

L'approche territoriale pour améliorer la santé de la population : quel rôle pour les CSSS?

Les initiatives en vue d'améliorer la santé et le bien-être d'une population ne correspondent pas nécessairement aux limites territoriales d'un CSSS et ces derniers ne les appréhendent pas tous de la même manière. Quelles sont les conséquences de telles situations? Quels sont les aspects à prendre en considération dans la construction de liens sociaux en vue d'améliorer les conditions de vie d'une population. Ce numéro propose deux articles qui présentent chacun une expérience différente de l'approche territoriale intégrée et du rôle joué par les CSSS et leurs partenaires territoriaux dans le soutien et l'animation de ce type d'action.

Sous la rubrique *Thema*, Gérard Divay et Yousef Slimani présentent le programme de Revitalisation urbaine intégrée (RUI), une approche territoriale de la région de Montréal visant la lutte contre la pauvreté et incluant une dimension de développement social, en donnant quelques indications sur la contribution des CSSS dans le cadre de telles démarches.

Dans *Point de vue*, Jacques Couillard fait part de l'expérience du CSSS du Sud de Lanaudière et discute des enjeux auxquels le CSSS doit faire face pour accroître l'impact de ses interventions sur la santé de la population.

Pour clore ce numéro, Roxane Borgès Da Silva présente les résultats de sa thèse doctorale sur la relation entre les lieux de pratique des médecins généralistes du Québec selon leur contexte géographique et la prestation des services de santé.

Un dernier numéro pour l'Infolettre

Après 19 numéros, l'Infolettre tire sa révérence. Cette édition de l'Infolettre sur les pratiques de gestion et d'évaluation en santé est la dernière que produit la Chaire Gouverne et transformation des organisations de santé. Les activités de la Chaire prendront fin, du moins dans leur forme actuelle, le 30 juin prochain au terme de 10 ans de travaux.

La Chaire GETOS a été créée en juillet 2000 grâce au programme CADRE, un partenariat entre la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) et les Instituts pour la recherche en santé du Canada (IRSC), pour accroître la capacité de recherche appliquée dans les services de santé et en sciences infirmières. Ce programme a permis de créer douze Chaires au Canada pour une période maximale de dix années de financement, dont six chaires dans le domaine de l'organisation des soins de santé. Le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) fournit également un appui financier dans le cadre de ce programme. Nous les remercions sincèrement de leur appui.

Enfin, nous remercions tous nos collaborateurs qui au cours des sept dernières années ont contribué à l'Infolettre en partageant leur analyse, leur point de vue et leur expérience. Merci également à nos lecteurs pour leur intérêt soutenu pour notre publication.

DANS CE NUMÉRO :

Mot de bienvenue 1

La pratique médicale des omnipraticiens : influence des contextes organisationnel et géographique 1

Thema - La revitalisation urbaine intégrée, un exercice de remise en forme de la Santé... ? 2

Point de vue - L'arrimage entre l'intervention intersectorielle et la mission des CSSS : des voies de passage 6

Remerciements 11

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

La pratique médicale des omnipraticiens : influence des contextes organisationnel et géographique

Roxane Borgès Da Silva, Ph.D., stagiaire postdoctorale, Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University ; boursière du Programme stratégique de formation des IRSC et du RRSPQ en recherche transdisciplinaire sur les interventions en santé publique: Promotion, Prévention et Politiques Publiques (4P)

André-Pierre Contandriopoulos, Ph.D., professeur titulaire, Département d'administration de la santé, Université de Montréal

Raynald Pineault, MD, Ph.D., professeur émérite, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Médecin-conseil, Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal et INSPQ

La réorganisation des services de première ligne est au cœur de tous les projets de réforme du système de santé au Québec comme dans de nombreux pays. L'implantation de ces réformes repose sur une bonne compréhension de la pratique des médecins omnipraticiens. Or, dans la littérature, rares sont les études qui analysent la prestation des médecins en tenant compte de

(suite à la page 8)

Thema

La revitalisation urbaine intégrée, un exercice de remise en forme de la Santé... ?

Gérard Divay, professeur, École nationale d'administration publique (ÉNAPE)

Youssef Slimani, agent de recherche, École nationale d'administration publique (ÉNAPE)

La revitalisation urbaine intégrée (RUI) est une variante urbaine de l'approche territoriale intégrée, préconisée dans le *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*.

« Cette approche se caractérise par une concertation des intervenants, une intervention intersectorielle qui place l'amélioration de la situation des membres de la communauté au centre d'une action globale et qui améliore la capacité d'agir tant des collectivités que des individus qui les composent. Elle contribue à une meilleure synergie entre le développement économique local et le développement social, et un meilleur arrimage des différentes stratégies sectorielles visant l'amélioration des conditions de vie des milieux défavorisés » (p. 69)¹.

En 2003, la Ville de Montréal, dans le cadre d'une entente avec le MESS, a lancé un projet pilote dans trois secteurs. L'expérience a été élargie à cinq autres secteurs en 2006. Dans sa présentation officielle,

« La RUI se caractérise par...

- L'adoption d'une vision globale et concertée de la situation des quartiers et des secteurs concernés;
- La volonté d'agir de façon intégrée dans un grand nombre de domaines (habitat, cadre physique, santé,

emploi, culture, loisirs, environnement) en fonction des réalités du milieu;

- La concentration, la coordination et l'adaptation des actions publiques, communautaires et privées;
- L'implication de la population des secteurs touchés dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des actions;
- L'intention d'agir sur les facteurs qui engendrent la pauvreté, dans une optique de changement durable »².

Dans son ambition d'améliorer toutes les conditions de vie des personnes résidant dans des secteurs défavorisés, la RUI en vient à s'intéresser à tous les déterminants de la santé. L'ambition de la RUI et la mission des CSSS se recoupent donc. Dans cette perspective, les projets RUI sont un terrain intéressant d'observation sur les arrimages entre une dynamique d'action sectorielle à visée holistique (la responsabilité populationnelle des CSSS) et une dynamique d'action collective holistique à retombées sectorielles (la RUI).

La présente note propose quelques commentaires sur ces arrimages, en prenant appui sur les résultats d'une étude d'évaluation de cinq projets RUI, réalisée en 2009. Cette étude, commanditée par les

partenaires bailleurs de fonds des projets RUI, portait de manière spécifique sur les processus de mise en œuvre de la RUI. Même si l'arrimage avec les CSSS ne faisait pas partie des objets directs d'évaluation, certains constats effectués sur les cinq expériences permettent de le questionner.

Après avoir brièvement positionné les cinq projets, géographiquement et institutionnellement, nous donnerons quelques indications sur la contribution des CSSS; ensuite, nous examinerons quelques aspects de l'arrimage, en portant ici une attention plus particulière aux questions que soulève une intervention localisée dans un contexte de fragmentation institutionnelle à diverses échelles spatiales.

Les projets RUI

Territoire

Les cinq projets RUI, objets de l'étude, concernent des zones qui diffèrent par leur taille en superficie et en population. Leur enclavement et leurs particularités urbaines (types de bâtiment et présence d'infrastructures routières) sont plus ou moins prononcés. Ces zones se trouvent dans des positions géographiques fort différentes par rapport au centre-ville, et connaissent donc des pressions très variées sur leur marché immobilier.

1. Québec (2004). Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 69p.

2. Montréal. Développement social. Revitalisation urbaine. http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=2239,2891961&_dad=portal&_schema=PORTAL (consulté le 15-04-2010)

Tableau 1. Territoires et populations des cinq zones RUI

	Opération Galt	Saint-Pierre	Sainte-Marie	Saint-Michel	Montréal-Nord
Territoire	Secteur Galt	Ancienne Ville Saint-Pierre	Quartier Sainte-Marie	Quartier Saint-Michel	Secteur Nord-Est
Population ³ (hab.)	3 400	4 700	20 600	53 610	14 000
CSSS	Sud-Ouest / Verdun	Lachine / Dorval / Lasalle	Jeanne Mance	Saint-Léonard / Saint Michel	Ahuntsic / Montréal-Nord
Population (2004)	129 580	131 850	136 545	123 180	161 480
Point commun	Niveau de défavorisation				

Financement

Comme l'indique le tableau ci-dessous, les montants annuels alloués depuis le début de l'expérience se situent environ entre 100 et 200 000\$ par RUI et proviennent principalement de la Ville de Montréal. Ces enveloppes financières accordées à chaque expérience ne laissent d'ailleurs pas beaucoup de place pour des projets, une fois affectés les

montants nécessaires à la concertation et à la mobilisation (essentiellement la rémunération d'un coordonnateur et éventuellement un agent de développement). La réalisation de projets doit souvent miser sur une combinaison de diverses sources de financement. Il est à noter que ces montants ne représentent qu'une fraction infinitésimale de tous les fonds publics dépensés dans ces secteurs.

Caractéristiques institutionnelles

Chaque RUI était tenue de constituer un « comité local de revitalisation ». Ces comités ont évolué et présentent des différences dans leur rattachement, leur statut et leur organisation. Trois des cinq comités RUI se sont constitués en OSBL. Les deux autres se rattachent à la table de concertation de leurs quartiers sous forme d'un sous-comité ou d'un groupe de travail. Par ailleurs, les comités partagent, à un degré plus ou moins marqué, une caractéristique commune : une autonomie par rapport aux institutions publiques du quartier.

L'évolution institutionnelle des comités RUI est aussi le reflet d'une diversité de leurs contextes. Les cinq expériences montrent en effet que l'historique des relations entre les acteurs locaux conditionne leur dynamique et leur efficacité.

Constats sur les processus

Les résultats de l'évaluation des processus révèlent que le mandat qui a été assigné aux quartiers de RUI a été accompli, à des degrés divers d'intensité. Les cinq comités locaux sont à l'œuvre, regroupent, en proportion variable, divers types d'acteurs du secteur public (municipalité,

Tableau 2. « Principales » sources de financement des démarches RUI entre 2003 et 2008

Projets/ Source de financement	Ville centrale	Entente Pauvreté	Programme Renouveau Urbain	Total
St-Pierre	886 799 \$	177 084 \$	100 000 \$	1 163 883 \$
Galt	886 799 \$	177 084 \$	100 000 \$	1 163 883 \$
Ste-Marie	886 799 \$	177 084 \$	100 000 \$	1 163 883 \$
Montréal-Nord	333 414 \$	143 750 \$	100 000 \$	577 164 \$
St-Michel	333 414 \$	143 750 \$	100 000 \$	577 164 \$
Total	3 327 225 \$	818 752 \$	500 000 \$	4 645 977 \$

Source : compilation spéciale. Développement social, Ville de Montréal

3. Certaines données proviennent du recensement de 2006 alors que d'autres proviennent de celui de 2001.

écoles, CSSS, CLE), des groupes communautaires et du privé. Ils ont produit des plans locaux de revitalisation. Une mobilisation des acteurs locaux a été effectuée, avec des résultats inégaux selon les types d'acteurs. L'expérimentation « d'un mode intégré d'organisation et de gestion » a été conditionnée par l'ambiguïté de la notion d'intégration, perçue souvent comme synonyme de plan élaboré en concertation. Par ailleurs, il n'est pas évident que la RUI inspire globalement les activités courantes des organismes publics.

Les CSSS dans les projets RUI

Présence dans les comités

Les CSSS sont représentés dans les cinq démarches. Avec les arrondissements, ils constituent l'un des piliers de la représentation institutionnelle dans les démarches RUI. Ainsi, parmi les 29 représentants du secteur public, huit proviennent du milieu de la santé. La représentation des CSSS, dans les comités RUI ou leurs sous-comités, concerne aussi bien les directeurs généraux que les organisateurs communautaires. Les acteurs RUI estiment que les CSSS présentent un niveau de mobilisation de moyen à élevé. Ils apprécient aussi la bonne connaissance de la démarche et l'intérêt accordé à ses activités et ses projets.

Les thèmes santé dans les plans

Les cinq plans RUI accordent une place variable aux thèmes reliés à la santé. Si les objectifs de santé sont, parfois, exprimés dans des termes très vagues : « santé générale de la population, déterminants de la santé... », il est à noter, cependant, que quatre démarches sur cinq sont interpellées par la problématique de la sécurité alimentaire, en particulier l'accès à des aliments frais (fruits et légumes) de qualité et la promotion des saines habitudes alimentaires. L'autre RUI concentre ses efforts en santé dans des projets axés sur la famille.

Les projets RUI, même s'ils sont lancés et soutenus par des organismes publics de divers niveaux, sont dissonants par rapport au mode classique d'intervention publique où les objectifs, les ressources et les moyens restent sous contrôle direct d'une autorité publique.

Les conditions de viabilité et les facteurs de réussite des projets RUI

Les projets RUI, même s'ils sont lancés et soutenus par des organismes publics de divers niveaux, sont dissonants par rapport au mode classique d'intervention publique où les objectifs, les ressources et les moyens restent sous contrôle direct d'une autorité publique. Ils expérimentent un mode d'action collective où tous les acteurs présents (les citoyens en particulier) dans un milieu local sont sollicités (mobilisés) pour réinvestir (participer en parole et en acte) dans le quartier sur tous les plans, aussi bien dans leurs activités individuelles que dans le cadre de projets communs. Cette action collective holistique qui vise des finalités très générales référant à toutes les caractéristiques d'un quartier s'actualise aussi dans des initiatives sectorielles concrètes. Elle interpelle inévitablement les organismes sectoriels, peut-être encore plus ceux qui dans leur mission se doivent d'avoir une visée holistique (les CSSS, les arrondissements, et dans une moindre mesure perçue, les écoles). Il en résulte des tensions qui affectent les conditions de viabilité et les facteurs de réussite des projets RUI.

Nonobstant la diversité des cinq expériences, les constats généraux permettent de dégager certaines conditions de viabilité relatives aux ressources des projets, à leur statut et leur attitude stratégique, à la culture administrative des organismes publics participants.

Les ressources mises à la disposition des projets devraient être significatives et prévisibles à moyen terme; les CSSS ont plutôt eu tendance à fournir des contributions ponctuelles.

Les projets RUI ne peuvent réussir que s'ils ont un statut d'entente partenariale de longue durée, même si cette entente n'est pas formalisée; il s'ensuit que les organismes publics partenaires devraient accepter les comités RUI comme l'instance privilégiée de concertation avec le milieu et se sentir liés par les orientations définies collectivement, en particulier dans les choix sectoriels de priorité. La pratique montre que la propension à mettre sur pied des concertations-boutique et à minimiser les priorités collectives demeure, malgré la concertation RUI.

Les comités multipartites de pilotage des projets RUI se doivent de garder une attitude stratégique de neutralité proactive; ils ne doivent être inféodés à aucun des partenaires, puisqu'ils sont en quelque sorte les fiduciaires des attributs collectifs du quartier et non les exécutants de programmes sectoriels. Ils ne peuvent maintenir cette attitude stratégique si l'un ou l'autre des participants publics manifeste une velléité de contrôle ou se sent mal à l'aise avec l'exercice d'un leadership collaboratif.

De manière plus fondamentale, les expériences RUI interpellent certains éléments de la culture administrative dominante des organismes publics, en raison de la nature paradoxale de leur existence même. Dans les catégories usuelles d'action administrative, ce sont des «projets» (durée limitée, ressources spécifiques...) qui ont pour raison d'être d'influencer des «processus» continus de transformation d'un quartier dont les effets tangibles se manifestent en moyenne et longue durée. Or des processus sociétaux ne se pilotent pas uniquement à coup de micro projets, même si au nom d'une certaine conception de la performance, ceux-ci

sont alléchants. La RUI oblige l'ensemble des acteurs de la société à s'interroger sur une des fonctions majeures de l'État. Outre ses fonctions de régulation, de redistribution et de prestation de services publics, l'État doit veiller à ce que des conditions collectives propices au développement, individuel et collectif, soient maintenues et améliorées sur tout le territoire. Cette dernière fonction a eu tendance à s'effacer dans l'ordre du jour des gouvernements derrière celle de prestation de services. La RUI oblige à se recentrer sur l'état du milieu, ce qui en principe devrait plaire à tous ceux qui se préoccupent d'une efficacité de l'action sur les déterminants de la santé.

Mais les milieux dans lesquels se déroulent les projets RUI sont bien différents sur plusieurs dimensions, par delà leur point commun de secteurs défavorisés. En outre, aucun ne correspond aux limites géographiques d'un CSSS au complet. Dans un tel contexte, comment les approches d'un CSSS pour mobiliser tous les acteurs dans son espace administratif peuvent-elles s'arrimer avec la mobilisation intensive d'un projet RUI sur une fraction (dans certains cas fort petite) de cet espace?

La territorialisation d'une action collective délocalisée

Comme l'évaluation ne portait pas sur cette question, les constats n'autorisent que des remarques incidentes. Dans une perspective de responsabilité populationnelle, la stratégie d'action d'un CSSS sur un espace donné doit traiter des enjeux sur divers plans : affinement des connaissances sur l'état local des déterminants de santé, stimulation des investissements visant à modifier chacun de ces déterminants de la part des acteurs concernés, optimisation de l'efficacité des interventions (notamment en prévention), maxi-

sation des connexions entre les personnes et les ressources appropriées à leurs besoins. Chacun de ces enjeux pose des défis en termes de mobilisation pour le CSSS. Au plan des connaissances il s'agit d'initier un dialogue entre les divers experts-terrain (les personnes qui ont une connaissance expérientielle des problématiques et des déterminants), au plan de l'action, d'introduire la santé comme un des facteurs routiniers de prise de décision. Au plan de la prévention, il s'agit de repérer les personnes et groupes qui peuvent être des relais amplificateurs et enfin au plan des connexions, de multiplier les agents de rencontre personnalisée (individus ou groupes qui peuvent rejoindre individuellement les personnes en besoin). Ces défis doivent être relevés pour que soit activée la responsabilité individuelle à l'égard de la santé (par chaque personne, chaque entreprise, chaque groupe, chaque institution).

Cependant, toute initiative de CSSS pour relever ces défis est susceptible de lever des difficultés autant pour le CSSS que pour le milieu. La logique d'intervention organisationnelle sectorielle (sa finalité, ses ressorts, sa théorie de programme) peut se concilier avec celle de l'auto-prise en charge par le « milieu »⁴ de ses conditions de vie, mais le plus souvent par compromis et ajustements mutuels plutôt que par convergence spontanée. Au plan de la connaissance, si le CSSS cherche à rapprocher les perceptions communes des données objectives sur les conditions et déterminants de santé, le milieu cherchera davantage à instituer un réseau d'intelligence collective. Au plan de l'action, le CSSS voudra bien évidemment que les acteurs fassent des investissements à impact rapide sur les programmes thématiques en santé, alors que le milieu tiendra à ce que les initiatives de santé soient subordonnées aux

priorités collectives définies collégialement. Au plan de la prévention, les acteurs relais essaieront de préserver une autonomie tout en contribuant aux mandats du CSSS. Enfin au plan de la connexion, si le CSSS est appelé à établir un équilibre entre campagne générale de sensibilisation et stratégie personnalisée de dépistage via les acteurs du milieu, ceux-ci s'attendent à ce que leur connexion au CSSS soit un atout dans leurs représentations et prises de position.

Ces tensions sont-elles amplifiées par les décalages entre le large espace administratif des CSSS et les zones, parfois fort restreintes, des projets RUI? Il est assuré qu'une attention particulière à de petites zones entraîne une pression dans l'utilisation des ressources. Mais, par delà cette question de ressources, le traitement des zones RUI n'est problématique, comme cas particulier, éventuellement hors « normes » que dans une conception géo-administrative de l'action locale. Les expériences RUI mettent en évidence que les interventions locales s'inscrivent dans un système d'action collective qui met en jeu tous les acteurs qui influencent la destinée locale, qu'ils soient « locaux » ou non. Ce système autant dans ses dimensions normatives que dans sa configuration d'acteurs est largement délocalisé. Tout territoire comme espace d'action collective se situe d'emblée sur plusieurs échelles. Les projets RUI offrent une occasion d'apprentissage de l'action à multiples niveaux sur de multiples plans simultanément, bref un cas banal d'action collective en système complexe.

C'est dans cette perspective que le titre boutade de cette brève note doit se comprendre... ♦

4. Expression aussi courante que trompeuse sur l'existence d'un acteur collectif local; nos analyses nous amènent à lui substituer celle de système d'action collective locale, plus soucieuse des pesanteurs institutionnelles et des tensions sociopolitiques, mais bien moins pratique...

Point de vue

L'arrimage entre l'intervention intersectorielle et la mission des CSSS : des voies de passage

Jacques Couillard, Directeur des programmes et services généraux de santé publique et de développement des communautés, [CSSS du Sud de Lanaudière](#)

La concertation de différents partenaires autour d'interventions intersectorielles telles que la revitalisation urbaine intégrée, apparaît comme une voie prometteuse pour agir sur les déterminants de la santé en plus de donner un sentiment de pouvoir aux participants qui voient dans l'action collective la possibilité de « faire une différence ». Pour un Centre de santé et de services sociaux (CSSS), ce type d'intervention peut offrir un espace d'innovation en lui permettant de s'écarter de l'univers normé dans lequel il baigne de plus en plus.

La dynamique actuelle d'un CSSS

Le jeune CSSS du Sud de Lanaudière, avec ses cinq ans d'existence, ses 3500 employés et son hôpital moderne, fait face aujourd'hui à de fortes pressions : il doit composer avec le passage d'une partie importante de sa population vers un âge avancé et l'installation de nombreuses jeunes familles en demande de services. L'attente pour obtenir des services à domicile, le débordement de l'urgence, le nombre trop élevé de jeunes parents ne pouvant accéder à un médecin de famille pour leur nouveau-né sont autant d'indicateurs, parmi d'autres, qui tiennent l'ensemble de l'équipe de direction du CSSS en alerte.

Dans ce contexte, le retour à l'équilibre budgétaire devient une lutte, sachant que l'équité dans la répartition des ressources entre les régions du Québec prend du temps à s'établir. Pour maintenir son offre de services, chaque établissement doit viser des objectifs de productivité en matière de maintien et d'amélioration de

la performance clinique établis à partir des meilleurs ratios de productivité obtenus par des établissements comparables. Comme tous les CSSS du Québec, il doit mettre en place les programmes ministériels, assurer la reddition de comptes à travers entre autres les ententes de gestion et d'imputabilité et atteindre les normes de qualité des différents organismes d'évaluation. Ces contraintes, ou cette situation, peuvent mener les CSSS à négliger ou à ne pas reconnaître suffisamment le potentiel de l'intersectorialité.

Des communautés en mouvement

Le territoire du sud de Lanaudière, avec une population d'environ 265 000 habitants, situé en banlieue de Montréal, présente la particularité de connaître la plus importante poussée démographique du Québec. Les quartiers champignons, qu'on aperçoit en avant-plan, cachent un territoire vaste, composé de deux municipalités régionales de comté (MRC) regroupant chacune des villes et villages avec leur dynamique et leur histoire.

Les pratiques de concertation sectorielles et intersectorielles au sein des deux MRC ont pris une ampleur importante au cours des dernières années et ont amené les acteurs les plus impliqués à remettre en question les façons de faire. Pour chacune des MRC, divers partenaires (organismes communautaires, villes, bureau de député, commission scolaire, centres de la petite enfance, CSSS et autres), accompagnés des organisateurs communautaires du CSSS, se sont engagés dans une démarche structurée de réflexion les amenant à proposer un renouvellement

des pratiques de concertation et à mieux s'outiller.

Dans chaque MRC un lieu de concertation plus englobant et intersectoriel émerge. La démarche progressant, la question du choix des partenaires se pose (ceux déjà présents dans la démarche et ceux plus en périphérie, tels que les chambres de commerce ou les clubs sociaux). De même, les acteurs en présence sont à la recherche de ressources pour assurer la pérennité de cette initiative. Ils souhaitent s'ouvrir à une participation citoyenne. Enfin, même si la MRC demeure le territoire désigné pour la concertation globale, les expériences de type revitalisation urbaine intégrée ou animation territoriale ont jusqu'à maintenant pris assise dans des territoires à dimensions plus réduites, pour des communautés défavorisées sur le plan social. Le sous-territoire choisi, le « territoire vécu », doit présenter un certain potentiel afin de permettre aux acteurs de vivre des succès.

Quel rôle le CSSS peut-il réellement jouer?

La dernière réforme en santé a donné naissance à la création des CSSS et à l'apparition de nouveaux concepts, pas toujours simples à circonscrire, tels que le réseau local de services ou encore la responsabilité populationnelle. De plus, le CSSS est désigné comme coordonnateur du réseau local dans lequel il est appelé à mobiliser les intervenants du territoire dans un objectif d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Or le CSSS est pratiquement laissé à lui-même dans l'actualisation de ce rôle, détenant

peu de leviers pour l'exercer et aucune ressource financière dédiée. Des décisions ministérielles des dernières années tendent même à l'éloigner encore plus de ce rôle. Donnons simplement l'exemple de la décision de désigner un coordonnateur médical du réseau local qui ne relève pas du CSSS, ou encore la création des sociétés de gestion mises en place par l'apport de financement privé (Fondation Chagnon) qui s'avèrent être des structures parallèles indépendantes dont le rôle est aussi de mobiliser des partenaires autour d'enjeux ciblés tels que la promotion de saines habitudes de vie ou le développement des enfants. Le rôle que devrait assumer le CSSS comme coordonnateur du réseau local est dans ce contexte dépendant du bon vouloir des acteurs qui acceptent ou non de le légitimer dans ce rôle.

Par ailleurs, divers facteurs tels que la mobilisation des intervenants du CSSS autour de l'application des programmes de santé, la pénurie de personnel et l'instabilité des équipes, la valorisation du rôle d'experts spécialisés, l'amélioration de la productivité et du respect des différentes normes laissent peu de place à une implication importante et soutenue de ces intervenants auprès des partenaires du milieu.

Dans ce contexte, des questions demeurent : comment amener les intervenants et

gestionnaires vers l'action intersectorielle? Comment faire converger les priorités d'actions qui émergeront de la concertation intersectorielle et les priorités qui ont cours actuellement dans le CSSS?

La reconnaissance collective des problèmes favorise une prise de conscience et suscite la mobilisation.

Rechercher des voies de passage

Le CSSS a créé cinq nouvelles directions cliniques lors de la mise en place de son nouveau plan d'organisation, il y a moins d'un an. L'agenda est maintenant à la révision des services à l'interne, incluant ceux offerts en complémentarité avec les services des partenaires. Cette période, où chacun redéfinit ou encore réaffirme ses champs de pratique et de compétences, s'avère propice à l'écoute, au dialogue et à une meilleure compréhension de la réalité de l'autre. Pour les partenaires, l'espace de discussion créé doit permettre la mise en valeur des succès présents et passés pour envisager positivement l'avenir.

Il est intéressant, notamment, d'observer les représentants du CSSS exposer à des

partenaires les importants problèmes d'accès aux services pour les jeunes en difficulté et leurs familles et du même coup réaliser que ces partenaires sont aux prises, d'une certaine façon, avec les mêmes réalités. Par exemple, l'arrivée rapide des jeunes familles oblige les municipalités à s'ajuster, les commissions scolaires à revoir leurs plans sur l'offre scolaire et les organismes communautaires à composer avec un surplus de clientèles. Les membres des chambres de commerce, quant à eux, veulent s'assurer que le retard dans le développement des services ne sera pas un frein au développement économique.

La reconnaissance collective des problèmes favorise une prise de conscience et suscite la mobilisation. Sera-t-il possible ensuite de dégager des priorités collectives et d'identifier des objets d'action qui soient à la fois suffisamment larges pour introduire du changement social et suffisamment précis pour mobiliser des partenaires aux prises avec un manque de ressources et des réponses quotidiennes à apporter aux populations? On peut penser que les partenaires verront l'occasion de se donner un pouvoir d'agir en investissant ce nouvel espace public offert par l'action intersectorielle. Il faudra d'abord susciter l'élan pour se sortir des habitudes et peut-être même élargir le cercle à des citoyens qui sont, après tout, d'emblée multisectoriels ! ♦

La pratique médicale des omnipraticiens : influence des contextes organisationnel et géographique

(suite de la page 1)

leurs multiples affiliations organisationnelles, même si plusieurs auteurs insistent sur le fait que l'appartenance organisationnelle influence la pratique des médecins (Eisenberg, 2002). Dans cette recherche, nous avons étudié la relation entre les lieux de pratique des médecins généralistes du Québec selon leur contexte géographique et la prestation des services de santé. S'inspirant du cadre théorique de Donabedian (Donabedian, 1973), nous avons décomposé les déterminants de la prestation des services de santé en trois niveaux : le niveau individuel (médecin), le niveau organisationnel (mode d'exercice), et le niveau environnemental (contexte géographique) (Figure 1). Pour tenir compte de la complexité des phénomènes organisationnels, nous nous sommes appuyés sur la théorie des organisations et avons utilisé une approche configurationnelle (Rouleau, 2007; Meyer et al., 1993). Ainsi, les médecins généralistes ont été regroupés selon leurs lieux professionnels de pratique et leur prestation a été analysée selon le contexte géographique.

Méthode

Nous avons utilisé des bases de données jumelées du Collège des médecins du Québec, de la Régie d'assurance maladie du Québec et de la banque de données iCLSC. Après application des critères d'exclusion, notre échantillon était constitué de 70% des médecins omnipraticiens de l'année 2002. Nous avons utilisé des analyses de correspondances multiples et des classifications ascendantes hiérarchiques pour construire deux taxonomies. La première regroupe les médecins et a été réalisée à l'aide de leurs revenus dans les différents lieux de pratique. La seconde regroupe les 95 territoires de CSSS en contextes géographiques, et a été établie à partir de la densité de la population, du niveau de défavorisation (Pampalon, 2000) et du nombre d'établissements disponibles sur le territoire. En nous inspirant du cadre théorique de Starfield, nous avons conceptualisé la prestation des services à l'aide de quatre indicateurs qui permettent d'apprécier la continuité, la globalité, l'accessibilité et la productivité (Starfield, 1998).

Ces indicateurs ont été validés en les comparant à ceux d'une enquête populationnelle (Pineault et al., 2008).

Résultats

Les médecins se répartissent en sept profils de modes d'exercice (figure 2, page suivante). Deux modes d'exercice à lieu unique ont émergé : le mode d'exercice en cabinet privé (dernières barres à droite sur la figure 2) caractérisé par des niveaux de continuité et productivité élevés, et le mode d'exercice en CLSC (première barres à gauche sur la figure 2) présentant un niveau de productivité faible et des niveaux de globalité et d'accessibilité légèrement au-dessus de la moyenne. Dans les cinq autres modes d'exercice, les médecins dispensent leurs services dans plusieurs lieux professionnels. Le mode d'exercice ambulatoire mixte regroupe des médecins qui partagent leur pratique entre le CLSC, le cabinet privé et le CHLSLSD. Ces médecins présentent des résultats faibles sur tous les indicateurs, relativement aux autres modes d'exercice. Les

Figure 1. Cadre conceptuel

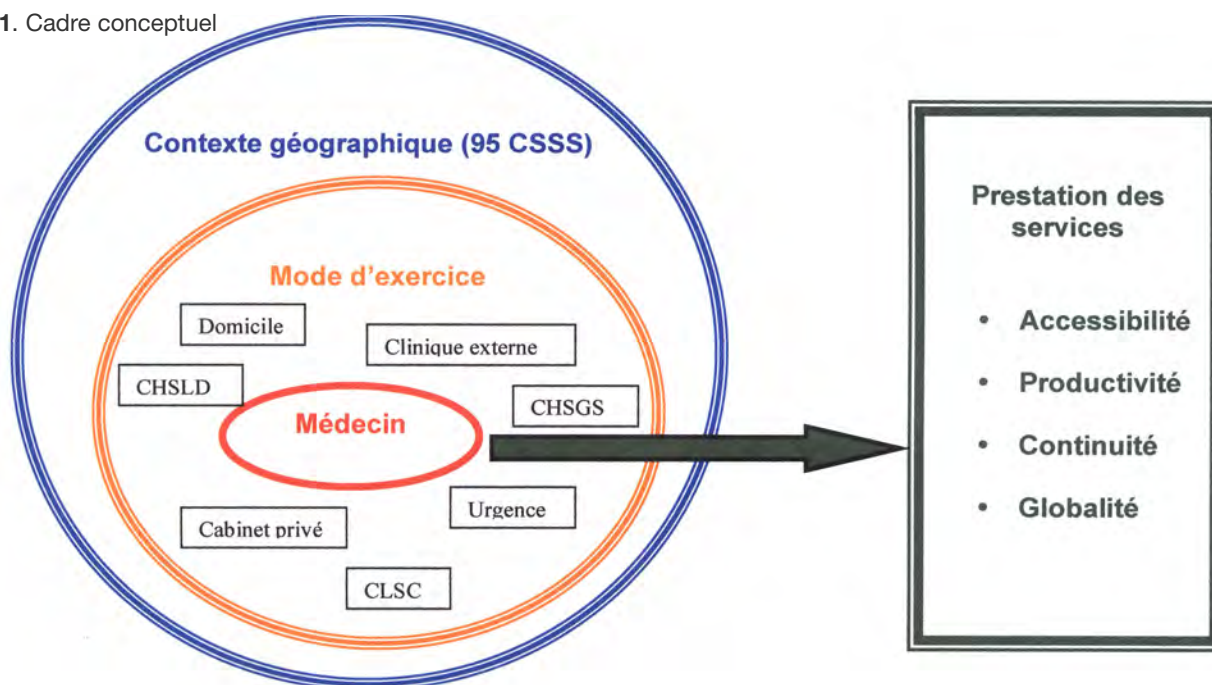
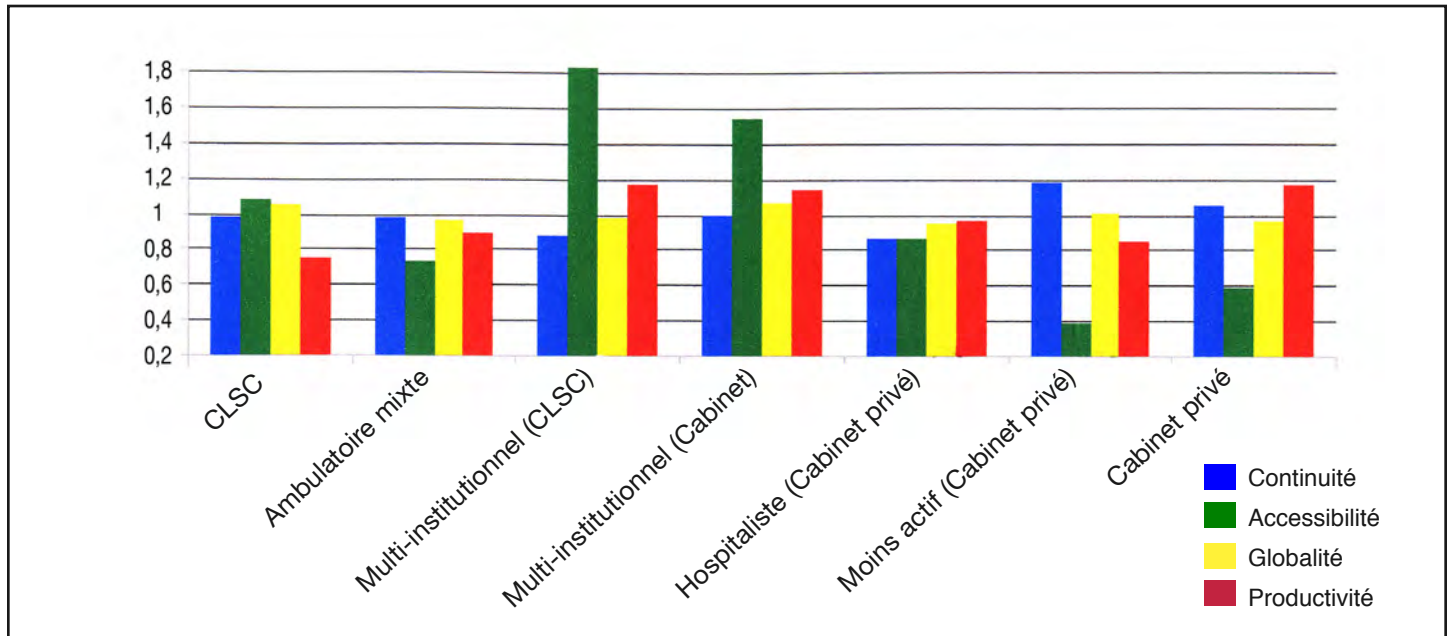


Figure 2. Les 7 profils de modes d'exercice et leur prestation de services



deux modes d'exercice multi-institutionnel CLSC et multi-institutionnel cabinet privé réunissent des médecins qui partagent leur temps entre les urgences, les centres hospitaliers et le cabinet privé ou le CLSC. Les médecins de ces deux groupes présentent des niveaux d'accessibilité et de productivité très élevés. Le mode d'exercice hospitaliste réunit des médecins dont la majorité de la pratique s'exerce en milieu hospitalier avec une petite composante en cabinet privé. Dans ce mode d'exercice tous les indicateurs sont faibles. Finalement, le mode d'exercice nommé moins actif réunit des médecins travaillant en cabinet privé et en CHLSD. Leur niveau d'activité est inférieur à la moyenne. Ils sont caractérisés par un niveau de continuité très élevé.

Les analyses ont permis de regrouper les territoires de CSSS en quatre types de contexte géographique : les ruraux, les semi-urbains, les urbains et les métropolitains. La prévalence des modes d'exercice varie selon ces contextes (figure 3). En milieu rural, le mode multi-institutionnel à dominance cabinet privé, attire près d'un tiers des médecins. En milieu semi-urbain, les médecins se retrouvent de façon plus prédominante dans les modes

d'exercice à dominance CLSC. En milieu urbain, les modes d'exercice à dominance cabinet privé attirent plus de médecins. En milieu métropolitain, les modes d'exercice moins actif et hospitaliste attirent près de 40% des médecins. Les omnipraticiens se répartissent presque également dans les autres modes d'exercice. Les niveaux des indicateurs varient en fonction de l'environnement géographique. Ainsi, l'accessibilité est meilleure et à l'inverse, la productivité moins élevée en milieu rural. La continuité des soins est plus élevée en régions métropolitaines et rurales. La globalité varie peu d'un contexte à l'autre.

Certains modes d'exercice (hospitaliste, ambulatoire mixte et les deux multi-institutionnel) que l'on pourrait qualifier d'émergents attirent plus de jeunes médecins. Les modes d'exercice moins actif et à lieu unique en cabinet privé se caractérisent par leur nombre élevé de médecins plus âgés. Cette distribution des médecins en fonction de leur âge est inquiétante, ces modes pouvant être éventuellement appelés à disparaître. Or, ces modes semblent mieux répondre aux besoins de la population que les modes d'exercice émergents, du moins au regard de nos indicateurs.

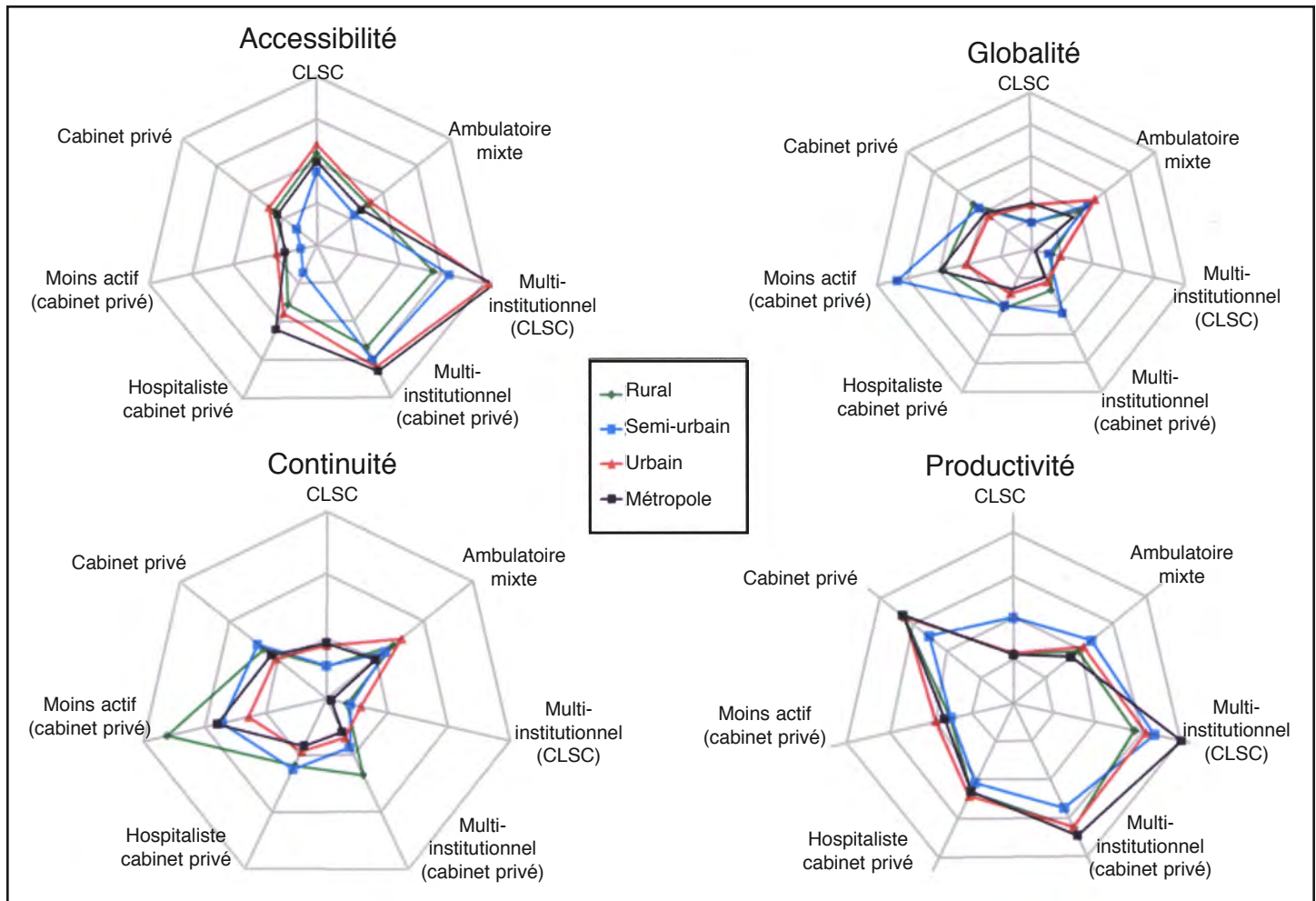
Conclusion

En conclusion, notre étude montre que la prestation de services des médecins dépend à la fois du contexte géographique et du mode d'exercice. Selon les besoins de santé des populations dans les régions, il convient de se questionner sur les modes d'exercice à encourager pour assurer un équilibre entre l'accessibilité, la continuité, la globalité et la productivité des soins. Selon les contextes, des combinaisons différentes de modes d'exercice permettent d'atteindre de bons niveaux dans les quatre indicateurs de prestation des services sur un territoire pour une population. Il faut donc tenir compte du contexte et des configurations de modes d'exercice en place pour établir la planification des ressources médicales.

L'enjeu pour chacun des territoires de CSSS est de trouver et d'encourager les combinaisons de modes d'exercice qui permettent d'offrir une prestation des services optimale. Il est donc important de développer des incitatifs encourageant les médecins à pratiquer selon des modes d'exercice qui permettent d'adapter la prestation des services aux besoins de la population.

En effet, si aucune mesure n'est mise en

Figure 3. Les 7 profils de modes d'exercice et leur prestation de services par groupe de région



place pour briser la tendance actuelle, la prestation des services au Québec risque de se détériorer. Les disparités de services de santé entre les régions rurales et urbaines risquent d'augmenter puisque les jeunes médecins pratiquent de moins en moins en région rurale et que leur prestation des services est plus faible sur plusieurs de nos indicateurs. De plus, en régions urbaine et métropolitaine, la continuité des soins est assurée majoritairement par les médecins du mode d'exercice en cabinet privé qui attire peu de jeunes médecins. La continuité des soins risque donc de diminuer beaucoup dans les régions les plus densément peuplées dans le futur avec les départs à la retraite. Finalement, si aucune mesure n'est mise en place pour encourager les jeunes médecins à pratiquer dans les modèles qui favorisent à la fois continuité et accessibilité des services de santé, le Québec risque

d'être confronté à des besoins de santé non satisfaits allant en augmentant avec le vieillissement de la population. Les réformes récentes du système de santé québécois ont vu apparaître les groupes de médecins de famille (GMF). Ce nouveau modèle de première ligne, qui semble avoir la capacité de recruter de jeunes médecins, offre à la fois accessibilité et continuité des soins à ses patients inscrits. L'avenir nous indiquera si ces réformes réussissent à renverser la tendance actuelle.

Références

Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press.

Eisenberg, J. M. (2002). Physician utilization: The state of research about physicians' practice patterns. *Medical Care*, 40, 1016-1035.

Meyer, A. D., Tsui, A. S., & Hinings, C. R. (1993). Configurational approaches to organizational analysis. *Academy of Management Journal*, 36, 1175-1195.

Pampalon, R. (2000). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. *Maladies Chroniques au Canada*, 21, 113-122.

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* Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique, Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine.

Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations*. Presses de l'Université de Laval.

Starfield, B. H. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services and technology*. New York: Oxford University Press. ♦

Remerciements

La parution de l'Infolettre n'aurait pas été possible sans le travail attentif de madame Anne Mc Manus, coordonnatrice de la Chaire. Anne est entrée en fonction en 2003. Son expertise et son professionnalisme ont été des atouts de première importance pour l'ensemble des activités de la Chaire. Je la remercie très sincèrement.

Une collègue de longue date, madame Lise Lamothe, professeure au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, a participé activement au montage du programme d'activités de la Chaire et à sa réalisation. Les orientations prises au cours de ces années ont été grandement influencées par sa connaissance du réseau de la santé et du monde de la gestion. Merci !

Si la publication de l'Infolettre se termine, les activités de recherche sur l'organisation, la gouvernance et la transformation des systèmes de santé connaissent un nouvel élan avec entre autres l'obtention en 2008 d'une subvention d'équipe IRSC sur la reconfiguration des systèmes de santé. Cet octroi de recherche permet aussi d'intégrer des étudiants et étudiantes et de contribuer à créer la relève. Ces recherches ne peuvent se réaliser sans l'apport continu des milieux de pratique qui accueillent chercheurs et étudiants diplômés et qui partagent leur interprétation des résultats de nos recherches et qui nous aident à en mieux saisir les implications. Nous les remercions sincèrement pour leur collaboration.

Ce dernier numéro de l'Infolettre ne fait que marquer une transition dans le développement de nos activités de recherche et de partenariat avec les organisations de santé. Nous allons vous tenir informés de tous nouveaux développements et sommes persuadés que nous aurons l'occasion d'échanger et de collaborer de nouveau autour des enjeux se rapportant à l'amélioration de la performance des systèmes de santé.

Jean-Louis Denis
Titulaire de la Chaire GETOS
Professeur, École nationale d'administration publique (ENAP)
et membre de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal

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.