

Infolettre

Évolution des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé



Volume 6, Numéro 3, Octobre 2009

Les défis pour les médecins de première ligne à travailler en réseau

Un enjeu des réorganisations actuelles en santé est de mettre en place des modes d'organisation et de fonctionnement en réseau. Les médecins de première ligne, par exemple, sont appelés à participer activement à des réseaux. Mais quels sont les défis que ces changements créent dans leur pratique individuelle ainsi que pour les organisations de santé ? Deux articles de ce numéro sont consacrés à cette question.

Sous la rubrique *Thema*, Dr Jacques Ricard présente quelques initiatives qui témoignent d'une volonté d'arrimer plus étroitement la pratique médicale au développement actuel de l'organisation des soins et services dans les réseaux locaux de santé. Il expose les éléments qui favorisent le développement de tels arrimages, les enjeux pour la profession médicale et les opportunités présentes dans le contexte actuel.

Dans *Point de vue*, Diane Lyonnais présente une initiative de collaboration avec les médecins mise en place par le CSSS de Vaudreuil-Soulanges, en donnant un point de vue de gestion sur ce qui doit être fait pour faciliter le travail en réseau.

Ce numéro d'Infolettre se termine par un rapport de Stéphanie Lloyd, Janie Houle et Nathalie Dubois, stagiaires postdoctorales et boursières du programme AnÉIS. Leur article présente une synthèse d'un débat public sur les interventions complexes tenu en mai dernier. Ce débat venait clôturer le programme de formation stratégique [AnÉIS](#), financé pendant sept années par les Instituts de recherche en santé du Canada. Au cours de ces années, le programme AnÉIS a formé une soixantaine de boursiers, étudiants au doctorat et stagiaires postdoctoraux. Le programme a également mis sur pied un [micro programme de 3^e cycle](#) en évaluation des interventions en santé.

Bonne lecture!

DANS CE NUMÉRO :

<i>Mot de bienvenue</i>	1
<i>L'évaluation des interventions complexes : quelques éléments de réflexion</i>	1
<i>Thema - Le défi pour des médecins de première ligne à travailler en réseau</i>	2
<i>Point de vue - Le défi pour les médecins de première ligne à apprendre à travailler en réseau; la contribution des gestionnaires?</i>	6
<i>Événements</i>	9

An English version of this newsletter is available at www.medsp.umontreal.ca/getos

L'évaluation des interventions complexes : quelques éléments de réflexion

Par **Stephanie Lloyd, Janie Houle et Nathalie Dubois**, stagiaires postdoctorales et boursières du programme de formation stratégique en analyse et évaluation des interventions en santé ([AnÉIS /IRSC](#)), Université de Montréal.

Le 6 mai dernier s'est tenue à l'Université de Montréal une activité publique de réflexion-débat portant sur l'évaluation des interventions complexes (voir le [programme](#)). Cette activité clôturait le programme de formation stratégique [AnÉIS/IRSC](#) (Analyse et évaluation des interventions en santé), financé pendant sept années consécutives par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Animée par Zulmira Hartz et Céline Mercier, cette demi-journée a réuni divers spécialistes en évaluation des programmes de santé. Monsieur André-Pierre Contandriopoulos a débuté l'activité en précisant les enjeux conceptuels, méthodologiques et opérationnels de l'évaluation des interventions complexes. Puis, les autres panelistes ont présenté, tour à tour, une stratégie méthodologique leur permettant d'aborder la complexité dans leurs évaluations : l'approche configurationnelle (Nassera Touati), l'analyse logique (Astrid

(suite à la page 7)

Thema

Le défi pour des médecins de première ligne à travailler en réseau

Dr Jacques Ricard, M.D., M.Sc., Médecin conseil à la DOSPLI (Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés) du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, et coordonnateur médical dans le CSSS de la Haute-Yamaska

Depuis quelques années la pratique de la médecine familiale au Québec subit d'importantes transformations qui altèrent les conditions d'exercice des médecins de première ligne ainsi que l'offre de services de santé primaires. Trois phénomènes incitent fortement à poser des gestes concrets afin de redonner à la médecine familiale toute son importance dans la dispensation des soins de santé :

- la difficulté, pour une partie importante de la population du Québec, à avoir accès à un médecin de famille.
- la baisse significative de l'intérêt pour la médecine familiale de la part des jeunes médecins.
- l'attrait de plus en plus marqué chez les omnipraticiens à travailler en milieu hospitalier, les amène à délaisser la prise en charge en première ligne.

Comment peut-on améliorer l'environnement actuel de l'omnipraticien en première ligne et le rendre attrayant pour la relève médicale ? Dans le contexte actuel où les demandes de la population dépassent largement l'offre de services, le développement d'une pratique médicale en réseau s'offre comme alternative incontournable pour les médecins de première ligne.

Éléments de contexte

Qu'est-ce qui peut inciter les médecins à apprendre à travailler en réseau et à s'y impliquer activement? La pression de la demande est fort probablement le facteur déterminant. Les médecins qui travaillent en première ligne sont constamment assaillis de demandes pour une prise en charge de nouveaux patients. Ils vivent tous les jours le « syndrome du NON » : « non, je ne peux vous prendre comme nouveau patient, je suis complet, mes

prochains rendez-vous sont dans six mois », etc. Dans un contexte où le Québec est la province où l'accès aux services de première ligne est le plus difficile, les médecins veulent trouver une solution à cette situation intenable.

Paradoxalement, l'offre des médecins omnipraticiens québécois en deuxième ligne est supérieure à tout ce qui est observé dans les autres provinces. Ainsi, d'après les données 2006-2007 de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), 39 % des médecins omnipraticiens offrent des services en deuxième ligne. Et les médecins omnipraticiens qui ont une pratique exclusive en deuxième ligne (soit 90 % et plus de leur rémunération) sont de 21 % pour l'ensemble des médecins omnipraticiens et 36 % pour les médecins omnipraticiens qui ont 10 ans et moins de pratique médicale (Paré & Ricard, 2008). Par comparaison, en Ontario on retrouve seulement 9 % des médecins omnipraticiens en établissement.

D'autres constats peuvent expliquer certaines difficultés de la pratique médicale de première ligne au Québec, notamment la difficulté de s'engager dans une pratique polyvalente, l'arrimage parfois difficile avec les services de deuxième et de troisième ligne, le retard de l'informatisation des cabinets privés québécois par rapport à ceux des autres provinces, etc.

Le travail en réseau : une plus value selon la littérature scientifique et les expériences probantes

Cette section passe en revue les résultats récents de diverses recherches sur des expériences d'organisation des soins et services de première ligne en réseau.

Le Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec

Le collectif de recherche visait, à partir des travaux en cours ou terminés récemment au Québec, à évaluer certains modèles d'organisation de soins et de services de première ligne, leurs effets sur la continuité, ainsi que sur l'accessibilité et la globalité de ces services. Le principal message du collectif de recherche est que les expériences où on accorde une place plus importante aux pratiques plutôt qu'aux structures sont celles qui donnent les meilleurs résultats. La création des Centres de services de santé et de services sociaux (CSSS) au Québec aura une portée limitée si elle ne s'appuie pas principalement sur la transformation des pratiques professionnelles de première ligne. On souligne également que l'introduction de mécanismes organisationnels, comme les réseaux intégrés de services, la collaboration interprofessionnelle et les nouvelles technologies d'information et de communication ne semblent pas réduire les coûts totaux des services mais contribuent plutôt à déplacer les coûts des services institutionnels vers les coûts des services dispensés par les partenaires de la communauté.

Pour le collectif de recherche, deux conditions sont indispensables à la réussite des projets d'organisation des soins :

- la participation des médecins qui ne font pas partie du réseau public institutionnel;
- le développement de relations de confiance entre les acteurs concernés.

Une attention particulière doit être apportée à ces deux conditions et aux mesures incitatives qui peuvent faciliter leur réalisation.

Le collectif de recherche a retenu des stratégies à privilégier pour favoriser la collaboration entre les personnes et les organismes :

- au niveau professionnel, la présence d'intervenants qui améliorent la coordination des soins et des services (intervenant pivot, gestionnaire de cas, infirmière de liaison);
- en ce qui concerne les outils communs, la présence de protocoles de soins cliniques est identifié comme un levier important.

Parmi les stratégies de collaboration, la mise en place de réseaux est généralement plus développée lorsqu'appuyée sur la création d'alliances autour de la prestation de services. Ces réseaux exigent l'élaboration d'accords inter-établissements et de corridors privilégiés entre les lignes de service.

L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec (Pineault et al, 2008)

Cette étude du D^r Raynald Pineault, affilié à la Direction de la santé publique de Montréal et à l'Institut national de santé publique du Québec, portait sur l'expérience de soins des utilisateurs de services de première ligne dans les différents modes d'organisation à Montréal et en Montérégie. Nous retenons particulièrement la conclusion générale de l'étude qui indique qu'il faut « capitaliser sur le grand potentiel de la première ligne et avoir une stratégie de système, fondée sur l'inclusion des organisations (toutes) de première ligne dans des réseaux intégrés ».

Le succès des réseaux en Alberta

L'Association médicale de l'Alberta, Santé et bien-être Alberta et neuf régies régionales de cette province ont conclu un accord-cadre en 2007 dans lequel la notion de réseaux est au centre de la stratégie générale de la réforme des soins de santé primaires. Cet accord a permis de

déterminer des incitatifs pour les médecins à former des alliances tout en respectant leur autonomie. Les objectifs communs poursuivis sont : la prise en charge de la clientèle sans médecin, la mise en commun des dossiers médicaux et une campagne de promotion de saines habitudes de vie. Actuellement, cet accord a donné lieu à la création de 18 réseaux.

Conditions de succès

En résumé, les études et les expériences probantes démontrent que pour favoriser l'émergence de réseaux en première ligne, les conditions suivantes sont souvent présentes :

- des orientations claires provenant d'un niveau central de gouvernance;
- des incitatifs aux médecins pour leur participation active au réseau;
- des investissements de ressources en première ligne (professionnelles et informationnelles);
- des ressources de liaison et de coordination;
- la poursuite de changements dans les pratiques professionnelles;
- des alliances formelles entre les prestataires de soins.

Les actions concertées de réseautage de la première ligne au Québec

Au Québec, qu'avons-nous actuellement comme actions concertées qui lient principalement les ressources médicales ?

Le CMDP et la table territoriale du DRMG : deux solitudes

Actuellement, il existe au Québec deux groupes de médecins qui partagent des activités médicales sur un même territoire sans nécessairement travailler en réseau : le groupe du CMDP (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens) du CSSS et le groupe de la table territoriale du DRMG (Département régional de médecine générale). Ces groupes sont au cœur de l'organisation médicale et des services médicaux du réseau local de services

(RLS). Le premier groupe, CMDP, est davantage lié à la mission hospitalière des CSSS et comprend tous les médecins qui ont des privilèges dans le CSSS. Ces médecins donnent des services de première ligne, de deuxième et de troisième ligne. Le deuxième groupe, la table territoriale du DRMG est composée de représentants médicaux venant des cabinets privés et des CLSC (Centres locaux de services communautaires). Le DRMG local a comme mission l'organisation et la dispensation des services médicaux de première ligne sur le territoire. Même si parfois les mêmes médecins travaillent en première ligne et en deuxième ligne, rares sont les ententes formelles de réseau ou de complément de services entre ces deux groupes médicaux. Cet état de solitude a des impacts particulièrement importants sur la continuité des soins et la pratique médicale. Par exemple dans le cas d'un patient qui n'a pas de médecin de famille, il est difficile d'assurer le suivi de ce patient après son hospitalisation. D'autre part, le médecin dans son cabinet se sent souvent seul particulièrement lorsqu'il a besoin d'avoir accès aux ressources spécialisées pour le suivi de sa clientèle.

La notion même de réseau local de services devra être au cœur du rapprochement entre ces deux groupes médicaux. Au sein de la table territoriale du DRMG, la présence du représentant médical de l'établissement est assurée par le directeur médical ou directeur des services professionnels (DSP). Par contre la réciproque est exceptionnelle, rarement un représentant du DRMG est invité à siéger au sein de l'exécutif du CMDP ou à la table des Chefs de département du CSSS.

Les Groupes de médecins de famille (GMF) et les Cliniques-réseaux (CR) : un premier réseau de la première ligne

Lors du dernier recensement effectué en août 2009 (source : MSSS) il y avait au Québec 196 GMF qui regroupaient 2 635

médecins omnipraticiens et 33 CR avec 646 médecins. Ce développement très appréciable des GMF et des CR a permis de bâtir un premier réseau entre les médecins de la première ligne, et ainsi qu'avec les CSSS. Le développement de GMF avec multiples sites, des GMF dont les médecins proviennent de cabinets privés et de CLSC, des ententes formelles entre les CR et les GMF, sont des exemples qui démontrent que le travail en réseau s'organise et peut être efficace. Ces réseaux se sont bâtis comme une solution à la pénurie médicale et ont comme objectif de favoriser la continuité des soins et l'accessibilité aux services médicaux sur un territoire donné. L'expérience de réseautage des GMF et des CR nous permet d'établir un constat : les médecins qui travaillent dans ces réseaux expriment clairement leur satisfaction à travailler dans ces modèles d'organisation.

Actions concertées : ce qui est nouveau

Le coordonnateur médical local

Depuis le mois de juillet 2008, à la suite d'une entente entre le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), chacun des territoires des CSSS a la possibilité de nommer un coordonnateur médical local. L'entente précise : « sous l'autorité du DRMG et dans le cadre du réseau local de services de santé et de services de son territoire, le médecin coordonnateur local, en lien avec le CSSS, collabore à l'organisation et à la coordination des services médicaux de première ligne du territoire en cause ». La nomination du coordonnateur se fait par le DRMG après recommandation de l'exécutif du CMDP du CSSS. Cette recommandation par le CMDP vise à reconnaître le leadership du coordonnateur médical à l'intérieur du CSSS pour lui donner la légitimité nécessaire à l'exercice de ses fonctions et un lien formel avec le groupe médical de l'établissement.

Deux des quatre fonctions du médecin coordonnateur sont au centre de la fonction réseau entre les médecins de la première ligne, les services de deuxième ligne, le CSSS et le réseau local de services, soit :

- Participer à la **création de mécanismes** favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne ainsi que les services médicaux spécialisés (plateau diagnostique et thérapeutique).
- Faciliter le fonctionnement des **réseaux de première ligne** particulièrement en regard de l'organisation d'une garde locale, du partage de l'offre de services pour les heures défavorables, des services diagnostiques accessibles aux médecins omnipraticiens et de la définition des projets cliniques sur son territoire.

Le guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille

La mise en place du guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille est un mandat prioritaire du coordonnateur médical et fait suite à l'entente négociée entre le MSSS et la FMOQ dans un objectif d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux. Le guichet d'accès représente un premier pas où la table territoriale du DRMG et le CSSS avec l'aide du coordonnateur médical se donnent une vision de responsabilité populationnelle en accordant une priorité d'accès à un médecin de famille selon des critères cliniques. On peut considérer le guichet d'accès comme l'établissement d'un réseau formel entre la première et la deuxième ligne pour assurer l'accessibilité à un médecin de famille

Un an après l'entrée en vigueur de ces nouvelles actions, nous avons actuellement 78 CSSS avec un coordonnateur médical nommé sur un potentiel de 90

CSSS et 67 CSSS avec un guichet fonctionnel. Ces résultats aussi encourageants et aussi rapides ont été possibles car la mise en place en place du guichet d'accès comportait différents éléments favorables à la création d'une telle concertation, notamment :

- Un guide national d'implantation proposé conjointement par le MSSS et la FMOQ
- Un processus accepté par l'instance locale des médecins de première ligne : le DRMG
- Une personne pivot : le coordonnateur médical local
- Un objectif commun de la table territoriale du DRMG : la prise en charge de la clientèle sans médecin de famille
- Des incitatifs financiers à la prise en charge par les médecins
- Un processus de référence basé sur des critères cliniques et validé par le DRMG selon la réalité locale
- Une adhésion volontaire des médecins à participer au guichet d'accès

Actions concertées : les enjeux à venir au niveau local

L'accueil clinique pour les cas subaigus

Pour le médecin de la première ligne, l'accès aux plateaux techniques et aux ressources spécialisées est un enjeu majeur dans l'organisation de son travail. Le médecin qui a un patient dans son cabinet pour lequel il a besoin d'un support diagnostique rapide face à une condition médicale qui le préoccupe a deux choix actuellement : il essaie d'obtenir un rendez-vous avec les services de deuxième ligne (laboratoires, imagerie médicale, médecins spécialistes) en essayant de coordonner l'ensemble des demandes, ce qui peut être très laborieux, ou il réfère le patient à l'urgence pour investigation et suivi.

La création d'un accueil clinique vise à améliorer la continuité des soins et des

services du médecin de famille en diminuant le recours à l'urgence. Cet accueil clinique est un élément de réseautage qui peut être très puissant, car il permet de créer des liens formels entre les médecins de la première ligne et les ressources spécialisées de la deuxième et de la troisième ligne, dont les médecins spécialistes. Les accueils cliniques qui se sont développés au Québec (CSSS Pierre Le Gardeur, CSSS St-Jérôme, etc.) se sont bâtis sur des ententes dans le cadre desquelles les médecins de la première ligne et les médecins spécialistes se sont entendus sur des protocoles d'investigation en fonction de tableaux cliniques. Cette concertation clinique entre médecins pour le suivi de la clientèle amène un élément de réseautage centré sur la pertinence et la qualité du suivi médical.

Comme dans la mise en place du guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille, les mêmes éléments favorables à la création d'une entente de réseau entre la première et la deuxième ligne doivent être présents soit : le leadership de la table territoriale du DRMG, une personne pivot en la présence du coordonnateur médical local, des incitatifs organisationnels de la part du CSSS comme une infirmière liaison et la collaboration des médecins spécialistes.

D'autres actions concertées au niveau local doivent être mises en place si on veut donner aux médecins de la première ligne un environnement qui favorise le travail en réseau. À l'exemple de l'Alberta, il faut favoriser la mise en commun des informations cliniques entre les médecins. Pour ce faire, il faut soutenir le processus d'informatisation des dossiers médicaux dans les cabinets privés qui accusent un retard considérable au Québec.

Il faut aussi encourager la pratique de collaboration dans les GMF où des médecins suivent conjointement avec des infirmières des clientèles spécifiques (HTA, diabète) selon des ordonnances collec-

tives. Actuellement ces initiatives de suivi conjoint en réseau avec d'autres professionnels sont à leur début. Il faudrait qu'il y ait des incitatifs pour déployer ces initiatives de suivi conjoint en réseau à d'autres clientèles, en particulier les clientèles qui sont atteintes de maladies chroniques. Il faut développer autour d'un groupe de médecins un noyau de professionnels (pharmacien, travailleur social, psychologue, nutritionniste, professionnel de la réadaptation) pour assurer une meilleure prise en charge et créer un environnement plus valorisant pour la médecine familiale.

Conclusion

Le travail en réseau entre les médecins de la première ligne représente un grand défi et il doit se faire à une échelle locale pour ne pas dire « humaine ». L'importance de mettre en commun nos ressources, en particulier les ressources médicales présentes en première et en deuxième ligne, devient la seule alternative pour pouvoir répondre à la demande si forte en soins et en services par rapport aux ressources disponibles dans le milieu. Il faut au niveau national des orientations claires qui vont prioriser cette organisation de travail avec des incitatifs pour les médecins et aussi pour les autres professionnels à travailler en réseau. Des investissements dans les ressources informationnelles en première ligne sont primordiaux pour supporter ces réseaux. Les expériences des réseaux actuels démontrent la nécessité d'investir au niveau des ressources de liaison et de coordination pour soutenir les changements et le suivi des alliances.

Stephen M. Shortell, auteur et chercheur américain qui a beaucoup écrit sur les systèmes intégrés de santé, propose un modèle pour bâtir un réseau intégré : « The Building Blocks of Integration » (Shortell, 1993). Comme premier élément de ce modèle, il faut une nouvelle culture de « management ». Le réseautage entre acteurs de la première ligne et l'instance locale (CSSS) doit faire partie de cette nouvelle culture de « management » du RLS. Les

trois premières assises à la base du modèle de Shortell sont : un système d'échange d'informations efficace, des processus d'amélioration continue de la qualité telle que des lignes directrices et un système d'incitatifs à participer au réseau.

Il faut que les médecins de la première ligne sentent que de travailler en réseau représente « la force des maillons faibles ». Qu'à travers mon réseau local, à l'échelle de mon travail, de ma clinique, de mon groupe, je me sens soutenu dans ma pratique médicale, je partage une responsabilité envers mes patients, j'y participe avec mes connaissances, et que nous avons un objectif commun.

Références

Paré I, Ricard J., *Le profil des médecins omnipraticiens québécois 2006-2007*. Montréal, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) 2008.

Pineault, R., Levesque, J.-F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P., & Haggerty, J. (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*. Rapport de recherche soumis aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), Québec, Institut national de santé publique du Québec. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777_ServicesPremLignes.pdf

Pineault, R., Tousignant, P., Roberge, D., Lamarche, P., Reinharz, D., Larouche, D., Beaulne, G., & Lesage, D. (2005). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport Synthèse* (2005). Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. 29 p. http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/summary_report_f.pdf

Shortell, S., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Mitchell, J.B., Morgan, K.L. (1993). *Creating Organized delivery Systems : The Barriers and Facilitators*. Hospitals and Health Services Administration, 38(4): 447-466 ♦

Point de vue

Le défi pour les médecins de première ligne à apprendre à travailler en réseau; la contribution des gestionnaires?

*Diane Lyonnais * et Dominique Pilon successivement directrice et directeur des services généraux, spécifiques et de santé publique au CSSS de Vaudreuil Soulanges*

Tous les territoires de CSSS (Centre de santé et de services sociaux) sont conviés à une mobilisation des médecins de première ligne afin que ces derniers travaillent en réseau avec eux. Plusieurs initiatives et projets porteurs commencent à se concrétiser principalement autour de la prise en charge de clientèles orphelines et d'accueil clinique centralisé pour l'accès aux spécialités. Toutefois, le défi demeure d'envergure et trop souvent le focus porte principalement sur l'analyse des conditions médicales pour la réussite de tels projets. On oublie parfois la contribution particulière des gestionnaires de CSSS pour obtenir les changements souhaités. L'expérience vécue au CSSS de Vaudreuil Soulanges fut riche d'apprentissages.

Ce territoire de 130 000 habitants connaît une forte croissance démographique, possède un faible ratio de médecins omnipraticiens, n'a pas de centre hospitalier sur son territoire et les médecins de première ligne doivent composer avec une forte pression de la clientèle et plusieurs corridors de services spécialisés à établir dans trois régions différentes (Montréal, Ontario). Il a été possible d'implanter un projet de prise en charge de clientèles orphelines permettant de donner l'accès à un médecin de famille à 523 nouvelles personnes sur une période de 18 mois.

Comment créer ce partenariat avec les médecins? Comment réussir le travail en réseau avec les médecins de cabinet privés et les GMF dans un contexte de pénurie et de surcharge? Le défi est de taille, mais possible.

L'observation des actions leviers et des résultats obtenus a amené le CSSS à dégager quelques conditions gagnantes pour favoriser l'émergence et la mise en œuvre d'un travail en réseau avec les médecins de première ligne sur son territoire.

Ces conditions de succès sont regroupées sous quatre rubriques soit; les conditions organisationnelles, les acteurs clés, les moyens de concertation et les stratégies aidantes.

Au chapitre des **conditions organisationnelles**; il fut remarqué et apprécié que le Centre de santé se définisse avec cohérence. En préparation au travail de concertation et de partenariat avec les médecins des cabinets privés, le CSSS ne doit pas négliger de se définir, se présenter aux médecins du territoire avec une idée intégrée et précise de sa mission, ses valeurs, ses orientations et priorités. La visibilité de la direction générale et le témoignage de son engagement dans les projets de travail en réseaux créent de la confiance et confèrent de la crédibilité aux projets. La pertinence d'expliquer à plus d'une reprise le sens de la responsabilité populationnelle pour le CSSS est une condition importante qui constitue un levier à la mobilisation médicale. Les gestionnaires associés aux services médicaux doivent reconnaître l'absolue nécessité de rapprocher les deux mondes, le monde médical et le monde de l'organisation des services, rapprocher le monde des cliniques médicales privées du monde de la gestion publique.

Des **acteurs clés** sont des atouts importants. La directrice générale, les cadres supérieurs et les cadres de premier niveau se doivent d'être porteurs d'un même message persuasif et mobilisateur, centré sur la plus value pour la clientèle du travail en réseau. Les cadres impliqués dans l'actualisation et les outils de support pour la mise en œuvre de projets méritent d'être choisis selon leur crédibilité, leur expérience et leur potentiel de stabilité. Pour le démarrage du projet, les gestionnaires doivent apprendre à gérer le risque et investir financièrement pour garantir une stabilité au projet. Il faut rendre tangible la réelle démonstration de leur volonté de bâtir un réseau de services avec les médecins des cabinets privés. L'attitude des acteurs clés dans le projet (cadres, infirmières, personnel de soutien) est fondamentale et ici on recherche un nouveau rendez-vous positif entre les deux cultures organisationnelles. Pour faire un bon partenariat, il faut que les médecins sentent que leur réalité est comprise sans jugement. Il faut donc s'investir différemment dans le travail d'équipe avec les médecins et rompre avec les traditionnelles oppositions

Quelques **moyens concrets** furent associés au succès de l'implantation du projet d'accès à un médecin de famille. La création d'une table de concertation impliquant un représentant de chaque clinique médicale avec les cadres du CSSS, laquelle structure fut supportée en secrétariat et logistique par le CSSS. Une chargée de projet dédiée et choisie par les médecins de même que des outils simples pour sui-

* Diane Lyonnais a quitté le CSSS de Vaudreuil Soulanges en décembre 2008. M. Dominique Pilon lui a succédé. Dominique Pilon est l'actuel directeur de programme et assume la responsabilité des services médicaux courants

vre l'évolution du projet comptent sans équivoque dans les conditions gagnantes de mobilisation des médecins.

Quelques stratégies aidantes furent expérimentées au profit d'une collaboration porteuse de résultats avec les médecins. Le fait d'accepter dès le départ le statut particulier des cliniques médicales et des normes en vigueur dans leurs organisations est fondamental. Beaucoup de flexibilité et de communications sont requises afin de créer cette ouverture au travail en réseau et à l'innovation. L'accompagnement du personnel dans le changement de vision pour une meilleure

collaboration médicale nécessite une bonne somme d'énergie, mais l'investissement est nécessaire. La contribution du DRMG local, son implication et la recherche d'une complicité avec lui est fondamentale. Enfin, l'ajout d'incitatifs financiers a été une confiance et la pérennité du projet. L'idée à retenir ici pour un CSSS c'est qu'il faut donner avant de demander la contribution. Les médecins doivent vraiment mesurer de façon concrète la plus value à travailler avec le réseau de première ligne.

Enfin, il fut stratégique d'éviter avec les médecins les sujets qui ont généralement

l'effet d'éloigner le corps médical du monde de la gestion. On fait référence ici aux sujets portant sur les difficultés financières du CSSS, la pénurie d'effectifs et la bureaucratie administrative.

En conclusion même si le défi est de taille, les gestionnaires doivent s'y aventurer, gardant à l'esprit que la confiance est fragile. L'énergie pour arriver aux objectifs attendus sera facilitée par le maintien d'un focus sur la supériorité du travail en réseau pour le client, et à ce chapitre tous ceux qui ont prêté le serment d'Hippocrate seront sensibles à cet argumentaire rassembleur et mobilisateur. ♦

L'évaluation des interventions complexes : quelques éléments de réflexion

(suite de la page 1)

Brousselle) et l'évaluation réaliste (Valery Ridde). Le débat qui a suivi ces présentations a porté sur cinq questions permettant de faire ressortir les similitudes et les différences entre les diverses stratégies d'évaluation, dans un effort pour faire évoluer et éventuellement unifier la pratique de l'évaluation des interventions complexes. L'objectif du présent article est de présenter une synthèse des échanges qui ont eu lieu entre les présentateurs et l'auditoire sur ces cinq questions.

1. La nature des interventions ou un programme est-il toujours complexe?

Les présentateurs et les participants ont exprimé des croyances relativement unificatrices quant à la complexité des programmes mis en œuvre dans le domaine de la santé. Dans le cadre de ces programmes, il n'y a ni contrôle sur les sujets ni prévisibilité sur les résultats, comme c'est le cas, par exemple, dans les essais cliniques randomisés. De plus, les gestionnaires et les professionnels impliqués dans la planification et le déploiement des programmes modifient continuellement la nature des interventions au fil du temps, tout comme le font les utilisateurs des

programmes et les évaluateurs qui participent à l'évaluation des interventions. La reconnaissance de cette grande complexité ne devrait toutefois pas paralyser les évaluateurs. L'évaluation des interventions complexes implique plutôt d'identifier les facteurs contextuels les plus importants et de tenter de mieux les saisir à l'intérieur d'un temps et d'un espace donné. Dans l'analyse finale, les résultats devraient être situés dans la complexité de leur contexte, afin de représenter le plus fidèlement possible l'environnement réel dans lequel se déroule l'intervention.

2. Quel est le rôle de la connaissance dans l'évaluation?

Les évaluateurs doivent accepter l'existence de plusieurs formes de connaissances dans l'étude des interventions en santé. Les essais cliniques randomisés produisent une forme de connaissance qui n'est toutefois pas l'unique forme de connaissance pouvant soutenir la formulation d'un jugement quant à la valeur d'une intervention. Alors que pour certains participants, les évaluateurs des interventions complexes devraient privilégier une connaissance « contextualisée », pour d'autres, les évaluateurs

devraient se concentrer sur la détermination de l'efficacité des interventions. Toutefois, un consensus plus large a émergé quant au rôle que doit exercer l'évaluateur dans la construction de la connaissance émergente des travaux d'évaluation. Les participants étaient d'accord sur le fait que l'évaluateur crée, au cours du processus d'évaluation, une forme spécifique de connaissance scientifique contextualisée. En créant cette connaissance, les évaluateurs évoluent en équilibre sur un fil qui oscille entre le fait de fournir une information détaillée pouvant représenter adéquatement le contexte d'une intervention, mais s'avérer trop complexe pour les décideurs publics, ou simplifier à outrance les informations de manière à ce que l'environnement particulier d'une intervention apparaisse sans importance. Les présentateurs ont mentionné que les théories, les modèles et les logiques d'intervention demeurent des outils importants pour aider les évaluateurs à décider dans quelle mesure une étude devrait être détaillée et comment les résultats devraient être utilisés et présentés, tant au cours des premières étapes d'interprétation que lors de la diffusion et de la formulation des recommandations.

3. *Quelle est la place accordée au contexte dans nos évaluations ?*

Les présentateurs étaient d'accord sur l'importance de prendre en considération le contexte dans lequel se déploie le programme évalué ainsi que l'évaluation elle-même (par exemple : action humaine, changement de l'efficacité d'un programme dans le temps, effet de la présence de l'évaluateur), quitte à en compliquer la planification et la réalisation. L'identification des conditions que l'évaluateur juge essentielles pour produire les effets désirés aidera à mieux gérer le processus d'évaluation dans un environnement complexe. Parmi les autres moyens suggérés pour mieux comprendre le contexte d'une intervention, on mentionne l'adoption d'une approche longitudinale ou la prise en compte des perspectives de plusieurs acteurs impliqués dans l'intervention.

4. *Quelles méthodes d'évaluation devraient être utilisées ?*

Quelles que soient les méthodes utilisées, le produit d'une évaluation doit être utile aux décideurs du secteur de la santé. L'utilisation de protocoles d'évaluation peut aider à contrôler le processus d'évaluation des interventions complexes en aidant à stabiliser les méthodologies de l'évaluateur. Le fait de documenter le processus d'évaluation, en écrivant, par exemple, régulièrement dans un journal de bord et en utilisant ces notes pour guider nos réflexions sur le processus de l'évaluation, permet à l'évaluateur de comprendre les limites de son travail et d'identifier les éléments de l'intervention ou du contexte qui peuvent ne pas avoir semblés importants de prime abord. L'usage d'un journal de bord assure l'auto-régulation des évaluateurs. Le bénéfice secondaire du journal de bord, au-delà de garder l'attention de l'évaluateur sur les buts à atteindre, est de favoriser le travail en équipe multidisciplinaire et la comparaison des différentes perspectives tout au long du processus d'évaluation.

Bien que la formule classique « effet brut = effet net + effet externe + biais » s'applique

difficilement à l'évaluation des interventions complexes, cela ne doit pas conduire à un nihilisme méthodologique. La clef pour évaluer des interventions complexes est de reconnaître qu'il y a un nombre à peu près illimité de facteurs en constante évolution (c'est-à-dire le contexte) qui affectent la mise en œuvre et les effets d'un programme. Cependant, après avoir reconnu ce fait, l'évaluateur doit décider de la manière dont il circonscrit son étude, et identifier les facteurs qui sont les plus importants à analyser. Après avoir sélectionné ces facteurs, l'évaluateur doit faire preuve de réflexivité et se rappeler qu'il n'étudie qu'une partie du phénomène, sur une période donnée et dans un environnement précis.

5. *Quel est le rôle de l'évaluateur ?*

L'évaluation étant un processus interprétatif, il est fort probable que chaque évaluateur aura un jugement différent face à une évaluation. Des divergences d'opinion ont été exprimées lors du débat relativement au caractère central du jugement dans une évaluation. Certains participants estiment que le rôle de l'évaluateur est d'offrir un jugement sur une intervention, alors que d'autres estiment qu'un rapport « objectif » de l'état d'implantation d'un programme, sans fournir un jugement final, peut être suffisant. Ceci révèle un désaccord fondamental sur la nature des interventions complexes. Par exemple, devrait-on évaluer les interventions complexes sur la base du succès ou de l'échec d'un résultat spécifique, ou devrait-on les évaluer sur la base de leur impact plus général sur un environnement ? Un consensus est apparu quant à l'importance des enjeux de pouvoir dans le processus d'évaluation. Les participants ont reconnu que les évaluateurs doivent être conscients de leur effet sur une intervention (c'est-à-dire que leur examen minutieux affectera le fonctionnement de l'intervention). Mais il faut également tenir compte de l'effet des personnes/organisations qui financent le projet et qui décideront comment les conclusions de l'évaluateur seront traduites en action. Une stratégie que l'évaluateur pourrait adopter afin de gérer le pou-

voir et les conflits qu'il peut générer consiste à reconnaître sa position de pouvoir et d'être en dialogue constant avec les acteurs, l'évaluateur devenant alors lui-même un acteur dans l'intervention. Une autre façon de gérer le pouvoir est de contrôler, si possible, le biais du décideur en acceptant du financement d'organismes neutres. Même le financement gouvernemental n'est pas neutre, si par exemple, le but est de réduire les coûts associés à une intervention, cela n'ira pas nécessairement dans l'intérêt des usagers ou des coordonnateurs d'un programme. Enfin, un des présentateurs a noté que la formation des futurs évaluateurs doit évoluer afin d'aborder la complexité et les méthodologies (qualitatives, quantitatives et mixtes) nécessaires à sa prise en compte dans les évaluations.

En conclusion, au cours de ces discussions sur l'évaluation des interventions complexes, un inconfort a émergé non seulement à l'égard de la complexité du processus évaluatif, mais également à l'égard de l'acceptation de la subjectivité de l'évaluateur. L'évaluation de l'efficacité est considérée comme un processus contrôlé et objectif. Cependant, plus le contexte devient complexe, plus il devient évident que l'évaluateur doit prendre des décisions subjectives à l'égard des critères à partir desquels l'intervention sera évaluée. Reconnaître l'évaluation comme un processus subjectif est en contradiction avec le désir de la voir comme un processus scientifique, reproductible et valide au plan scientifique. Peut-être en concevant le processus d'évaluation comme un art, la complexité sera plus aisément gérée et l'évaluateur libéré de la tentative de présenter des réflexions subjectives et valables comme objectives et scientifiques. On ne peut que dresser un parallèle avec la différence entre l'art de la pratique médicale clinique et la « science » apparente des études en laboratoire et des essais cliniques randomisés. Le débat continu entre l'*efficacité* et l'*efficience* illustre cette tension entre les deux objectifs de l'évaluateur : produire des résultats scientifiques en utilisant des méthodes subjectives. ♦

Événements

Grande conférence sur « Le privé dans la santé : solution ou voie d'évitement? »

26 novembre 2009, de 9h à 16h30, Université de Montréal

Cette grande conférence de l'[IRSPUM](#), en collaboration avec le [RRSPQ](#), le Groupe [SOLIDAGE](#), et la Chaire [GETOS](#) FCRSS/IRSC, réunira une dizaine de conférenciers qui discuteront des réformes de services de santé au Canada, au Québec, aux États-Unis et en Europe, et de leur financement.

Pour consulter le programme et pour l'inscription (inscription requise) : <<<<

Jean-Louis Denis, nommé Fellow de l'Académie canadienne des sciences de la santé

Dr Denis, professeur titulaire au [DASUM](#), directeur de l'[IRSPUM](#), ainsi que titulaire de la Chaire [GETOS](#) FCRSS/IRSC à l'Université de Montréal, a été nommé « Fellow » de l'Académie canadienne des sciences de la santé lors d'une cérémonie tenue à Ottawa en septembre dernier. Les « Fellows » de l'Académie sont nommés sur la base de leur leadership, de leur créativité, de leurs compétences distinctives et de leur contribution aux sciences de la santé. Cette distinction, l'une des plus hautes pour les membres de la communauté des sciences de la santé, s'accompagne d'un engagement à servir l'Académie et à promouvoir l'évolution des sciences de la santé.



Jean-Louis Denis

Diplôme complémentaire en analyse et évaluation des interventions en santé (AnÉIS) – Inscription pour la session d'hiver 2010

Comment évaluer les interventions pour contribuer à l'amélioration du système de santé? Quelles stratégies d'évaluation choisir pour atteindre nos objectifs? Comment s'assurer que l'information que nous transmettons sera effectivement utilisée? L'évaluation devient un domaine incontournable pour l'analyse des interventions en santé.

Le diplôme complémentaire de 3e cycle AnÉIS (analyse et évaluation des interventions en santé) permet aux futurs chercheurs ou aux chercheurs actuels d'acquérir une expertise dans ce domaine. Ce micro-programme (No 3-770-1-0) de 12 crédits s'adresse aux personnes actuellement inscrites au doctorat, aux chercheurs postdoctoraux et aux personnes ayant obtenu un doctorat qui œuvrent actuellement dans le réseau de la santé ou s'intéressent à l'évaluation en santé (chercheurs, professeurs, cadres et professionnels). Les étudiants de différents domaines sont les bienvenus (sciences sociales, santé publique, etc.).

Date limite d'inscription pour la session d'hiver 2010 : **1^{er} novembre 2009**. Pour de plus amples informations sur le programme, consultez le site d'AnÉIS : www.medsp.umontreal.ca/aneis/struct.htm

Dans le prochain numéro...

Plusieurs articles du prochain numéro d'*Infolettre* porteront sur le thème du territoire comme cadre d'action des CSSS pour améliorer la santé de la population.

Abonnement à Infolettre

Infolettre est publié trois fois par année par la Chaire FCRSS/IRSC GETOS et le Programme AnÉIS / IRSC et est disponible gratuitement à l'adresse suivante : www.medsp.umontreal.ca/getos.

Pour vous abonner à *Infolettre*, veuillez envoyer un message à getos@umontreal.ca en indiquant l'adresse courriel à laquelle vous désirez recevoir la publication.

Les textes peuvent être reproduits sans autorisation, mais avec mention de la source. Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.