de collaborer afin de susciter la collaboration et mobiliser progressivement l'essentiel des forces effectives de leadership présentes dans les différents milieux, au niveau de la gestion et au niveau clinique. C'est ainsi que nous serons en mesure de développer des réseaux locaux de services performants, intégrés au sein d'un réseau régional cohérent, efficace et efficient.

Nous sommes engagés dans un projet d'une grande complexité. Comme toutes les interventions complexes, le projet régional de santé de la Montérégie demeure une entreprise fragile, nichée dans plusieurs systèmes en mouvance. Il aura à parcourir un long voyage avant d'arriver à la destination ambitieuse qu'on a choisie pour lui. Le trajet sera non-linéaire, marqué d'imprévu. Parce qu'il s'agit d'un projet audacieux qui remet en cause le statu quo, le projet ne se fera pas que des amis. Il y en a même déjà que le projet dérange. Certains tenteront vraisemblablement de s'y opposer. Il faudra savoir reconnaître les éléments constructifs des critiques formulées et garder le cap.

L'une des conditions de succès les plus significatives résidera dans notre capacité à progresser suffisamment pour atteindre un point de non-retour. C'est déjà un acquis en ce qui concerne les éléments structurels de même que pour les concepts qui sous-tendent la vision. Il nous faut maintenant réussir à instituer la nouvelle dynamique coopérative de gouvernance en mode réseau que nous avons esquissée dans ce document.

Le projet comporte bien sûr certaines limites dont nous sommes conscients et sûrement d'autres que nous avons encore à découvrir. Notre objectif est de susciter un échange constructif de points de vue avec une gamme variée de collègues pour mieux cerner les aspects à améliorer ou à revoir, les lignes de force à approfondir, les ajouts à faire, etc. Le partage de ces connaissances viendra soutenir la poursuite de cet extraordinaire objectif qui nous anime, peut-être l'un des plus extraordinaires qui soit, celui d'améliorer la santé de la population sous notre responsabilité.

## 7. RÉFÉRENCES

---

<sup>1</sup> INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Les soins de santé au Canada 2004*, Ottawa, ICIS, 2004, p. 11-70.

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=AR\\_43\\_F](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_43_F)

<sup>2</sup> G. Ross BAKER, et autres, « The Canadian adverse events study : the incidence of adverse events among hospital patients in Canada », *CMAJ*, vol. 170, n° 11, May 25, 2004, p. 1678-1686.

<sup>3</sup> FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ, *Bulletin Liens*, vol. 8, n° 1, printemps 2005.

<sup>4</sup> MINISTÈRE DES FINANCES DU QUÉBEC, 2005.

<sup>5</sup> Jean ROCHON, « Renouveau du leadership et évaluation des services de santé et des services sociaux au Québec », in *Colloque montréalais sur les réseaux locaux de services* (3<sup>e</sup>, Boucherville, 10 juin 2005).

[http://www.rrsss16.gouv.qc.ca/Barre\\_Navigation/AGENDA/10\\_juin\\_2005/presentation\\_J\\_Rochon.pdf](http://www.rrsss16.gouv.qc.ca/Barre_Navigation/AGENDA/10_juin_2005/presentation_J_Rochon.pdf)

<sup>6</sup> FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ, *Tirer davantage des connaissances, outils et stratégies*, Ottawa, FCRSS, mars 2005, 25 p.

<sup>7</sup> Steven LEWIS, et Denise KOURI, « Regionalization : making sense of the Canadian experience », *Healthcare Papers*, vol. 5, n° 1, 2004, p. 12-31.

<sup>8</sup> Mentionnons, entre autres, les suivantes :

H. L. BLUM, *Planning for health : generics for the eighties*, New York, Human Sciences Press, 1981, 462 p.

C. BOELEN, *Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*, Genève, OMS, 2002, 93 p.

INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.), COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21<sup>st</sup> century*, Washington, National Academy Press, 2001, 337 p.

C. J. L. MURRAY, et A. D. LOPEZ, *Global comparative assessments in the health sector : disease burden, expenditures and intervention packages*, Geneva, WHO, 1994, 196 p.

*Primary health care : report of the International Conference on Primary health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Septembre 1978*, Geneva, WHO, 1978.

*Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Rapport Castonguay-Nepveu)*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1967-1972, 7 vol.

---

Geoffrey ROSE, « Sick individuals, sick populations », *International journal of epidemiology*, vol. 14, n° 1, 1996, p. 32-38.

<sup>9</sup> Taïeb HAFSI, et Christiane DEMERS, *Comprendre et mesurer la capacité de changement des organisations*, Montréal, Éditions Transcontinental, 1997, 322 p.

<sup>10</sup> Henry MINTZBERG, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Éditions d'organisation, 1982, 434 p.

<sup>11</sup> John P. KOTTER, *Leading Change*, Boston, Harvard Business School Press, 1996, 187 p.

<sup>12</sup> Denis A. ROY et Luc BOILEAU, « Managing radical change to create evidence-based governance : the Monteregian Health Project », in *International conference on the scientific basis of health services : improving health by advancing healthcare* (6<sup>e</sup>, Montréal, 18-20 Septembre, 2005)  
[https://icsbhs.securewebsite.net/index\\_eng.html](https://icsbhs.securewebsite.net/index_eng.html)

<sup>13</sup> Marc LALONDE, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1974.  
[http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_f.pdf)

<sup>14</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Copenhague, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe, 1986.

<sup>15</sup> FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ (Canada), *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, Sainte-Foy, Éditions MultiMondes, 1998.  
[http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/1997-nfoh-fnss-v1/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/1997-nfoh-fnss-v1/index_f.html)

<sup>16</sup> Robert G. EVANS, Morris L. BARER, et Theodore R. MARMOR, eds, *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*, New York, Aldine de Gruyter, 1994, 378 p.

<sup>17</sup> CANADA, SANTÉ CANADA, *Site de Santé Canada*, [En ligne].  
[http://www.hc-sc.gc.ca/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/index_f.html) (Page consultée le 24 avril 2006)

<sup>18</sup> *Idem*.

<sup>19</sup> CANADIAN COUNCIL ON HEALTH AND SERVICES ACCREDITATION, *Shaping the future : the journey towards quality*, Ottawa, CCHSA, January 2005, 14 p.

<sup>20</sup> QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, MSSS, 2003, 133 p.  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf>

<sup>21</sup> EUROPEAN COMMISSION, HEALTH AND CONSUMER PROTECTION, DIRECTORATE-GENERAL, *The contribution of health to the economy in the European Union*, Luxembourg, Office for official publications of the European Communities, 2005, 134 p.  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/Documents/health\\_economy\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf)

---

<sup>22</sup> David EDDY, « Evidence-based medicine : a unified approach », *Health affairs*, vol. 24, n° 1, January-February 2005, p. 9-17.

<sup>23</sup> Carolyn CLANCY, et Kelly CRONIN, « Evidence-based decision making : global evidence, local decisions », *Health affairs*, vol. 24, n° 1, January-February 2005, p. 151-162.

<sup>24</sup> FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ, *Conceptualiser et regrouper les données probantes pour guider le système de santé : rapport final*, Ottawa, FCRSS, 2005, 48 p.

<sup>25</sup> Michael GIBBONS, et autres, *The new production of knowledge : the dynamics of science and research in contemporary societies*, Thousand Oaks, Calif., Sage Publications, 1994, 179 p.

<sup>26</sup> Ralph D. STACEY, *Strategic management and organizational dynamics : the challenge of complexity*, 4<sup>th</sup> ed., Upper Saddle River, NJ, Prentice-Hall, 2003.

<sup>27</sup> Paul E. PLSEK, et T. GREENHALGH, « Complexity science : the challenge of complexity in health care », *BMJ*, vol. 323, n° 7313, September 2001, p. 625-628.

<sup>28</sup> INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.), COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21<sup>st</sup> century*, Washington, National Academy Press, 2001, 337 p.

<sup>29</sup> Alain RONDEAU, « Transformer l'organisation : vers un modèle de mise en œuvre », in *Transformer l'organisation : la gestion stratégique du changement*, Montréal, Revue gestion, 2002, p. 91-112.

<sup>30</sup> Peter SENGE, et autres, *The dance of change : the challenges to sustaining momentum in learning organizations*, New York, Currency Doubleday, 1999, 596 p.

Pierre COLLERETTE, et Robert SCHNEIDER, *Le pilotage du changement : une approche stratégique et pratique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1996, 365 p.

<sup>31</sup> Denis A. ROY, *Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population*, Longueuil, ADRLSSSS de la Montérégie, juin 2004, 46 p.

<sup>32</sup> P. F. DRUCKER, *The essential Drucker : selection from the management works of Peter Drucker*, New York, HarperBusiness, 2001, 358 p.

<sup>33</sup> Suzanne WAIT, et Ellen NOLTE, « Benchmarking health systems : trends, conceptual issues and future perspectives », *Benchmarking : an international journal*, vol. 12, n° 5, May 2005, p. 436-448.

INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.), COMMITTEE ON REDESIGNING HEALTH INSURANCE PERFORMANCE MEASURES, PAYMENT, AND PERFORMANCE

---

IMPROVEMENT PROGRAMS, *Performance measurement : accelerating improvement*, Washington, National Academies Press, 2006, 294 p.

<sup>34</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, Genève, OMS, 2000, 237 p.

<sup>35</sup> THE COMMONWEALTH FUND, *Commonwealth Fund commission on a high performance health system releases chartbook assessing the U.S. health system*, [En ligne].  
[http://www.cmwf.org/newsroom/newsroom\\_show.htm?doc\\_id=302841](http://www.cmwf.org/newsroom/newsroom_show.htm?doc_id=302841) (Page consultée le 25 avril 2006)

<sup>36</sup> F. CHAMPAGNE, et autres, *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS*, Montréal, GRIS, 2005, 182 p.

<sup>37</sup> *Idem*.

<sup>38</sup> CENTRE FRANCOPHONE DE RECHERCHE EN INFORMATISATION DES ORGANISATIONS, *Travailler, prendre et collaborer en réseau : guide de mise en place et d'animation de communautés de pratique intentionnelles*, Québec, CEFRIO, 2005, 114 p.  
<http://www.cefr.io.qc.ca/pdf/GuideCommunautes.pdf>

<sup>39</sup> FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ, *Notions sur les réseaux II : réseaux de connaissances*, Ottawa, FCRSS, [s.d.], 3 p.  
[http://www.fcrss.ca/knowledge\\_transfer/pdf/network\\_notes\\_2\\_f.pdf](http://www.fcrss.ca/knowledge_transfer/pdf/network_notes_2_f.pdf)

<sup>40</sup> RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, *Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie : plan d'action régional 2004-200*, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, 2003, 159 p.

<sup>41</sup> Christian VIENS, et autres, *Évaluation des effets du programme Les médicaments : Oui... Non... Mais!*, Longueuil, ADRLSSSS de la Montérégie, 2005, 147 p.

<sup>42</sup> B. STARFIELD, B. L. SHI, et J. MCKINKO, « Contribution of primary care to health systems and health », *Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 3, 2005, p. 457-502

<sup>43</sup> M. I. ROEMER, « Hospital utilisation and the healthcare system », *American Journal of Public Health*, vol. 66, n° 10, October 1976, p. 953-955.

<sup>44</sup> Kevin GRUMBACH, et Thomas BODENHEIMER, « Can health care teams improve primary care practice? », *JAMA*, vol 291, n° 10, March 10, 2004, p. 1246-1251.

<sup>45</sup> J. M. DUKERICH, B. R. GOLDEN, et S. M. SHORTELL, « Beauty is in the eye of the beholder : the impact of organizational identification, identity, and image on the cooperative behaviors of physicians », *Administrative science quarterly*, vol. 47, n° 3, September 2002, p. 507-533.

<sup>46</sup> L. CASALINO, R. R. GILLIS, S. M. SHORTELL, et autres, « External incentives, information technology and organized processes to improve healthcare quality for patients with chronic diseases », *JAMA*, vol. 289, n° 4, January 2003, p. 434-41.

<sup>47</sup> E. A. MCGLYNN, S. M. ASCH, J. ADAMS, et autres, « The quality of healthcare delivered to adults in the Unites States », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 26, June 26, 2003, p. 2635-45.

<sup>48</sup> P. DEGELING, et autres, « Practitioner perspectives on objectives and outcomes of clinical governance: some evidence from Wales », in *Governing medicine : theory and practice*, Buckingham, Open University Press, 2004, p. 60-77.

<sup>49</sup> Marie-Dominique BEAULIEU, et autres, *La collaboration entre médecins de famille et médecins spécialistes : pratique souhaitée / pratique réelle : le grand écart*, Montréal, Université de Montréal, Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale, 2005, 57 p.  
[http://www.medfam.umontreal.ca/chaire\\_sadok\\_besrouer/ressource/PDF/Collaboration\\_fr.pdf](http://www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrouer/ressource/PDF/Collaboration_fr.pdf)

<sup>50</sup> QUÉBEC (PROVINCE), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières au Québec*, Québec, MSSS, 2003, 122 p.

<sup>51</sup> Dominique BOUTEILLER, « Les approches par compétences : succès, écueils, dérives! », in *Journée bilan sur la gestion des compétences*, Association des Centres Jeunesse du Québec (Québec, 16 novembre 2005)

<sup>52</sup> P.-G. FOREST, J. ABELSON, et autres, *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*, Québec, CSBE, 2000, 61 p.

<sup>53</sup> Y. BOISVERT, et K. PRÉMONT, *Les méthodes de consultations publiques : analyse et description*, Montréal, Laboratoire d'éthique publique, ENAP / Chaire Fernand Dumont, Institut national de la recherche scientifique, urbanisation, culture et société, 2003, 152 p.

<sup>54</sup> CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Participation et consultation des citoyennes et citoyens en matière de santé et de bien-être*, Québec, CSBE, 2004, 59 p.

<sup>55</sup> Jan WALKER, et autres, « The value of health care information exchange and interoperability », *Health affairs*, vol. 24, suppl. web, January/June 2005, p. w5-10--w5-18.

<sup>56</sup> *Idem.*

<sup>57</sup> AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, *Plan stratégique régional des ressources informationnelles de la Montérégie*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, novembre 2005, 142 p.  
[http://www.rsss16.gouv.qc.ca/Menu\\_Gauche/4-Publications/3-Monographies\\_Orientations\\_Rapports/Orientations/dgic\\_pub\\_PSRRI.pdf](http://www.rsss16.gouv.qc.ca/Menu_Gauche/4-Publications/3-Monographies_Orientations_Rapports/Orientations/dgic_pub_PSRRI.pdf)

---

<sup>58</sup> QUÉBEC (PROVINCE), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Ententes de gestion et d'imputabilité entre le Ministère de la santé et des services sociaux et les Agences de santé et de services sociaux : cadre de référence*, Québec, MSSS, janvier 2006.

<sup>59</sup> QUÉBEC (PROVINCE), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence sur la sélection des indicateurs des ententes de gestion et d'imputabilité : document de travail*, Québec, MSSS, Janvier 2006, p. 3.

<sup>60</sup> Henrik L. BLUM, *Planning for health*, New York, Human Sciences Press, 1981, 462 p.

Raynald PINEAULT, et Carole DAVELUY, *La planification de la santé*, Montréal, Éditions Nouvelles, 1995, 480 p.



1255, rue Beauregard,  
Longueuil (Québec) J4K 2M3  
Téléphone : (450) 928-6777  
Télécopieur : (450) 679-6443  
Site Internet : [www.rrsss16.gouv.qc.ca](http://www.rrsss16.gouv.qc.ca)

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie

Québec 